



UNIVERSIDADE  
FERNANDO  
PESSOA

# “CUIDADOS DENTÁRIOS E DESAFIOS EM PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN: CASO CLÍNICO”

[Dental Care and Challenges in Patients with Sjögren's Syndrome: Case Report]

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Lorenzo Ria

Orientadores:

Doutora Sandra Clara Chaves Soares

Doutora Carolina dos Santos Venda Nova

Junho 2025







# **“CUIDADOS DENTÁRIOS E DESAFIOS EM PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN: CASO CLÍNICO”**

[Dental Care and Challenges in Patients with Sjögren's Syndrome: Case Report]

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Lorenzo Ria

Orientadores:

Doutora Sandra Clara Chaves Soares

Doutora Carolina dos Santos Venda Nova

Junho 2025



## **DEDICA**

À toda a minha família, ao meu pai, à minha mãe e à minha irmã, por me darem a oportunidade de trilhar este caminho e por sempre acreditarem em mim, mesmo nos momentos mais incertos e difíceis.

Obrigado pelo apoio silencioso, pela força que sempre me transmitiram e pelo exemplo que me ofereceram a cada dia, com amor e dedicação.

À minha avó, que sempre sonhou em me ver chegar até aqui.  
O seu carinho continua presente em cada conquista.

À Eleonora, que esteve ao meu lado em cada etapa deste percurso.  
Nos dias serenos e também nos mais sombrios, a tua presença foi apoio, incentivo e consolo.

Obrigado por me acompanhares com paciência, compreensão e amor.



## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Professora Sandra Soares, o meu mais sincero agradecimento pela total disponibilidade, pela presença constante e pelo apoio imprescindível no desenvolvimento deste projeto. Obrigado pelos conselhos, pela atenção dedicada em cada etapa e pela oportunidade de viver experiências únicas como o acompanhamento deste caso clínico, que tanto contribuíram para a minha formação profissional e humana.

À minha coorientadora, Professora Carolina Venda Nova, agradeço profundamente pela ajuda constante ao longo deste trabalho, pela generosa disponibilidade e por ter sido uma professora de clínica que me guiou nos meus primeiros passos junto aos pacientes. Agradeço a ambas pelas valiosas conhecimentos transmitidos, que deixaram marcas fundamentais na minha formação.

Aos meus colegas e companheiros de casa, Veronica, Chiara, Karim, Erica e, sobretudo, Ludovico, meu parceiro de binômio com quem partilhei desafios, superações, aventuras e conquistas durante o intenso período da clínica. Obrigado por todas as ansiedades partilhadas e os momentos inesquecíveis vividos juntos.

Aos meus amigos de sempre, Samuele, Luca e Sofia, obrigado por estarem sempre ao meu lado, especialmente nos momentos de pausa da universidade, trazendo leveza, apoio e amizade verdadeira com quem compartilhei não apenas o tempo livre, mas a vida.

Por fim, um agradecimento especial aos meus amigos do ensino médio, Matteo, Salvatore e Alessio, que, apesar dos caminhos distintos que seguimos e da distância, nunca deixaram de estar presentes no meu coração. A vossa amizade continua a ser um pilar importante na minha história.





## Resumo

A síndrome de Sjögren (SS) é uma patologia autoimune crônica com infiltração linfocítica e lesão progressiva das glândulas exócrinas, nomeadamente as glândulas salivares e lacrimais, levando a xerostomia (boca seca) e queratoconjuntivite seca (olhos secos). Encontra-se entre as três doenças auto-imunes mais comuns e ocorre em 0,5-3% da população, com predominância no sexo feminino. Pode também apresentar-se como uma doença sistémica, com envolvimento de órgãos como os rins, os pulmões e o cérebro, e sintomas como fadiga, artralgia e artrite são os mais frequentes e encontrados. O médico dentista tem um papel fundamental no diagnóstico precoce, pois é frequentemente o primeiro profissional a detetar sinais clínicos indicativos da doença. O caso clínico apresentado é de uma paciente adulta, 55 anos, com SS primário diagnosticada em 2021 e que apresentava vários sinais e sintomas da síndrome: sensação constante de secura na boca, dificuldade de mastigação e deglutição, dor na articulação temporomandibular (ATM), dor durante a mastigação, alteração do paladar (disgeusia), sensação de ardor na mucosa oral, halitose, e algumas cáries. Estas manifestações são decorrentes da redução do fluxo salivar, que interfere no equilíbrio da microbiota bucal, na lubrificação e na função protetora da saliva. A ausência de saliva adequada predispõe à formação de lesões de cárie, além do risco de infeções e alterações na ATM, como dor e estalidos durante a mastigação. A paciente torna-se mais suscetível a cáries dentárias e infeções fúngicas, alterações na mucosa lingual e tecido gengival e eventualmente doença periodontal. A integração do exame clínico com instrumentos como o questionário ‘OHIP’ permitiu uma maior compreensão do impacto físico e psicológico da patologia na paciente, permitindo uma comunicação mais eficaz com a mesma e uma intervenção mais adaptada às suas necessidades específicas. Este caso clínico reforça a importância da gestão multidisciplinar da SS, enfatizando o papel fundamental do médico dentista no diagnóstico, acompanhamento e gestão a longo prazo do doente.

**Palavras-chave:** Síndrome de Sjögren, Manifestações orais; Síndrome de Sjögren primário; Saude oral



## **Abstract**

Sjögren's syndrome (SS) is a chronic autoimmune disease with lymphocytic infiltration and progressive damage to the exocrine glands, particularly the salivary and lacrimal glands, leading to xerostomia (dry mouth) and keratoconjunctivitis sicca (dry eyes). It is among the three most common autoimmune diseases and occurs in 0.5-3 per cent of the population, predominantly in women. It can also present as a systemic disease, involving organs such as the kidneys, lungs and brain, and symptoms such as fatigue, arthralgia and arthritis are the most frequent and common. Dentists play a key role in early diagnosis, as they are often the first professionals to detect clinical signs of the disease. The clinical case presented is of a 55-year-old adult patient with primary SS who was diagnosed in 2021 and presented with various signs and symptoms of the syndrome: a constant feeling of dryness in the mouth, difficulty chewing and swallowing, pain in the temporomandibular joint (TMJ), pain during chewing, a change in taste (dysgeusia), a burning sensation in the oral mucosa, halitosis, and some cavities. These manifestations are the result of reduced salivary flow, which interferes with the balance of the oral microbiota, lubrication and the protective function of saliva. The absence of adequate saliva predisposes to the formation of caries lesions, as well as the risk of infections and alterations in the TMJ, such as pain and clicking during chewing. The patient becomes more susceptible to dental caries and fungal infections, alterations in the lingual mucosa and gum tissue and eventually periodontal disease. Integrating the clinical examination with instruments such as the "OHIP" questionnaire allowed for a greater understanding of the physical and psychological impact of the pathology on the patient, allowing for more effective communication with her and an intervention better adapted to her specific needs. This clinical case reinforces the importance of multidisciplinary management of SS, emphasising the fundamental role of the dentist in the diagnosis, follow-up and long-term management of the patient.

**Keywords:** Sjogren's syndrome, Oral manifestations; Sjogren's syndrome primary; Oral health



# INDICE GERAL

<b>I. Introdução.....</b>	<b>1</b>
I.1 Definição e epidemiologia da Síndrome de Sjögren .....	1
I.2 Etiopatogênese e manifestações sistêmicas.....	1
I.3 Impacto da doença na qualidade de vida.....	2
I.4 O papel do Médico no Diagnóstico e Tratamento.....	2
<b>II. Revisão da literatura .....</b>	<b>5</b>
II.1 Mecanismos fisiopatológicos da Síndrome de Sjögren .....	5
II.2 Manifestações orais da Síndrome de Sjögren .....	7
II.3 Diagnóstico e critérios clínicos .....	8
II.4 Estratégias terapêuticas e acompanhamento odontológico .....	8
<b>III. Material e Métodos .....</b>	<b>9</b>
<b>IV. Caso Clínico .....</b>	<b>11</b>
IV.1 História médica.....	11
IV.2 Exame clínico .....	13
IV.2.1 Extra oral .....	13
IV.2.2 Exame intra oral .....	14
IV.3 Exames complementares .....	19
IV.4 Análise qualitativa da saúde da paciente .....	19
IV.5 Plano de tratamento e intervenções terapêuticas .....	20
<b>V. DISCUSSÃO .....</b>	<b>21</b>
V.1 Resumo do caso clínico .....	21
V.2 Papel do medico.....	23
V.2.1 Acompanhamento do paciente a curto, medio e longo prazo .....	23
V.2.1.1 Tecidos moles e duros .....	23

V.3 Risco de linfoma MALT (Linfoma do Tecido Linfoide associado à Mucosa) .....	25
V.4 Tratamento multidisciplinar e colaboração entre especialidades medicas .....	26
<b>VI. CONCLUSÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>29</b>
<b>VIII. ANEXOS .....</b>	<b>33</b>

## Índice de Figuras

<i>Figure 1. Zonas de cabeça e pescoço dolorosas à palpação.</i>	14
<i>Figure 2. Escala com intensidade da dor.</i>	14
<i>Figure 3. Fotografia frontal em oclusão com retração dos tecidos periféricos.</i>	15
<i>Figure 4. Fotografia frontal da língua.</i>	15
<i>Figure 5. Fotografia do bordo lateral direito da língua.</i>	16
<i>Figure 6. Fotografia do bordo lateral esquerda da língua.</i>	16
<i>Figure 7. Fotografia da mucosa jugal direita com ducto.</i>	17
<i>Figure 8. Fotografia da mucosa jugal esquerda.</i>	17
<i>Figure 9. Fotografia oclusal superior.</i>	18
<i>Figure 10. Fotografia oclusal inferior.</i>	19



## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> <i>Prevalência de lesões orais em doentes com síndrome de Sjögren primária.....</i>	<b>8</b>
--	----------



## **Listas de Abreviaturas, Siglas, Símbolos ou Acrónimos**

AECG - Grupo de Consenso Americano-Europeu  
AINES – Anti-inflamatórios Não Esteroides  
AR – Artrite Reumatoide  
ATM – Articulação Temporomandibular  
BAFF – B-cell Activating Factor  
BCL-2 – B-cell Lymphoma 2  
BLK – B Lymphoid Tyrosine Kinase  
CD20 – Cluster of Differentiation 20  
CEGS - Células Epiteliais das Glândulas Salivares  
CMV – Citomegalovírus  
CXCR5 – Receptor de Quimiocina CXC 5  
DVO – Dimensão Vertical Occlusão  
EBV – Vírus Epstein-Barr  
EULAR - European Alliance of Associations for Rheumatology  
HCV – Vírus da Hepatite C  
HLA – Antígeno Leucocitário Humano  
HTLV-1 – Vírus Linfotrópico de Células T Humanas Tipo 1  
IgA – Imunoglobulina A  
IL-12 – Interleucina 12  
IL-23 – Interleucina 23  
IL-6 – Interleucina 6  
IRF5 – Fator Regulador do Interferon 5  
LNH – Linfoma Não-Hodgkin  
MALT – Tecido Linfoide Associado à Mucosa  
MHC – Complexo Principal de Histocompatibilidade  
OHIP – Oral Health Impact Profile  
OHRQoL – Oral Health-related Quality of Life  
pSS – Síndrome de Sjögren Primária  
RNA – Ácido Ribonucleico  
sSS – Síndrome de Sjögren Secundária  
SS – Síndrome de Sjögren

STAT4 – Signal transducer and activator of transcription 4

TH1 – Células T Helper Tipo 1

TNF- $\alpha$  – Fator de Necrose Tumoral Alfa

## **I. Introdução**

### **I.1 Definição e epidemiologia da Síndrome de Sjögren**

A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune crônica xerofthalmia (secura ocular) e xerostomia (secura oral) causada pela disfunção das glândulas lacrimais e salivares. No entanto pode afetar múltiplos sistemas orgânicos o que a torna uma patologia de caráter sistêmico, com manifestações clínicas altamente variáveis de doente para doente (Negrini et al., 2022).

