

UNIVERSIDADE DE UBERABA

LETÍCIA MENEZES SILVA
NATÁLIA GABRIELA BARBOSA

**PROTOCOLOS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA CÁRIE DENTAL EM
PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN: REVISÃO NARRATIVA DA
LITERATURA**

UBERABA – MG
2023

LETÍCIA MENEZES SILVA
NATÁLIA GABRIELA BARBOSA

**PROTOCOLOS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO PARA A CÁRIE DENTAL EM
PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN: REVISÃO NARRATIVA DA
LITERATURA**

Trabalho apresentado ao curso de Odontologia da Universidade de Uberaba como parte dos requisitos para conclusão do curso de graduação.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Silva Servato

UBERABA – MG
2023

PROTÓCOLOS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA CÁRIE DENTAL EM
PACIENTES COM SÍNDROME DE SJÖGREN: REVISÃO NARRATIVA DA
LITERATURA

LETÍCIA MENEZES SILVA
NATÁLIA GABRIELA BARBOSA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
APRESENTADO AO CURSO DE
ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE
UBERABA, COMO PARTE DO REQUISITO
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
BACHAREL EM ODONTOLOGIA.

Aprovado em: 24/06/23

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof. João P. Servato - Orientador
Prof. Dr. João Paulo Silva Servato

Prof. Paulo Roberto Henrique
Prof. Dr. Paulo Roberto Henrique

UBERABA - MG
2023

RESUMO

A cárie dental ocorre pela junção dos seguintes fatores: dieta, microrganismos, hospedeiro e tempo. É uma doença de caráter crônico que acontece devido à alta frequência de desmineralização da estrutura dental frente a uma dieta cariogênica e ao baixo nível de higienização oral. A Síndrome de Sjögren é uma doença autoimune que acomete as glândulas salivares e lacrimais pela infiltração linfocitária, que ocasiona uma substituição gradativa das glândulas exócrinas pelo tecido conjuntivo, gerando assim diminuição da função glandular. Pacientes portadores dessa condição descrevem sintomas como xerostomia, logo possuem maior susceptibilidade ao desenvolvimento da cárie dental. Assim, o objetivo do presente artigo foi apresentar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, os principais protocolos para a prevenção e o tratamento da doença cárie em pacientes com Síndrome de Sjögren. Logo, para a realização dessa revisão narrativa foi feita uma busca de artigos científicos, a partir das seguintes bases de dados: Google Acadêmico, PUBMED/MEDLINE e Scielo. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Síndrome de Sjögren”; “cárie dental”; “terapia”; “prevenção” e “controle”. Houve restrição da busca quanto ao período de publicação (1993 a 2023) e idiomas (português, espanhol e inglês). As estratégias de busca descrita acima, resultou na inclusão de apenas 29 artigos científicos, deste 14 foram classificados com trabalhos de revisão, 08 como artigos experimentais e 07 como casos clínicos. Como conclusão do trabalho averiguou-se que pacientes portadores da SS têm uma maior incidência e prevalência de lesões cariosas devido a xerostomia. O diagnóstico precoce da síndrome é importante para prevenção e tratamento referente a saúde oral. Os protocolos de prevenção e tratamento mais indicados foram: orientação de higiene oral e dieta; fluoroterapia; uso de agentes remineralizantes; uso de digluconato de clorexidina; aumento da produção de saliva ou uso de salivas artificiais; visitas regulares ao dentista; administração de cevimeлина e pilocarpina e concomitante a eles, ingestão hídrica regular. Os tratamentos odontológicos variaram em: fluoroterapia; restaurações diretas e indiretas; próteses parciais e/ou totais removíveis; implantes e protocolo sobre implantes.

Palavras-Chave: Síndrome de Sjögren; cárie dental; terapia; prevenção; controle.