Clinicamente a SS é classificada em duas formas: Síndrome de Sjogren primária (pSS) e Síndrome de Sjogren secundária (sSS). A primeira define-se quando a doença ocorre de forma isolada, enquanto a segunda quando ocorre em conjunto com outras doenças autoimunes. A síndrome de Sjogren secundária (sSS) coexiste principalmente com o Lúpus Eritematoso Sistêmico (15-36%), a Artrite Reumatoide (AR) (20-32%), e, com menor frequência, com Esclerose múltipla, Tiroidite e Hepatite autoimune (Stefanski et al., 2017). Esta associação entre doenças requer e reforça a necessidade de uma abordagem de diagnóstico e tratamento criteriosa e multidisciplinar.

A pSS é uma das doenças auto-ímmunes sistêmicas mais frequentes com uma prevalência variável: esta taxa varia entre 13,1 e 60,8 casos por 100.000 habitantes, consoante a região geográfica analisada e os critérios de classificação utilizados. Estudos europeus baseados nos critérios do Grupo de Consenso Americano-Europeu (AECG) mostram uma prevalência de cerca de 39 por 100 000 indivíduos (0,04%). Além disso, a SS tem uma forte predisposição feminina, afetando mulheres de meia-idade, especialmente de etnia caucasiana. O rácio feminino/masculino pode variar entre 6:1 e 10,7:1 o que evidencia uma predominância no sexo feminino (Casian et al., 2022).

### **I.2 Etiopatogénese e manifestações sistémicas**

A etiologia e a patogénese não são totalmente compreendidas, mas acredita-se que a explicação mais provável seja um processo multifatorial em que a predisposição genética é um pré-requisito, sendo modificações epigenéticas associadas também ao desenvolvimento desta doença autoimune. Outros fatores, como a desregulação imunitária, hormonal e as influências ambientais (entre outros, stress, infeções, medicamentos e vacinas) conduzem a uma ativação exacerbada tanto do sistema

imunitário inato quanto adaptativo. As infecções virais, em particular, o vírus Epstein-Barr, são suspeitas de induzir SS (André & Böckle, 2022).

A pontuação do Índice de Atividade da Doença da Síndrome de Sjögren da EULAR (ESSDAI) classifica a atividade da doença sistêmica de baixa a alta com base em 12 domínios (cutâneo, renal, articular, muscular, sistema nervoso periférico, sistema nervoso central, hematológico, glandular, constitucional, linfo adenopático, pulmonar e biológico). Excluindo os domínios hematológico e biológico, os domínios mais frequentes do ESSDAI com algum nível de atividade são os articulares (56%), glandulares (34%), pulmonares (15%) e cutâneos (13%). As atividades no domínio do sistema nervoso periférico e no domínio do sistema nervoso central são registadas em 10% e 3% dos doentes, respetivamente. Os doentes com SS podem também desenvolver manifestações sistêmicas que não estão incluídas no ESSDAI, tais como manifestações cardiovasculares e fenómeno de Raynaud. Este envolvimento sistémico pode estar relacionado com a desregulação imunológica (Maleki-Fischbach et al., 2024).

### **I.3 Impacto da doença na qualidade de vida**

As pessoas com SS têm uma incapacidade funcional significativa quando comparadas com pessoas saudáveis da mesma idade, o que está associado a uma redução da qualidade de vida.

A fadiga é, sem dúvida, o sintoma mais relatado e limitativo para as pessoas com SS, tendo um impacto significativo na produtividade e na qualidade de vida. Por outro lado, a fadiga está fortemente correlacionada com sintomas como a secura, a sonolência diurna, a dor, a disfunção cognitiva e a depressão comórbida (Costa et al., 2023).

### **I.4 O papel do Médico no Diagnóstico e Tratamento**

Como citado por Saccicci e colegas, estes explicam que as manifestações orais podem ser o primeiro sinal clínico desta doença auto-imune e o médico torna-se o profissional chave para identificar sinais precoces que possam ser suspeitos, com um papel importante no diagnóstico e também no tratamento multidisciplinar (Saccucci et al., 2018).

O objetivo deste trabalho é descrever a patofisiologia da doença e também as manifestações clínicas, nomeadamente as orofaciais de uma paciente, que intervenções terapêuticas foram instituídas, e também o impacto da doença na sua qualidade de vida.

Não só é importante avaliar a expressão oral da doença como também a experiência da doença pela paciente, para uma melhor compreensão da sua situação de vida. Na análise qualitativa de saúde da doente com SS recorrer-se-á, também, a um questionário (Perfil de Impacto da Saúde Oral - *Oral Health Impact Profile* – OHIP) destinado a fornecer informações para uma melhor comunicação com a doente e para saber como esta lida com a doença. (Vujovic et al., 2023)



## II. Revisão da literatura

### II.1 Mecanismos fisiopatológicos da Síndrome de Sjögren

A SS é uma doença autoimune crônica caracterizada por uma infiltração linfocitária das glândulas exócrinas, levando ao seu comprometimento e causando sintomas como a xerostomia e a xeroftalmia. A fisiopatologia da síndrome é considerada multifatorial, incluindo predisposição genética, desregulação imunológica, alterações epigenéticas e fatores ambientais no processo que pode desencadear a doença. No que diz respeito à predisposição genética, estudos têm indicado a presença de polimorfismos no complexo antigénico leucocitário humano (HLA), incidindo principalmente nos genes HLA-DR e HLA-DQ, que levam a um aumento da suscetibilidade à pSS. Uma das principais funções do complexo principal de histocompatibilidade (MHC) é codificar proteínas envolvidas na apresentação de antígenos às células do sistema imunitário e que têm um papel fundamental no reconhecimento de agentes patogénicos pelo mesmo. Estas proteínas são designadas por antígenos leucocitários humanos e são de dois tipos principais: HLA de classe I (A, B, C) expressos em todas as células do organismo e apresentam antígenos aos linfócitos T CD8<sup>+</sup> e HLA de classe II (DR, DQ, DP) expressos, principalmente, nas células apresentadoras de antígenos (como as células dendríticas, os macrófagos e os linfócitos B) e apresentam antígenos aos linfócitos T CD4<sup>+</sup>. No caso da pSS, a variante ocorre nos genes HLA-DR e HLA-DQ específicos à classe II e conduzem a uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento da doença devido à apresentação de auto-antígenos e à ativação de células T auto-reativas (Cruz-Tapias et al., 2012).

Para além deste complexo, estudos identificaram loci de risco significativo que se considera contribuir para a suscetibilidade à doença e que estão envolvidos nas vias de resposta imunitária inata e adaptativa, conduzindo a uma resposta anormal de ambas. Estes loci são o IRF5 com função de regulação de transcrição genética do interferão tipo I, ligado a respostas anti-virais e pró-inflamatórias; o STAT4 com função na transcrição de IL-12 e IL-23 e diferenciação das células T Helper (th1); o BLK cujos polimorfismos estão associados a alterações no desenvolvimento e ativação das células B que podem contribuir para a autoimunidade; o IL12A cujas variações genéticas maioritariamente células T e Natural Killer; TNIP1 que modula a resposta inflamatória e mantém a homeostase imunológica através da regulação do fator de transcrição nuclear NF- $\kappa$ B e

CXCR5 cuja função afecta a ativação e migração B e consequentemente a produção de auto-anticorpos (Lessard et al., 2013).

Para além da implicação genética, tem-se verificado que a patogénese da pSS é também influenciada por uma interação entre esta, factores ambientais e hormonais. Na literatura, são citadas algumas relações entre infeções viricas e o desenvolvimento da pSS tais como o vírus Epstein-Barr (EBV), o vírus da hepatite C (HCV), o vírus linfotrópico das células T humanas tipo 1 (HTLV-1), o citomegalovírus (CMV) e o vírus da imunodeficiência humana (VIH). Salienta-se que estes vírus podem desencadear respostas auto-imunes através do mimetismo molecular, levando à produção de auto-anticorpos e à destruição tecidual. O mimetismo molecular, é um processo de escape viral ao sistema imunitário de importância fundamental e subjacente à génese de algumas doenças auto-imunes como a SS. Este mecanismo explica o facto de algumas proteínas virais partilharem semelhanças estruturais ou de sequência com antígenos auto-imunes, como o Ro 60 e o LA. Estas semelhanças podem levar o sistema imunitário a reagir não só contra o vírus, mas também contra as suas próprias células e tecidos favorecendo assim a autoimunidade (Liu Aichun Chu, n.d.).

Relativamente aos factores ambientais, um estudo analisou a associação entre a exposição a partículas atmosféricas inaláveis como a PM<sub>2.5</sub> e a PM<sub>10</sub> e o aumento de hospitalizações de indivíduos com SS. Verificou-se que o aumento destas partículas no ambiente se correlacionava com um maior risco de hospitalização e os resultados indicaram que as mulheres e as pessoas com mais de 65 anos de idade eram os grupos mais vulneráveis (Zhang et al., 2022).

Analisando o aspeto hormonal, as manifestações da síndrome de Sjögren podem estar subjacentes a uma situação de carência de estrogénios, típica das mulheres na pós-menopausa. Esta condição pode desencadear processos patológicos nas glândulas exócrinas, como a apoptose mediada pela proteína p53 nas células glandulares. Este processo de apoptose envolve a libertação e apresentação de auto-antígenos, como o SS-A SS-B às células T CD4+, que podem desencadear uma resposta imunitária exacerbada e, consequentemente, lesões auto-imunes (Arakaki et al., 2010).

Assim, existe uma clara associação entre factores ambientais, infecciosos e hormonais que exercem uma influência significativa na ativação e perpetuação da resposta autoimune observada na pSS, a qual se encontra aumentada em indivíduos geneticamente predispostos.

Como referido anteriormente, na pSS ocorrem várias alterações ao nível das células epiteliais das glândulas salivares (CEGS) que conduzem a disfunções estruturais e à menor eficácia de secreção e proteção salivar. Estas alterações funcionais são evidenciadas pela redução na produção de mucinas importantes para a lubrificação da cavidade oral e vias respiratórias. As perturbações que levam à deterioração da qualidade da saliva e prejudicam a integridade da mucosa e homeostasia celular resultam num aumento da morte celular e perda de função (Hou et al., 2024).

## **II.2 Manifestações orais da Síndrome de Sjögren**

As manifestações orais associadas à síndrome de Sjögren (SS) são múltiplas e resultam do comprometimento das glândulas salivares e da mucosa oral. Serrano et al descrevem neste artigo as manifestações associadas mais frequentes como a xerostomia e as alterações da mucosa oral como a atrofia das papilas linguais e a perda das papilas que contribuem para uma língua lisa. As ulcerações orais são frequentes e aparecem como lesões ulceradas de profundidade e tamanho variáveis. Também é descrito o aumento da probabilidade de desenvolvimento de lesões auto-imunes com um aspeto liquenoide, estimando-se que 18-35% apareçam em doentes com SS devido a respostas auto-imunes. As alterações mais comuns na língua são a glossite atrófica e as fissuras. A xerostomia favorece também o desenvolvimento de infeções fúngicas como as candidoses pseudomembranosas (0-6,8%) ou eritematosas devido, maioritariamente, à *Candida albicans* (Serrano et al., 2018).

Alguns estudos também referem problemas na articulação temporomandibular (ATM) em pacientes com SS, descrevendo sintomas como dor muscular durante a mastigação, dificuldade na abertura da boca, presença de “clicks” e ruídos articulares como crepitações e estalidos. Desvios e deflexões mandibulares estão presentes em 18,05% dos pacientes com SS. A mialgia (contração muscular) é um dos sintomas mais evidentes (Crincoli et al., 2018).

Characteristic	All patients (%)	Missing data/not completed	CMC (%)	BCD (%)	UF (%)	P-value
<b>Demographics</b>						
Total number (%)	155	0	52 (33.4)	55 (35.5)	48 (31.0)	
<b>Sex</b>						
Male (%)	15 (9.7)	0	7 (4.5)	7 (4.5)	1 (0.65)	<i>P</i> = 0.07
Female (%)	140 (90.3)		45 (86.5)	48 (87.3)	47 (97.9)	
Mean age (yrs)	57.9	0	58.7	54.5	60.8	<i>P</i> = 0.04
<b>SS diagnostic criteria</b>						
Positive Autoantibodies	80 (52.6)	3	12 (23.5)	29 (54.7)	39 (81.3)	<i>P</i> < 0.0001
Positive ANA	93 (64.6)	11	18 (38.3)	31 (60.8)	44 (95.7)	<i>P</i> < 0.001
Positive anti-SSA	76 (50.0)	3	10 (19.6)	29 (54.7)	37 (77.1)	<i>P</i> < 0.0001
Positive anti-SSB	45 (30.0)	5	7 (13.7)	16 (31.4)	22 (45.8)	<i>P</i> = 0.0022
Minor salivary gland biopsy completed	129 (83.8)	26	41 (78.9)	55 (100)	33 (68.8)	<i>P</i> < 0.0001
Positive minor salivary gland biopsy of a completed biopsy	124 (96.1)	0	40 (97.6)	54 (98.2)	30 (90.9)	<i>P</i> = 0.2
<b>Oral lesions</b>						
Oral lesions of any etiology	96 (61.2)	0	38 (73.1)	44 (80.0)	14 (29.2)	<i>P</i> < 0.0001
Traumatic lesions	72 (46.5)	0	28 (18.1)	43 (27.7)	1 (0.65)	<i>P</i> < 0.0001
Candidiasis	46 (29.9)	0	21 (13.6)	11 (54)	14 (9.1)	<i>P</i> = 0.078
Oral lesions of autoimmune etiology	19 (12.3) <sup>a</sup>	0	11 (21.2) <sup>b</sup>	4 (7.3) <sup>b</sup>	4 (8.3) <sup>b</sup>	<i>P</i> = 0.07
Lichen planus	11 (7.1)	0	9 (17.3)	0 (0)	2 (4.2)	<i>P</i> = 0.0007
Recurrent aphthous stomatitis	6 (3.9)	0	1 (1.9)	4 (7.3)	1 (2.1)	<i>P</i> = 0.37
Chronic ulcerative stomatitis	1 (0.6)	0	0 (0)	0 (0)	1 (2.1)	<i>P</i> = 0.31
Connective tissue dis	1 (0.6)	0	1 (1.9)	0 (0)	0 (0)	<i>P</i> = 0.65

**Tabela 1.** Prevalência de lesões orais em doentes com síndrome de Sjögren primária (Likar-Manookin et al., 2013).

### II.3 Diagnóstico e critérios clínicos

O diagnóstico da SS requer uma abordagem combinada de sinais clínicos, biópsia das glândulas salivares menores e análises laboratoriais e, para tal, foram estabelecidos em 2016 critérios pela ACR/EULAR, descritos por Shiboski como a base para uma classificação da doença primária. Estes critérios baseiam-se em 5 variáveis objetivas e têm um sistema de pontuação: Anti-SSa/Ro positivo (3 pontos), biópsia de glândula salivar mínima com pontuação de foco  $\geq 1$  (3 pontos), teste de Schirmer  $\leq 5$ mm/ 5 min (1 ponto), pontuação de coloração ocular  $\geq$  o Van Bijsterveld  $\geq 4$  (1 ponto) e fluxo salivar não estimulado  $\leq 0,1$  mL/min (1 ponto) (Shiboski et al., 2017). Uma pontuação total  $\geq 4$  confirma o diagnóstico de pSS. Para além desta classificação, de acordo com um estudo de Vivino et al, outro critério de diagnóstico fundamental é a biópsia das glândulas salivares menores, salientando que os doentes com uma biópsia negativa podem apresentar sintomas graves de xerostomia e devem ser cuidadosamente monitorizados (Vivino et al., 2019).

### II.4 Estratégias terapêuticas e acompanhamento odontológico

O tratamento da pSS deve basear-se num plano personalizado e multidisciplinar que visa gerir os sintomas sistémicos, bem como as manifestações orais. Segundo Ramos-Casals et al, o tratamento terapêutico da xerostomia inclui a utilização de estimulantes salivares

sistêmicos como a Pilocarpina (5mg 3 vezes ao dia) e a Cevimelina (30mg 3 vezes ao dia), fármacos capazes de estimular as glândulas salivares aumentando o fluxo salivar e contrariando a secura. Ou substitutos salivares, tais como lubrificantes artificiais como géis e sprays, são recomendados para aliviar o desconforto causado pela secura oral. A higiene dentária e a prevenção desempenham um papel importante na diminuição drástica da ocorrência de cáries, candidíase e doença periodontal. As diretrizes destacam: a aplicação tópica de flúor, o acompanhamento dentário regular e a utilização de elixires antibacterianos. A prevenção em doentes com pSS é importante, uma vez que reduz significativamente a ocorrência de candidíase oral (Ramos-Casals et al., 2020).

A higiene oral a longo prazo tem uma função importante na manutenção da saúde das glândulas salivares, especialmente da glândula parótida, que é frequentemente afetada por infecções. Uma boa higiene oral contribui para uma redução da carga microbiológica na cavidade oral, o que tem uma importante função preventiva contra infecções como a Sialoadenite aguda bacteriana. Nos doentes com hipossalivação, uma característica típica dos doentes com síndrome de Sjögren, a diminuição do fluxo salivar compromete as propriedades antimicrobianas presentes na saliva, facilitando a proliferação de microrganismos patogénicos, como o *Staphylococcus aureus*. A saliva tem uma função crucial na limpeza natural, removendo resíduos e bactérias. Segundo Kassan e Moutsopoulos a estagnação salivar promove infecções como a Sialoadenite que se manifesta com dor, aumento de volume, febre, em casos graves pode necessitar de antibioticoterapia ou drenagem cirúrgica. Em fim, a adoção de práticas preventivas como a escovagem regular, o uso de fio dentário, a hidratação e a estimulação da saliva com agentes sialogogos são fortemente recomendadas em doentes com hipossalivação. Estas medidas contribuem para a prevenção de complicações infecciosas recorrentes e preservam a integridade das glândulas salivares (Kassan & Moutsopoulos, n.d.).

### **III. Material e Métodos**

Para contextualizar esta dissertação, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica prévia, na base de dados PubMed. Os filtros de pesquisa foram: idioma português, inglês e francês, limite temporal últimos 15 anos e artigos free full text. As palavras-chave utilizadas foram Síndrome de Sjögren, manifestações orais utilizando o operador booleano "AND". Os critérios de inclusão foram: artigos sobre SS e manifestações orais. Os critérios de

exclusão aplicados foram: artigos que não abordavam manifestações orais, estudos sobre outras patologias ou condições de patologias além do SS e artigos indisponíveis em formato completo. Após a leitura dos resumos, foram selecionados 39 artigos relevantes para o tema. O caso clínico envolveu a participação de uma paciente de 55 anos (M.C.S.A.) diagnosticada com Síndrome de Sjögren em 2021. Depois de explicar os objetivos do estudo a paciente consentiu em participar no mesmo assinando o consentimento informado e esclarecido (Anexos 1 e 2). A proposta de realização deste trabalho foi submetida à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, cujo parecer se encontra anexado (Anexo 3). A paciente foi observada na clínica privada da Doutora Sandra Isabel Ribeiro Lima. A terminologia e nomenclatura dentária seguida será a da FDI (World Dental Federation).