ABSTRACT

Dental caries occurs by the combination of the following factors: diet, microorganisms, host and time. It is a chronic disease that occurs due to the high frequency of demineralization of the dental structure in the face of a cariogenic diet and low level of oral hygiene. Sjögren's Syndrome is an autoimmune disease that affects the salivary and lacrimal glands by lymphocyte infiltration, which causes a gradual replacement of the exocrine glands by connective tissue, thus generating a decrease in glandular function. Patients with this condition describe symptoms such as xerostomia, therefore they are more susceptible to the development of dental caries. Thus, the aim of this article was to present, through a narrative review of the literature, the main protocols for the prevention and treatment of caries disease in patients with Sjögren's Syndrome. Therefore, to carry out this narrative review, a search for scientific articles was carried out from the following databases: Google Scholar, PUBMED/MEDLINE and Scielo. The following keywords were used: "Sjögren's Syndrome"; "dental caries"; "therapy"; "prevention" and "control". There was a search restriction regarding the period of publication (1993 to 2023) and languages (Portuguese, Spanish and English). The search strategies described above resulted in the inclusion of only 29 scientific articles, of which 14 were classified as review papers, 08 as experimental articles and 07 as clinical cases. As a conclusion of the work, it was found that patients with SS have a higher incidence and prevalence of carious lesions due to xerostomia. Early diagnosis of the syndrome is important for prevention and treatment related to oral health. The most indicated prevention and treatment protocols were: guidance on oral hygiene and diet; fluorotherapy; use of remineralizing agents; use of chlorhexidine digluconate; increased saliva production or use of artificial salivas; regular visits to the dentist; administration of cevimeline and pilocarpine and concomitant to them, regular fluid intake. Dental treatments ranged from: fluorotherapy; direct and indirect restorations; removable partial and/or total dentures; implants and implant protocol.

Keywords: Sjögren's Syndrome; dental caries; therapy; prevention; control.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. HIPÓTESES E JUSTIFICATIVA	10
3. OBJETIVOS	11
3.1 Objetivo Geral.....	11
3.2 Objetivo Específico	11
4. METODOLOGIA	12
5. RESULTADOS.....	13
6. DISCUSSÃO	23
7. CONCLUSÃO	28
8. REFERÊNCIAS.....	30

1. INTRODUÇÃO

A cárie dental é uma doença de caráter crônico e sua origem está relacionada a uma junção de fatores, sendo eles: hospedeiro, microrganismos, dieta e tempo. Para iniciar a formação das lesões cariosas é necessário que ocorra um processo acentuado de desmineralização das superfícies dentais. Esse processo acontece devido à fermentação dos carboidratos consumidos na dieta pelas bactérias bucais, tendo como resultado a formação de ácidos orgânicos, principalmente o ácido láctico. Fatores como a saliva, condições de higiene oral, alimentação cariogênica, doenças sistêmicas, dentre outros, interferem de forma significativa para a formação dessas lesões (AMORE *et al.*, 2000; LEITES; PINTO; SOUSA, 2005; GALLARRETA *et al.*; 2008).

É importante que para o exame clínico, o dente esteja limpo, seco e com boa iluminação; e ao utilizar a sonda exploradora como instrumento de inspeção tátil é preciso cautela, pois além de não aumentar a precisão de diagnóstico, ela pode traumatizar o esmalte e transmitir a doença de um local infectado para outro, desse modo, prioriza-se não utilizar este instrumental para inspeção, e sim, uma sonda de ponta romba, se necessário. Clinicamente, a lesão inicial de cárie ativa apresenta-se em esmalte, com cor esbranquiçada e aspecto de superfície rugosa, sem brilho ou cavitação; nessas condições o dente ainda é passível de remineralização. Quando a lesão se torna inativa fica com tonalidades escuras desde o castanho ao preto, devido a pigmentos exógenos e minerais recém depositados, contudo podem ser encontradas também em cor branca, o diferencial é que em lesões inativas se apresentam com a superfície lisa e brilhante (AMORE *et al.*, 2000; LEITES; PINTO; SOUSA, 2005; GALLARRETA *et al.*; 2008).