## IV. Caso Clínico

### IV.1 História médica

Este caso descreve uma paciente do sexo feminino, de 55 anos de idade, diagnosticada com Síndrome de Sjögren em 2021. A paciente relata sintomas de xerostomia e xeroftalmia que se iniciaram no ano de 2019, acompanhados de dores articulares generalizadas. Foi encaminhada para o serviço de Reumatologia no Hospital de Braga onde efetuou exames clínicos e análises sanguíneas. Após estes exames foi diagnosticada com uma osteoartrose polifocal e uma raquialgia comum ainda que a suspeita de SS fosse alta devido à presença de autoanticorpos ANA e anti-SSa. Nos anos subsequentes as dores articulares acentuaram-se bem como a secura oral e ocular, incapacitando a realização regular de ações básicas do quotidiano tais como mastigar, falar ou movimentar-se livremente. A paciente foi medicada com hidroxicloroquina, um imunomodulador utilizado no tratamento da malária e frequentemente indicado no tratamento de pacientes com doenças autoimunes como AR ou SS com sintomas de fadiga, artralgia e mialgia. Posteriormente, esta medicação foi suspensa devido à apresentação de leucopenia e neutropenia.

Em 2021 a paciente efetuou uma biópsia das glândulas salivares menores onde se estabeleceu definitivamente o diagnóstico de SS. O diagnóstico da SS baseia-se na combinação de biomarcadores clínicos, serológicos e histológicos apresentados pelo ACR/EULAR (Ref. Da EULAR). De acordo com os critérios de classificação de 2016, e como anteriormente referido, o diagnóstico de pSS baseia-se na pontuação ponderada de cinco itens: positividade para anticorpos anti-SSA/Ro e sialadenite linfocítica focal com focus score  $\geq 1$  por 4 mm<sup>2</sup> (cada um com 3 pontos); pontuação de coloração ocular  $\geq 5$  (ou pontuação de van Bijsterveld  $\geq 4$ ), teste de Schirmer  $\leq 5$  mm em 5 minutos e fluxo salivar não estimulado  $\leq 0,1$  ml/min (cada um com 1 ponto). Pacientes com sinais e/ou sintomas sugestivos da síndrome que obtiverem uma pontuação total  $\geq 4$  são classificados como portadores da síndrome de Sjögren primária.. Embora a biópsia das glândulas salivares menores não seja necessária para cumprir os critérios de classificação nos doentes que são anti-Ro/La+, há evidência emergente de que esta é crucial na estratificação dos doentes com risco de doença sistémica grave e linfoma. Além disso, existe uma percentagem significativa de doentes com SS primário, negativos para infiltração linfocítica destas glândulas, embora apresentem xerostomia exuberante. Nesta paciente,

o diagnóstico de SS é feito, tendo em conta a ausência desta característica cardinal da doença: *biópsia com critérios patológicos insuficientes* (Shiboski et al., 2017).

O doente realizou os seguintes exames para diagnóstico e confirmação da doença: análises de sangue e urina em outubro de 2016, junho de 2017 e junho de 2019 na clínica Unilabs, biópsia de glândulas salivares em outubro de 2021, análises de sangue em abril de 2024 e repetiu as mesmas em agosto de 2024.

Após o diagnóstico, foi realizado o tratamento sintomático da paciente, com "Xeros spray" um substituto salivar em spray que, para além de estimular a secreção natural de saliva, alivia a sensação de boca seca previne a recorrência de cáries e halitose. Também lhe foi receitado "Thealoz duo" uma solução indicada para a proteção, hidratação e lubrificação dos olhos, pelo menos, três vezes por dia. A par destes 2 medicamentos, iniciou também a toma de Levotiroxina 50mg, usado no tratamento de défices de hormonas da tiroide nomeadamente hipotiroidismo, também apresentado pela paciente. A associação do pSS com doenças autoimunes da tiroide tem sido amplamente documentada (Baldini et al., 2018).

Atualmente, e no contexto de antecedentes de arritmia, a paciente toma diariamente Propafenona 150mg e Bisoprolol 5mg. Também se encontra medicada com Atorvastatina 20mg (usado para baixar os níveis de colesterol no sangue), Ácido acetilsalicílico 150mg, um antiagregante plaquetario e também antiinflamatório, Omeprazol, um inibidor da bomba de prótons, usado como protetor gástrico. No acompanhamento de uma síndrome depressiva a paciente é também medicada com Venlafaxina 75mg, Trazodona 150 mg (para perturbações depressivas e /ou ansiosas) e Zolpidem 10 mg, um hipnótico usado para o tratamento de insónias.

A paciente tem periodicamente exacerbações da SS com fadiga, dores articulares e dores de cabeça severas. Refere também dores músculo-esqueléticas moderadas acompanhadas de dificuldades de movimento tendo, pelo menos, 1 exacerbação por ano. Estes sintomas pioram com o frio e quando aumentados a paciente recorre a medicação sintomática e massagens terapêuticas.

A paciente refere que, nos anos anteriores foi hospitalizada apenas para uma cirurgia uterina e uma hemorroidectomia clássica padecendo ainda de uma hérnia abdominal, causadora frequente de azia, vómitos e náuseas.

A história clínica da paciente foi registada no formulário de entrevista fornecido (Anexo 4) onde se acresce a ausência de reações adversas à anestesia dentária e ausência de alergias a medicamentos.

O último tratamento dentário em Dezembro de 2024 foi uma restauração sem complicações associadas. Anteriormente foi acompanhada pela médica na realização de outras restaurações e sempre com queixas de secura bucal. A medicação efetuada manteve-se sempre a mesma.

Em janeiro 2025 comparece na consulta de Medicina Dentária por motivos de carie e boca seca, associados à dificuldade em mastigar alimentos secos e duros, dor e estalidos ao mastigar, alteração do paladar com a perceção de um sabor metálico, perda de sabor e sensação de queimadura na boca (língua e gengivas). Apresenta igualmente secura ocular e dores generalizadas nas várias articulações.

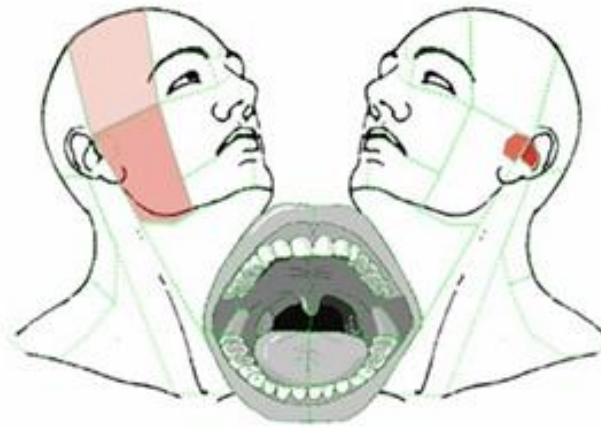
Os hábitos de higiene oral que a paciente reportou incluem higienização duas vezes ao dia com uso de escova manual, fio dentário e uso diário de elixir bucal. Refere possuir halitose, predominantemente pela manhã, sensibilidade dentária, disartria, disfagia e disguesia. Menciona que, ocasionalmente, apresenta fadiga muscular ao mastigar. Não possui hábitos tabágicos ou de consumo de álcool e realiza exercício físico duas vezes por semana.

## **IV.2 Exame clínico**

### **IV.2.1 Extra oral**

No exame clínico exame extra-oral a paciente apresentava simetria facial, lábios competentes e dimensão vertical de oclusão (DVO) normal (2-4mm) resolvidos e recuperados com a colocação de implantes associados a prótese fixa. Apresentava-se sem adenopatias palpáveis na região da cabeça, pescoço e região supraclavicular. .

Na palpação da articulação temporomandibular não referiu dor. Também não havia dor espontânea. No movimento de abertura e fecho da boca apresentava um ligeiro desvio da linha média para a esquerda com movimento simultâneo dos côndilos, mas com ruído articular associado (direito ou esquerdo); refere sentir fadiga ao mastigar. A paciente aponta ainda para uma dor moderada na região temporal (Figura 1) à qual atribuiu entre 5 e 6 pontos na escala de intensidade da dor (Figura 2)



**Figure 1.** Zonas de cabeça e pescoço dolorosas à palpação (adaptado de Oliveira et al,2019).



**Figure 2.** Escala com intensidade da dor (adaptado de Ettlin et al, 2016).

#### IV.2.2 Exame intra oral

No exame clínico intra-oral, não existiam alterações, nomeadamente, alterações de cor, forma ou volume e nem descontinuidade do epitélio, com a exceção de uma lesão arredondada, bem definida e roxa cujo diagnóstico clínico é o de hematoma de origem traumática na bochecha esquerda. A paciente refere que a presença de aftas é rara apesar da xerostomia e de disfagia. Observou-se recessão gengival (Figura 3), língua parcialmente fissurada (Figura 4). Os bordos laterais da língua não apresentavam fissuras, eritema ou atrofia, mas tinham um aspeto liso e brilhante, resultante do decréscimo/ausência de produção salivar, falta de hidratação e consequente desaparecimento/encolher das papilas normais (Figuras 5 e 6).



**Figure 3.** *Fotografia frontal em oclusão com retração dos tecidos periféricos.*



**Figure 4.** *Fotografia frontal da língua.*



**Figure 5.** *Fotografia do bordo lateral direito da língua.*



**Figure 6.** *Fotografia do bordo lateral esquerdo da língua.*

Na mucosa jugal da paciente o ducto de Stenon é bem visível não apresentando obstruções ou inflamação óbvia; no lado esquerdo o ducto parece um pouco dilatado, outra das características associada à alteração do fluxo salivar (Figuras 7 e 8).



**Figure 7.** *Fotografia da mucosa jugal direita com ducto.*



**Figure 8.** *Fotografia da mucosa jugal esquerda.*

Apresenta múltiplas restaurações: no primeiro quadrante: 13, 14, 15 e 16; no segundo quadrante: 23, 24, 25 e 26; no terceiro quadrante: 31, 32, 34e 35; no quarto quadrante: 41, 44, 45 e 46. Observam-se lesões cervicais não cariosas devidas a traumatismo oclusal nos dentes: 13, 14 23, 24, 25, 44 e 45 (Figura 5 e 6).