As lesões avançadas encontram-se com a presença de cavitações, gerando, desse modo, a perda substancial da estrutura dental, podendo se apresentar de maneira ativa com consistência amolecida, aspecto úmido e cor amarelada, onde ao se passar um instrumento cortante é possível destacar esse tecido cariado ou de forma inativa onde o tecido tem aspecto endurecido e muitas vezes escurecido (AMORE *et al.*, 2000; LEITES; PINTO; SOUSA, 2005; GALLARRETA *et al.*; 2008).

No exame radiográfico a lesão é localizada como uma área radiolúcida, mal definida. Além dos métodos de diagnóstico clínico (visual) e radiográfico, existem

outras maneiras de se realizar um diagnóstico, como por ex.: separação mecânica utilizando borrachas ortodônticas, transluminação por fibra óptica, detector elétrico de cáries, corantes, digitalização de radiografias, entre outros. Em geral, esses outros métodos criam uma possibilidade a mais de escolha para o cirurgião dentista como forma de complementar os métodos convencionais já existentes, que são o radiográfico e o visual, visto que, segundo estudos, esses últimos ainda se mostraram estatisticamente mais confiáveis (AMORE *et al.*, 2000; LEITES; PINTO; SOUSA, 2005; GALLARRETA *et al.*; 2008).

Sabe-se que a saliva atua de forma primordial na manutenção da saúde bucal, desse modo, modificações causadas por doenças sistêmicas que possam vir a alterar sua composição e/ou seu fluxo, podem levar ao comprometimento dos tecidos dessa região e de suas funcionalidades, tendo reflexo na qualidade de vida dos indivíduos. Além de atuar diretamente na manutenção dos tecidos bucais, a saliva tem papel fundamental na mastigação, paladar, deglutição, digestão, voz, articulação da fala e controle da população bacteriana intraoral. A diminuição de sua produção gera condições como a xerostomia, que é a sensação de boca seca produzida pela hipossalivação (FREITAS *et al.*, 2004; GALLARRETA *et al.*; 2008; PRESTES *et al.*, 2022).

Dentre as diversas situações que causam a xerostomia, podemos listar: idade avançada, diabetes, radioterapia, medicamentos, drogas recreacionais, e a Síndrome de Sjögren. Essa síndrome acomete as glândulas salivares e lacrimais, sendo uma doença de caráter crônico e autoimune, causada pela infiltração de linfócitos nas glândulas, provocando redução da produção salivar e lacrimal, dessa forma leva a sensação de secura na boca e nos olhos, respectivamente. Podendo afetar ainda vagina, pele e nariz, além dos pulmões, rins, pâncreas, fígado, cérebro e vasos sanguíneos. Existem duas variáveis da doença: a primária, que não está relacionada a outras doenças autoimunes, apresentando-se no indivíduo de forma única e a secundária, onde o paciente apresenta esses sinais e sintomas associados a outras doenças autoimunes pré-existentes, como por ex.: lúpus eritematoso e/ou artrite reumatoide (AMENÁBAR; MARTINS; CHERUBINI, 2004; GOMES *et al.*, 2010; NASCIMENTO *et al.*, 2013; WANDERLEY *et al.*, 2019; STANKEVICIENE *et al.*, 2021).

Essa doença é mais frequente em mulheres, entre a quinta e sexta década de vida, devido a alterações hormonais causadas pela menopausa. Contudo, pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo rara em crianças e adolescentes. Porém

quando ocorre nessa faixa etária, acomete mais meninas com aproximadamente 10 anos de idade. Suas causas são pouco discutidas, mas estão relacionadas a fatores como infecções virais, alterações genéticas, hormonais, ou interação entre elas (TEIXEIRA *et al.*, 2014; MODESTO, 2015; BOLSTAD; SKARTEIN, 2016).