O exame dentário (Figuras 9 e 10) avaliado através o ‘Código CPO’ revelou:

-No primeiro quadrante, dente 11 colocação de implante com prótese fixa (coroa), dentes 12, 13, 14 são, classificados como '0' no Código CPO, dente 15 obturado em resina composta na face OD (ocluso-distal) classificado como '2' no Código CPO, dente 16 obturado em resina composta na face OM (ocluso-mesial) classificado como '2' no código CPO, dente 17 obturado com amálgama em M (mesial) classificado como '2' no código CPO e dente 18 ausente, perdido por cárie, classificado como '3' no código CPO. No segundo quadrante, dentes 21 e 22 colocação de implante com prótese fixa (coroa), dente 23 e 24 e 27 são, classificados como '0' no código CPO, dente 25 obturado em resina composta face M (mesial) classificado como '2' no código CPO, dente 28 perdido por cárie classificado como '3' no código CPO. No terceiro quadrante, dentes 31,32,33,34,35 e 37 são classificados como '0' no código CPO, dente 36 perdido por cárie classificado como '3' no código CPO. Quatro quadrante 41,42,43,44,46 e 47 dentes são, classificados como '0' e dente 45 obturado em D (distal) em resina composta classificado como '2'.



**Figure 9.** *Fotografia oclusal superior.*



**Figure 10.** *Fotografia oclusal inferior.*

### **IV.3 Exames complementares**

Foi efetuada uma sialometria, o teste que avalia a quantidade de saliva produzida após um período de 5 minutos em repouso. Os valores normais de produção de saliva após um período de 5 minutos em repouso variam entre 1,5ml e 2ml ( 1500  $\mu$ l e 2000  $\mu$ l). Mediuse, apenas, 900  $\mu$ l de saliva que indica uma produção de saliva reduzida, valor que é abaixo da faixa normal.

### **IV.4 Análise qualitativa da saúde da paciente**

As manifestações orais frequentemente observadas em pacientes com SS podem afetar profundamente a sua rotina diária e bem-estar. A alteração de saliva, tanto quantitativa como qualitativa, frequentemente observada nestes pacientes leva a um desconforto crónico que se pode associar a outros problemas muitas vezes com um forte impacto psicológico. Nesse sentido desenvolveram-se instrumentos de avaliação da saúde oral-relacionada com a qualidade de vida, como por exemplo o questionário Oral Health-related Quality of Life (OHRQoL). Este consiste numa avaliação para medir o impacto das condições de saúde oral na qualidade de vida através da escala de Likert de 5 pontos para cada pergunta, de 0 = nunca a 4 = frequentemente. Estudos anteriores demonstram que a xerostomia resulta no decréscimo desta pontuação, associada a problemas físicos, psicológicos e consequências sociais (Vujovic et al., 2023).

A paciente preencheu o questionário OHIP (Oral Health Impact Profile) que pode ser consultado no Anexo (Anexo 4).

Interpretando o questionário preenchido, podemos dividir as 14 perguntas em sete diferentes dimensões: limitação funcional, dor/desconforto físico, sofrimento psicológico, incapacidade física, incapacidade psicológica, incapacidade social e desvantagens. Quanto mais elevada é a pontuação obtida mais pobre é a saúde oral e consequentemente menor é a qualidade de vida da paciente. Os resultados obtidos podem ser assim sumariados:

- Limitação funcional (questões 1 e 2) em que a soma resulta em 4 pontos
- Dor/ desconforto físico (questão 3 e questão 4) em que a soma é de 5 pontos
- Sofrimento psicológico (questão 5 e questão 6) em que a soma é de 2 pontos
- Incapacidade física (questão 7 e questão 8) em que a soma é de 3 pontos
- Incapacidade psicológica (perguntas 9 e 10) com 2 pontos
- Incapacidade social (pergunta 11 e pergunta 12) com 2 pontos
- Desvantagens (perguntas 13 e 14) com 1 ponto.

A paciente em questão obteve um score total de 19 pontos, o que indica que a sua saúde oral tem um "impacto moderado" na qualidade de vida: pouco impacto < 19; impacto moderado: 19-37 e alto impacto 38-56.

Observando as questões e analisando as várias dimensões mais em detalhe observou-se que a pontuação mais elevada é atribuída à dor física (5 pontos) e às limitações funcionais (4 pontos), que são as dimensões mais problemáticas. A paciente sente dor e dificuldades funcionais relacionadas com a secura oral, alterações do paladar e dificuldades na mastigação de determinados alimentos. Por outro lado, o sofrimento e a incapacidade, psicológico (ambos com 2 pontos), totalizam 4 pontos, espelhando pouco impacto emocional. A incapacidade social (2 pontos) e desvantagens (1 ponto) indicam, também, um impacto social pouco pronunciado. Seria útil efetuar este mesmo questionário após vários intervalos temporais e tentar perceber a evolução do score da paciente, identificando as áreas orais mais críticas que afetam a sua qualidade de vida e estabelecer um plano de tratamento mais direcionado e específico.

#### **IV.5 Plano de tratamento e intervenções terapêuticas**

Foi proposto o seguinte plano de tratamento:

Por ordem de urgência, restauração das lesões não cariosas nos dentes 24 e 25 em compósito e depois os dentes 13,14, 23, 44 e 45. Profilaxia com destartarização e polimento frequente, de 3 em 3 meses, para evitar recidiva de cárie devido a falta de saliva e para prevenir complicações periodontais, assegurando a saúde periodontal e gengival. Utilização de remédios estimulantes da saliva ou géis salivares para controlar a dor oral que o paciente sente e melhorar assim a função oral, para além de visitas regulares ao medico dentista para prevenir complicações. Considerando os distúrbios temporomandibulares, frequentemente associados à SS, é importante incluir no plano de tratamento uma abordagem multidisciplinar e conservadora para gerir a parte sintomática e funcional da articulação temporomandibular. Para o tratamento da dor da ATM, pode-se incluir fisioterapia com exercícios de relaxamento e alongamentos, terapia medicamentosa com AINE, em caso de dor ou inflamação ou com relaxantes musculares, em caso de espasmos musculares. A aplicação de calor húmido durante um período de 15-20 minutos, cerca de 2-3 vezes por dia, também é recomendada com o objetivo de melhorar o fluxo sanguíneo e reduzir a tensão muscular através do relaxamento dos músculos. Recomenda-se igualmente manter o exercício físico nomeadamente hidroginástica 2x semana com o objetivo de fortalecer os músculos, melhorar a flexibilidade e aumentar a resistência cardiovascular. Relativamente à educação da paciente, esta foi informada e alertada para os cuidados de higiene oral e manutenção de uma dieta equilibrada e foi explicado que o acompanhamento multidisciplinar, com a colaboração de reumatologistas, oftalmologistas e medicos, é essencial para melhorar a sua qualidade de vida e prevenir complicações.

## **V. DISCUSSÃO**

### **V.1 Resumo do caso clínico**

Este caso clínico relata a complexidade geral no tratamento da pSS, focando a importância de uma abordagem multidisciplinar tanto no diagnóstico da doença quanto no tratamento, que deve ser coordenado com outras especialidades médicas. A paciente, do sexo feminino, com 55 anos, foi diagnosticada com pSS em 2021 após anos de apresentação de sinais e sintomas progressivos típicos da doença como xerostomia e xerofthalmia diagnosticada, posteriormente, pelo oftalmologista como queratoconjuntivite seca. A doente referia dores articulares generalizadas e astenia persistente, sintomas

compatíveis com um quadro de artralgia polifocal diagnosticado pelo reumatologista. Segundo Mæland et al. a fadiga é o sintoma mais comum, estando presente em cerca de 65-70% dos doentes e debilitando muito a qualidade de vida dos doentes com a doença. Estas características não dependem exclusivamente da atividade inflamatória sistémica, mas o quadro geral de dor crónica, a depressão, as perturbações do sono e as alterações neuroimunológicas são os fatores desencadeantes (Mæland et al., 2021). Estes dados refletem a condição do doente que se queixava de um impacto significativo da sintomatologia que interferia com as atividades básicas da vida diária. Estes sinais podem e devem ser tidos em conta para uma investigação mais aprofundada. A confirmação do diagnóstico da doença baseou-se em critérios clínicos e serológicos, embora neste caso estivesse ausente uma infiltração linfocítica significativa no exame das glândulas salivares menores, demonstrando assim uma apresentação atípica da doença. As manifestações orais recorrentes e particularmente debilitantes encontradas no caso foram a dificuldade em mastigar, a dor na ATM, alterações do paladar (disgeusia) e uma sensação persistente de ardor na língua. De acordo com Błochowiak, os distúrbios do paladar, como a disgeusia, hipo e a ageusia, são sintomas comuns nestes doentes que, muitas vezes, não são atribuíveis a lesões ou alterações da mucosa oral. Estas alterações resultam da diminuição da secreção de saliva, do mau funcionamento das glândulas salivares e da atrofia das papilas gustativas. Não estão excluídas as neuropatias periféricas que envolvem os nervos cranianos responsáveis pelo paladar (nervos VII, IX, X). A sensação de ardor oral descrita pelo doente pode ser explicada pela secura da mucosa oral, pela perda das principais funções da saliva, como a lubrificação e a proteção e, por último, por alterações neuropáticas centrais e periféricas (Błochowiak, 2022). É claro compreender que a combinação destes sinais pode apontar para um quadro semelhante ao da pSS que necessita de investigação, uma vez que as manifestações afetam a qualidade de vida. A diminuição da quantidade de saliva devido a glândulas inflamadas e danificadas e a qualidade da saliva refletem alterações no perfil proteómico: a profilina e a enzima anidrase carbónica I foram detetadas com níveis alterados em pacientes com SS. Além disso, é relatada uma variação na expressão de microRNAs e outros RNAs não codificantes que podem ser indicativos de processos inflamatórios ou disfunção das glândulas (Chen et al., 2015). Estas alterações afetam negativamente o ambiente intra-oral e como descrito por Utomo & Putri, os doentes com SS têm um risco acrescido de cáries dentárias e infeções, tanto virais, como Epstein-Barr, citomegalovírus e a hepatite C, como bacterianas- *Helicobacter pylori*. As infeções crónicas podem contribuir para a

gênese ou progressão da doença autoimune, criando danos nos tecidos e inflamação (Utomo & Putri, 2020). O exame clínico intra-oral revelou sinais compatíveis com hipossalivação crónica, resultando em língua com fissuras, gengivite e recessões gengivais. O teste de sialometria confirmou uma diminuição da produção de saliva (900microlitros /5min) abaixo dos valores considerados normais. Estes aspetos reforçam a necessidade de uma abordagem terapêutica com o objetivo de aliviar os sintomas e prevenir complicações diversas. Outro aspeto relevante a salientar é a comorbilidade sistémica que o doente apresenta, respetivamente hipotireoidismo autoimune, arritmia cardíaca e síndrome depressivo. Este quadro patológico apresentado contribui negativamente para o estado geral da paciente.

## **V.2 Papel do medico**

### **V.2.1 Acompanhamento do paciente a curto, medio e longo prazo**

#### **V.2.1.1 Tecidos moles e duros**

As alterações nos tecidos moles estão entre as manifestações clínicas mais proeminentes presentes na maioria dos doentes com pSS. Estudos mostram que está envolvida uma grande variedade de perturbações que envolvem a mucosa oral, a língua e as estruturas sensoriais associadas ao gosto e ao olfato. Singh et al compararam 58 pacientes com síndrome de pSS, 22 com síndrome de sicca não-SS e 57 controlos saudáveis. O que emergiu do estudo foi que os doentes com pSS apresentavam frequentemente disgeusia (60,3%), sensação de ardor oral (50%) e halitose (37,9%), que eram significativamente mais elevadas em comparação com os indivíduos saudáveis. Além disso, verificou-se através deste estudo que o gosto metálico é a forma mais comum de disgeusia, não excluindo outros tipos de disgeusia como o gosto amargo ou podre, e que os períodos em que os sintomas ocorreram foram intermitentes com períodos de remissão e períodos com agravamento do quadro, provavelmente, devido à fase ativa da doença (Singh et al., 2019). Outro estudo comparativo entre 58 doentes com SS e 55 pacientes saudáveis confirma a presença de ardor lingual (BST) em 45,6% dos doentes com SS, em comparação com 0% nos controlos; também, 52,6% dos doentes referiram disgeusia e alterações dos gostos básicos, como o doce (34%) e o amargo (19,1%). O estudo salienta a importância do diagnóstico precoce pelo Medico, uma vez que muitos doentes com pSS apresentam sintomas orais como o primeiro sinal da doença, o que explica o papel principal do medico no encaminhamento do doente para outras especialidades, incluindo o Reumatologista entre outros (Šijan Gobeljić et al., 2020).

Stankeviciene et al. salientam a importância do acompanhamento dentário com a utilização de estratégias preventivas, incluindo substitutos salivares e alterações dietéticas que podem manter a função oral e aumentar a satisfação alimentar em doentes com alterações dos tecidos moles. A falta de comparência regular dos pacientes às consultas dentárias pode agravar os sintomas da mucosa oral (Stankeviciene et al., 2024).

Relativamente aos tecidos duros dentários a ausência de saliva também tem impacto na mineralização do esmalte. A menor mineralização dos dentes leva ao desenvolvimento de cáries e, em casos graves, até mesmo a perda precoce dos mesmos. Turner descreve o papel crucial da saliva como tampão de pH e fornecedora de minerais como cálcio, fosfato e flúor (Turner, 2016). Também ajuda a combater os microrganismos graças à presença de determinadas proteínas como a IgA, a lactoferrina e as mucinas. Nos doentes afetados pela síndrome, observa-se o desenvolvimento de um ambiente favorável à proliferação de bactérias ácidas que, acompanhado pela diminuição da capacidade de tamponamento do pH, é a principal causa do aparecimento de cáries.

A manifestação de lesões cariosas em pacientes com SS é comum, e tende a localizar-se em locais não convencionais como a superfície radicular e o colo do dente. Tang e colaboradores destacaram a associação entre a hipossalivação típica da síndrome e a dieta rica em açúcar com uma alteração no microbioma oral gerando um ambiente cariogénico (Tang et al., 2024). Os pacientes com pSS apresentam uma prevalência aumentada de bactérias cariogénicas como *Streptococcus mutans*, *Veillonella* e *Prevotella* associada a uma redução de bactérias orais protetoras como *Neisseria* e/ou *Haemophilus*. Este ambiente favorece lesões cariosas extensas em áreas normalmente mais resistentes, como as superfícies cervicais e as raízes expostas.

Isto evidencia que, para além do tratamento do aspeto sintomático da doença, da estimulação salivar e da higiene oral, é também importante modificar a dieta e efetuar um acompanhamento regular. A pSS também compromete os tecidos periodontais com alterações no cemento radicular e osso alveolar. Estudos observam que estes pacientes apresentam um aumento da inflamação e, sangramento gengival e maior índice de placa que pode evoluir para a destruição progressiva do componente de suporte do dente, com posterior reabsorção do osso alveolar (Le Gall et al., 2016).

Por fim, a diminuição do pH salivar, a disbiose no ambiente oral e a redução da atividade imunitária da saliva é um fator crucial na progressão da gengivite para uma periodontite.

É também de notar que são pacientes que poderão necessitar de implantes dentários, como é o caso da paciente observada. Estudos prévios verificam que não existem problemas com a cirurgia de implantes, demonstrando uma taxa de sobrevivência de implantes a longo prazo de 97% durante um acompanhamento de 46 meses, com perda óssea marginal mínima e satisfação do paciente com a função mastigatória (Korfage et al., 2016).

### **V.3 Risco de linfoma MALT (Linfoma do Tecido Linfoide associado à Mucosa)**

Uma das complicações mais graves e temidas da SS é o desenvolvimento de linfoma não-Hodgkin (LNH), com predominância do linfoma MALT (tecido linfoide associado à mucosa). Os doentes com SS, têm um risco até 44 vezes superior ao da população em geral de desenvolver LNH (Arends et al., 2024). Este tipo de linfoma, desenvolve-se a partir do tecido linfoide associado à mucosa e tem um baixo grau de malignidade, muitas vezes associado a uma complicação tardia da doença. Uma análise bibliométrica realizada por Wu et al. analisou as produções científicas de 1991 a 2022, evidenciando um crescimento exponencial do tema e sublinhando o potencial evolutivo neoplásico da doença. A investigação centrou-se nos linfomas MALT, que se revelaram a forma mais frequente de linfoma em doentes com a síndrome e que afetam, principalmente, as glândulas salivares *major*. Não foram excluídas localizações mais raras, como as glândulas salivares menores (Wu et al., 2023).

Num caso clínico de um doente de 64 anos que sofria de SS há mais de 15 anos, durante um exame dentário, foi detetada uma massa assintomática no palato duro. A lesão revelou-se um linfoma MALT das glândulas salivares menores depois de os exames histológicos e imuno-histoquímicos terem mostrado a infiltração de células linfóides positivas para CD20 e BCL-2, com um baixo índice de proliferação. Este caso descrito por Titsinides et al. é de particular importância, uma vez que a localização do linfoma que afeta as glândulas salivares menores é incomum (Titsinides et al., 2017). Só através de uma observação clínica cuidadosa por parte do médico dentista e de uma anamnese bem efetuada é que foi possível fazer um diagnóstico precoce.

A patogénese do linfoma MALT está fortemente associada a um microambiente inflamatório crónico dependente não só da proliferação de linfócitos B, mas também da influência do microambiente imunológico local. A ativação prolongada das células B pode evoluir para uma expansão monoclonal, sendo um passo crítico para a transformação

linfoproliferativa. As células do sistema imunitário, as células epiteliais glandulares, as citocinas como a IL-6, o BAFF (fator de ativação das células B) e o TNF- $\alpha$  podem contribuir para a sobrevivência e a sobre-estimulação das células B alteradas. Atualmente, terapias biológicas como o Rituximab, um anticorpo anti-CD20 cujo target é a ativação B pode usado nestes pacientes (Bult et al., 2022).

Apenas uma pequena percentagem de doentes desenvolverá um linfoma do tipo MALT, mas, é possível detetar precocemente marcadores clínico-laboratoriais que permitem prever quais os doentes com maior risco de o desenvolver, como a presença de gamopatia monoclonal, crioglobulinemia mista, níveis séricos baixos de C4, bem como aumento das glândulas salivares e purpura palpável na pele (Nocturne et al., 2021).

A identificação precoce destes marcadores pode alertar o médico dentista para a necessidade de encaminhamento para outras especialidades médicas, exigindo uma avaliação multidisciplinar nos doentes que apresentem sinais ou alterações clínicas não usuais.

#### **V.4 Tratamento multidisciplinar e colaboração entre especialidades médicas**

O tratamento da SS requer uma abordagem clínica complexa que exige a colaboração entre diferentes especialidades médicas. As várias manifestações a nível oral e ocular, sistémicas e psicossociais requerem um apoio contínuo e integrado de uma equipa multidisciplinar.

O caso descrito por Kokoti et al. relata a importância do envolvimento de uma equipa constituída por um reumatologista, um oftalmologista e um médico dentista que trabalham em conjunto para planear e resolver as complicações e problemas do paciente. O sucesso do caso foi alcançado com a colaboração entre os especialistas e o acompanhamento clínico a cada três meses (Kokoti et al., 2024).

Nm caso muito semelhante, Invernici e colegas reforçam a eficácia do tratamento multidisciplinar em pacientes com SS, diabetes tipo 2 e AR. Mesmo em casos mais complexos, a comunicação e o planeamento com periodontologista, implantodontista e clínicos gerais é essencial para o sucesso do tratamento (de Mendonça Invernici et al., 2014). Molania et al. concluem que a atenção permanente do Médico dentista e o envolvimento contínuo de vários profissionais é essencial para monitorizar, prevenir e tratar as várias manifestações da doença (Molania et al., 2023).

A literatura, recomenda e reforça a utilidade de uma abordagem terapêutica multidisciplinar em pacientes com SS, integrando o trabalho do reumatologista, do médico dentista e do oftalmologista para alcançar resultados clínicos eficazes.

## **VI. CONCLUSÃO**

A SS é uma doença crônica autoimune que apresenta complicações clínicas significativas tanto a nível sistémico como na cavidade oral. Este caso clínico demonstra a complexidade no diagnóstico e tratamento destas doenças, destacando a multiplicidade de manifestações orais como xerostomia severa, disfagia, sensação de ardor na boca e alterações na mucosa. Estas alterações interferem diretamente na função da cavidade oral, afectando a mastigação, a fala e a qualidade de vida do paciente. O papel do médico dentista é crucial na identificação precoce dos sinais clínicos expressos pela doença, bem como no acompanhamento contínuo do paciente. A cooperação entre dentistas, reumatologistas, oftalmologistas, endocrinologistas e profissionais de saúde mental permite um plano de tratamento abrangente capaz de abordar tanto os sintomas físicos como o impacto psicossocial que a doença pode trazer. Este caso reforça a importância de uma atuação integrada, centrada no doente e individual. A utilização dos questionários “OHIP” e a avaliação clínica detalhada permitem quantificar o impacto da doença na saúde oral, bem como formular um plano de intervenção eficaz. A SS requer uma visão clínica ampla, englobando áreas da medicina incluindo a medicina dentária que são fundamentais para garantir os cuidados de qualidade de vida do doente.



## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

- André, F., & Böckle, B. C. (2022). Sjögren's syndrome. *JDDG - Journal of the German Society of Dermatology*, 20(7), 980–1002.  
<https://doi.org/10.1111/ddg.14823>
- Arakaki, R., Ishimaru, N., & Hayashi, Y. (2010). Immunotherapeutic targets in estrogen deficiency-dependent Sjögren's syndrome-related manifestations. In *Immunotherapy* (Vol. 2, Issue 3, pp. 339–346).  
<https://doi.org/10.2217/imt.10.18>
- Arends, S., Vissink, A., Kroese, F. G. M., Verstappen, G. M., & Bootsma, H. (2024). A future for prediction and treatment of Sjögren's disease-associated lymphomas. In *The Lancet Rheumatology*. Elsevier Ltd.  
[https://doi.org/10.1016/S2665-9913\(24\)00228-5](https://doi.org/10.1016/S2665-9913(24)00228-5)
- Błochowiak, K. (2022). Smell and Taste Function and Their Disturbances in Sjögren's Syndrome. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 19, Issue 19). MDPI.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph191912472>
- Casian, M., Jurcut, C., Dima, A., Mihai, A., Stanciu, S., & Jurcut, R. (2022). Cardiovascular Disease in Primary Sjögren's Syndrome: Raising Clinicians' Awareness. In *Frontiers in Immunology* (Vol. 13). Frontiers Media S.A.  
<https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.865373>
- Chen, W., Cao, H., Lin, J., Olsen, N., & Zheng, S. G. (2015). Biomarkers for Primary Sjögren's Syndrome. In *Genomics, Proteomics and Bioinformatics* (Vol. 13, Issue 4, pp. 219–223). Beijing Genomics Institute.  
<https://doi.org/10.1016/j.gpb.2015.06.002>
- Costa, T., Rushton, S. P., Watson, S., & Ng, W. F. (2023). Depression in Sjögren's syndrome mediates the relationship between pain, fatigue, sleepiness, and overall quality of life. *Rheumatology and Immunology Research*, 4(2), 78–89.  
<https://doi.org/10.2478/rir-2023-0012>
- Crincoli, V., Di Comite, M., Guerrieri, M., Rotolo, R. P., Limongelli, L., Tempesta, A., Iannone, F., Rinaldi, A., Lapadula, G., & Favia, G. (2018). Orofacial manifestations and temporomandibular disorders of sjögren syndrome: An observational study. *International Journal of Medical Sciences*, 15(5), 475–483. <https://doi.org/10.7150/ijms.23044>
- Cruz-Tapias, P., Rojas-Villarraga, A., Maier-Moore, S., & Anaya, J. M. (2012). HLA and Sjögren's syndrome susceptibility. A meta-analysis of worldwide studies. In *Autoimmunity Reviews* (Vol. 11, Issue 4, pp. 281–287). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2011.10.002>
- de Mendonça Invernici, M., Finger Stadler, A., Vale Nicolau, G., Naval Machado, M. Â., Soares de Lima, A. A., & Compagnoni Martins, M. (2014). Management of Sjögren's Syndrome Patient: A Case Report of Prosthetic Rehabilitation with 6-Year Follow-Up. *Case Reports in Dentistry*, 2014, 1–5.  
<https://doi.org/10.1155/2014/761251>
- Hou, J., Feng, Y., Yang, Z., Ding, Y., Cheng, D., Shi, Z., Li, R., & Xue, L. (2024). Primary Sjögren's syndrome: new perspectives on salivary gland epithelial cells. In *European journal of medical research* (Vol. 29, Issue 1, p. 371).  
<https://doi.org/10.1186/s40001-024-01967-5>

- Kassan, S. S., & Moutsopoulos, H. M. (n.d.). *Clinical Manifestations and Early Diagnosis of Sjögren Syndrome*. <http://archinte.jamanetwork.com/>
- Kokoti, M., Zisis, V., Andreadis, D., & Bakopoulou, A. (2024). Multidisciplinary Therapeutic Approach of a Patient With Sjogren's Syndrome: A Three-Year Follow-Up Study. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.55148>
- Korfage, A., Raghoobar, G. M., Arends, S., Meiners, P. M., Visser, A., Kroese, F. G., Bootsma, H., & Vissink, A. (2016). Dental Implants in Patients with Sjögren's Syndrome. *Clinical Implant Dentistry and Related Research*, 18(5), 937–945. <https://doi.org/10.1111/cid.12376>
- Le Gall, M., Cornec, D., Pers, J. O., Saraux, A., Jousse-Joulin, S., Cochener, B., Roguedas-Contios, A. M., Devauchelle-Pensec, V., & Boisramé, S. (2016). A prospective evaluation of dental and periodontal status in patients with suspected Sjögren's syndrome. In *Joint Bone Spine* (Vol. 83, Issue 2, pp. 235–236). Elsevier Masson SAS. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2015.02.015>
- Lessard, C. J., Li, H., Adrianto, I., Ice, J. A., Rasmussen, A., Grundahl, K. M., Kelly, J. A., Dozmorov, M. G., Miceli-Richard, C., Bowman, S., Lester, S., Eriksson, P., Eloranta, M. L., Brun, J. G., Gøransson, L. G., Harboe, E., Guthridge, J. M., Kaufman, K. M., Kvarnström, M., ... Sivils, K. L. (2013). Variants at multiple loci implicated in both innate and adaptive immune responses are associated with Sjögren's syndrome. *Nature Genetics*, 45(11), 1284–1294. <https://doi.org/10.1038/ng.2792>
- Likar-Manookin, K., Stewart, C., Al-Hashimi, I., Curtis, W., Berg, K., Cherian, K., Lockhart, P., & Brennan, M. (2013). Prevalence of oral lesions of autoimmune etiology in patients with primary Sjogren's syndrome. *Oral Diseases*, 19(6), 598–603. <https://doi.org/10.1111/odi.12044>
- Liu Aichun Chu, Z. (n.d.). *Sjögren's Syndrome and Viral Infections*. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.14749356>
- Mæland, E., Miyamoto, S. T., Hammenfors, D., Valim, V., & Jonsson, M. V. (2021). Understanding Fatigue in Sjögren's Syndrome: Outcome Measures, Biomarkers and Possible Interventions. In *Frontiers in Immunology* (Vol. 12). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.703079>
- Maleki-Fischbach, M., Kastsianok, L., Koslow, M., & Chan, E. D. (2024). Manifestations and management of Sjögren's disease. In *Arthritis Research and Therapy* (Vol. 26, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13075-024-03262-4>
- Molania, T., Salehi, M., Ehsani, H., Moosazadeh, M., Niksolat, F., Rezaei, A., Salehabadi, N., Rezaei, F., & Saravi, M. E. (2023). Comparison of periodontal indices, DMFT, xerostomia, hyposalivation and oral health-related quality of life in Sjögren's syndrome patients versus healthy individuals: A case-control study. *Dental and Medical Problems*, 60(1), 99–107. <https://doi.org/10.17219/dmp/146771>
- Negrini, S., Emmi, G., Greco, M., Borro, M., Sardanelli, F., Murdaca, G., Indiveri, F., & Puppo, F. (2022). Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. In *Clinical and Experimental Medicine* (Vol. 22, Issue 1, pp. 9–25). Springer Science and Business Media Deutschland GmbH. <https://doi.org/10.1007/s10238-021-00728-6>
- Nocturne, G., Pontarini, E., Bombardieri, M., & Mariette, X. (2021). Lymphomas complicating primary Sjögren's syndrome: from autoimmunity to lymphoma. In *Rheumatology (United Kingdom)* (Vol. 60, Issue 8, pp. 3513–3521). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez052>

- Ramos-Casals, M., Brito-Zerón, P., Bombardieri, S., Bootsma, H., De Vita, S., Dörner, T., Fisher, B. A., Gottenberg, J. E., Hernandez-Molina, G., Kocher, A., Kostov, B., Kruize, A. A., Mandl, T., Ng, W. F., Retamozo, S., Seror, R., Shoenfeld, Y., Sisó-Almirall, A., Tzioufas, A. G., ... Mariette, X. (2020). EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 79(1), 3–18. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216114>
- Saccucci, M., Di Carlo, G., Bossù, M., Giovarruscio, F., Salucci, A., & Polimeni, A. (2018). Autoimmune diseases and their manifestations on oral cavity: Diagnosis and clinical management. In *Journal of Immunology Research* (Vol. 2018). Hindawi Limited. <https://doi.org/10.1155/2018/6061825>
- Serrano, J., López-Pintor, R. M., González-Serrano, J., Fernández-Castro, M., Casañas, E., & Hernández, G. (2018). Oral lesions in sjögren's syndrome: A systematic review. In *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal* (Vol. 23, Issue 4, pp. e391–e400). Medicina Oral S.L. <https://doi.org/10.4317/MEDORAL.22286>
- Shiboski, C. H., Shiboski, S. C., Seror, R., Criswell, L. A., Labetoulle, M., Lietman, T. M., Rasmussen, A., Scofield, H., Vitali, C., Bowman, S. J., Mariette, X., Heidenreich, A. M., Lanfranchi, H., Vollenweider, C., Schiødt, M., Devauchelle, V., Gottenberg, J. E., Saraux, A., Pincemin, M., ... Wu, A. (2017). 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 and Rheumatology*, 69(1), 35–45. <https://doi.org/10.1002/art.39859>
- Šijan Gobeljić, M., Milić, V., Pejnović, N., & Damjanov, N. (2020). Chemosensory dysfunction, Oral disorders and Oral health-related quality of life in patients with primary Sjögren's syndrome: Comparative cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01169-5>
- Singh, P. B., Young, A., Homayouni, A., Hove, L. H., Petrovski, B. É., Herlofson, B. B., Palm, Ø., Rykke, M., & Jensen, J. L. (2019). Distorted taste and impaired oral health may affect nutritional status in patients with sicca complaints. *Nutrients*, 11(2). <https://doi.org/10.3390/nu11020264>
- Stankeviciene, I., Stangvaltaite-Mouhat, L., Aleksejuniene, J., Mieliauskaite, D., Talijuniene, I., Butrimiene, I., Bendinskaite, R., & Puriene, A. (2024). Oral health status, related behaviours and perceived stress in xerostomia, Sicca and Sjögren's syndromes patients - a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04224-7>
- Stefanski, A. L., Tomiak, C., Pleyer, U., Dietrich, T., Burmester, G. R., & Dörner, T. (2017). The diagnosis and treatment of Sjögren's syndrome. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(20). <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0354>
- Tang, Y., Nie, H., Zhang, Y., Wei, Y., Huang, Y., Zhuang, Y., Yang, W., & Zhu, Y. (2024). Effects of Sjogren's syndrome and high sugar diet on oral microbiome in patients with rampant caries: a clinical study. *BMC Oral Health*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-024-04150-8>
- Titsinides, S., Nikitakis, N., Piperi, E., & Sklavounou, A. (2017). MALT Lymphoma of Minor Salivary Glands in a Sjögren's Syndrome Patient: a Case Report and Review of Literature. *Journal of Oral and Maxillofacial Research*, 8(1). <https://doi.org/10.5037/jomr.2017.8105>

- Turner, M. D. (2016). Hyposalivation and Xerostomia. Etiology, Complications, and Medical Management. In *Dental Clinics of North America* (Vol. 60, Issue 2, pp. 435–443). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2015.11.003>
- Utomo, S. W., & Putri, J. F. (2020). Infections as risk factor of Sjögren's syndrome. In *Open Access Rheumatology: Research and Reviews* (Vol. 12, pp. 257–266). Dove Medical Press Ltd. <https://doi.org/10.2147/OARRR.S276727>
- Vivino, F., Bunya, V. Y., Massaro-Giordano, G., Johr, C. R., Giattino, S. L., Schorpion, A., Shafer, B., Peck, A., Sivils, K., Rasmussen, A., Chiorini, J. A., He, J., & Ambrus, J. L. (2019). Sjogren's syndrome: An update on disease pathogenesis, clinical manifestations and treatment. In *Clinical Immunology* (Vol. 203, pp. 81–121). Academic Press Inc. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2019.04.009>
- Vujovic, S., Desnica, J., Stevanovic, M., Mijailovic, S., Vojinovic, R., Selakovic, D., Jovicic, N., Rosic, G., & Milovanovic, D. (2023). Oral Health and Oral Health-Related Quality of Life in Patients with Primary Sjögren's Syndrome. *Medicina (Lithuania)*, 59(3). <https://doi.org/10.3390/medicina59030473>
- Wu, T., Li, S., Chen, J., Liao, J., Huang, Z., Yang, J., Zhang, Y., He, Q., Yu, X., Song, W., Luo, J., & Tao, Q. (2023). A bibliometric analysis of primary Sjögren's syndrome-associated lymphoma from 1991 to 2022. In *Heliyon* (Vol. 9, Issue 11). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e21337>
- Zhang, T. P., Dou, J., Wang, L., Wang, S., Wang, P., Zhou, X. H., Yang, C. M., & Li, X. M. (2022). Exposure to particulate pollutant increases the risk of hospitalizations for Sjögren's syndrome. *Frontiers in Immunology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.1059981>

## VIII. ANEXOS

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

*Designação do Estudo (em português):*

**Cuidados dentários e desafios em pacientes com Síndrome de Sjögren:  
Caso Clínico**

Eu, abaixo-assinado, Maria Celeste Silva Azevedo, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: 31/10/2024

Assinatura do doente ou voluntário são: Maria Celeste Silva Azevedo

O investigador responsável:

Nome: Lorenzo Ria

Assinatura:

*Lorenzo Ria*

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

**Anexo 1. Consentimento Informado.**

**AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM**

Eu, Maria Celeste Silva Azevedo com o Nº ID 0935 2297 autorizo o aluno Lorenzo Ria, a sua orientadora a Profª Doutora Sandra Soares, e a sua Co-Orientadora Profª Doutora Carolina Venda Nova a utilizar as minhas fotografias intra- orais e extra-orais com o propósito exclusivamente científico e educativo, nomeadamente para exposição no projeto de pós-graduação, em publicações de artigos científicos ou exposição em congressos científicos. Esta autorização não me permite obter qualquer direito e /ou remuneração ao longo do tempo.

Porto,

Assinatura da paciente: Maria Celeste Silva Azevedo  
Assinatura do aluno: Lorenzo Ria  
Assinatura da Investigadora responsável: Sandra Soares  
Assinatura da Investigadora Co-responsável: \_\_\_\_\_



Assinado por: Carolina dos  
Santos Venda Nova  
Identificação: 912489650  
Data: 2024-11-20 às 22:50:10

**Anexo 2. Autorização para uso de imagem.**



UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Exma. Senhora  
Prof. Doutora Sandra Gavinha  
Diretora da FCS

Nº	Data
FCS/MMED – 648/24	10 de Dezembro de 2024

Exma. Senhora Professora Doutora,

A Comissão de Ética apreciou o projeto de investigação apresentado por Lorenzo Ria, intitulado "Cuidados dentários e desafios em pacientes com Síndrome de Sjögren: Caso Clínico", a realizar no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, sob orientação da Prof.ª Doutora Sandra Clara Chaves Soares e coorientado pela Prof.ª Doutora Carolina dos Santos Venda Nova.

O objetivo deste estudo é relatar o caso clínico de uma paciente adulta com Síndrome de Sjögren (SS), e fazer uma avaliação oral da sua condição, ou seja, detetar manifestações orais associadas à doença, tais como: úlceras, hipossalivação, caries, estomatite, glossidinia e disfagia.


No fim da avaliação oral também será preenchido um questionário, de forma a contextualizar a Síndrome de Sjögren - início, data de diagnóstico, e principais manifestações clínicas assim como, períodos de ativação e remissão e hábitos da paciente que possam estar relacionados com a sua saúde oral. Será também avaliado o impacto da doença na qualidade de vida da paciente.

A Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa considera que não há condicionantes éticos a colocar à realização do mesmo.

Deste modo, a Comissão de Ética considera nada haver a opor quanto à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da  
Comissão de Ética da UFP

  
Inês Lopes Cardoso



FUNDAÇÃO ENSINO E CULTURA "FERNANDO PESSOA"

NIPC. 502 057 602 - Reg. Comercial nº 26 Conservatória do Registo Comercial do Porto

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
Praça 9 de Abril, 345 - 4249-004 Porto - Portugal  
T. +351 22 507 1300\* - <https://www.ufp.pt>  
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
Rua Carlos de Melo, 296 - 4200-150 Porto - Portugal  
T. +351 22 507 4630\* - <https://www.ufp.pt>  
geral@fundacaofernandopessoa.pt

FACULDADE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA  
Praça 9 de Abril, 345 - 4249-004 Porto - Portugal  
T. +351 22 507 1300\* - <https://www.ufp.pt>  
geral@fundacaofernandopessoa.pt

\*Número para a rede fixa nacional

Anexo 3. Parecer da comissão de ética da UFP.

QUESTIONÁRIO - Oral Health Impact Profile (OHIP)

	Situações	0 Nunca	1 Quase nunca	2 Ocasionalmente	3 Bastantes vezes	4 Frequentemente
1	Tem tido dificuldade em pronunciar algumas palavras devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?		X			
2	Tem sentido que o seu paladar tem piorado devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?				X	
3	Teve alguma dor persistente/continuada na boca?			X		
4	Tem sentido algum desconforto quando come algum alimento devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?				X	
5	Tem-se sentido constrangido(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	X				
6	Tem-se sentido tenso(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			X		
7	A sua dieta tem sido insatisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?		X			
8	Tem tido que interromper refeições devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			X		
9	Tem sentido dificuldade em relaxar/descansar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			X		
10	Tem-se sentido um pouco envergonhado(a) devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	X				
11	Tem tido dificuldade em desempenhar as suas tarefas habituais devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?			X		

QUESTIONÁRIO -Oral Health Impact Profile (OHIP)

12	Tem-se sentido um pouco irritável com outras pessoas devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	X				
13	Sentiu que a sua vida em geral tem sido menos satisfatória devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?		X			
14	Tem-se sentido completamente incapaz de funcionar devido a problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	X				

Anexo 4. Questionário – Oral Health Impact Profile (OHIP).

### **Cuidados dentários e desafios em pacientes com Síndrome de Sjögren: Caso Clínico**

#### **Autores:**

Lorenzo Ria<sup>1</sup>, Carolina Venda Nova<sup>2,3</sup>, Sandra Soares<sup>2,3</sup>

1- Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, 4200-150 Porto, Portugal

2- RISE-Health, FP-I3ID, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa 4200-150 Porto, Portugal

3- Docente do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, 4200-150 Porto, Portugal

**INTRODUÇÃO** A Síndrome de Sjögren (SS) é uma patologia de origem autoimune que afeta maioritariamente as glândulas exócrinas salivares e lacrimais. As suas manifestações sistémicas incluem fadiga, artralgia e artrites sendo uma das doenças autoimunes mais comuns que afeta, predominante, mulheres.

**DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO** Paciente do sexo feminino, 55 anos, diagnosticada com SS em 2021, comparece na consulta com carie e boca seca, dificuldade em mastigar alimentos secos e duros, dor e estalidos ao mastigar, alteração do paladar - perceção de um sabor metálico e sensação de queimadura na boca. Refere halitose, predominantemente pela manhã, sensibilidade dentária, disartria, disfagia e disguesia. Apresenta secura ocular e dores generalizadas nas várias articulações. No exame clínico observa-se: movimento de abertura e fecho da boca com ligeiro desvio da linha média para a esquerda, movimento simultâneo dos côndilos com ruído articular associado; dor moderada na região temporal- 5 a 6 pontos na escala de intensidade da dor; recessão gengival, língua parcialmente fissurada, bordos laterais da língua com um aspeto liso e brilhante. Mucosa jugal com ducto de Stenon esquerdo um pouco dilatado. Na sialometria, após um período de 5 minutos em repouso, detetou-se 900 µl de saliva e no questionário *Oral Health Impact Profile* obteve-se um *score* total de 19 pontos.

**DISCUSSÃO E CONCLUSÃO** Após restauração das lesões não cariosas efetuou-se uma profilaxia com destartarização e polimento para evitar recidivas devido a falta de saliva e para prevenir complicações periodontais. O aspeto dos bordos laterais da língua resulta da ausência de produção salivar e conseqüente encolher das papilas assim como a dilatação no ducto de Stenon se associa à alteração do fluxo salivar- os 900 µl detetados são abaixo dos valores normais entre 1,5ml e 2ml. Para os distúrbios temporomandibulares, é importante incluir no plano de tratamento uma abordagem multidisciplinar e conservadora para gerir a parte sintomática e funcional da articulação. O *score* do questionário indica que a saúde oral da paciente tem um "impacto moderado" na qualidade de vida principalmente na dor física e limitações funcionais, as dimensões mais problemáticas. A paciente foi alertada para um acompanhamento multidisciplinar, com a colaboração de reumatologistas, oftalmologistas e dentistas, essencial para melhorar a qualidade de vida e prevenir complicações.

**Anexo 5.** *Resumo aceite pelo Comissão Científica Academia Portuguesa de Medicina Oral (APMO).*