Entre os principais sinais e sintomas, podemos citar: mucosa oral avermelhada e dolorida, papilas linguais atrofiadas, língua fissurada, hipossalivação (xerostomia), dificuldade de mastigação e fala, além de mudanças da microbiota bucal, levando ao aumento do índice de lesões cáries (SENA; JUNIOR; FERREIRA, 2006; TEIXEIRA *et al.*, 2014; MODESTO, 2015; AMBRÓSIO *et al.*, 2016).

Seu diagnóstico é alcançado mais frequentemente pelo exame histopatológico das glândulas salivares menores de lábio inferior, onde é realizado uma incisão de 1,5 a 2 cm na mucosa saudável localizada na parte interna do lábio inferior, entre a comissura labial e a linha média expondo as glândulas salivares menores, desse modo, essas glândulas são retiradas, acondicionadas e enviadas ao laboratório. O esperado pelo patologista para fechamento de diagnóstico é: sialadenite linfomioepitelial, com destruição dos ductos excretores e, posterior atrofia de todo o parênquima glandular. De modo que, em situações avançadas ocorra completa fibrose da glândula salivar. Outros métodos como por exemplo a sialografia, cintilografia, ultrassonografia e tomografia computadorizada, também podem ser utilizados (AMENÁBAR; MARTINS; CHERUBINI, 2004; TEIXEIRA *et al.*, 2014; AMBRÓSIO *et al.*, 2016; WANDERLEY *et al.*, 2019).

Atualmente ainda não há o conhecimento necessário sobre tratamentos que levem à cura dos principais sinais e sintomas relacionados à essa síndrome, porém existem diversas possibilidades terapêuticas que podem proporcionar algum alívio a esses pacientes, ocasionando assim uma melhora na qualidade de vida, de forma que seja evitado demais sequelas. Entre as formas de tratamento para a xerostomia ocasionada pela síndrome, temos: a ingestão frequente de água com gotas de limão; o uso de chicletes sem açúcar e pastilhas com maltose; agentes mucolíticos como a saliva artificial em spray e medicamentos como cevimelina, pilocarpina e bromexina. Além, é claro, de lembrar-se de ingerir sempre muita água para se manter hidratado, visto que, isso também estimula o aumento fluxo salivar. Ademais, esses pacientes devem evitar o consumo de bebidas irritantes, como café e álcool; além do cigarro e de medicamentos que ocasionem a sensação de boca seca. Contudo, também é recomendado o uso diário de flúor, tanto em moldeiras odontológicas impregnadas

com flúor gel quanto também o uso de vernizes que liberam flúor, para que desse modo ocorra a prevenção do desenvolvimento e progressão da cárie (AMENÁBAR; MARTINS; CHERUBINI, 2004; TEIXEIRA *et al.*, 2014; WANDERLEY *et al.*, 2019).

Em função da hipossalivação em pacientes portadores dessa síndrome, o pH e o efeito tampão da saliva ficam reduzidos quando comparados aos níveis normais, desse modo a habilidade de remineralização dos dentes que ocorre de forma natural pela ação da saliva, fica comprometida, favorecendo assim a incidência de lesões cáries, além de existir também uma maior probabilidade do desenvolvimento de processos periodontopatológicos. Outro fator que também pode ocorrer é uma maior dificuldade para reabilitações protéticas, tanto pela não formação do menisco salivar quanto pelo incômodo ocasionado pela atrição entre prótese/mucosa; ademais, esses pacientes apresentam também dificuldades na fala e na mastigação. Todavia, com o tratamento e as medidas adequadas, espera-se o alívio na sintomatologia dolorosa e a promoção do conforto ao paciente (SENA; JUNIOR; FERREIRA, 2006; GALLARRETA *et al.*; 2008; TEIXEIRA *et al.*; 2014; WANDERLEY *et al.*, 2019; MCCOY *et al.*, 2021). Desta forma, o objetivo do presente artigo é apresentar, por meio de uma revisão narrativa da literatura, os principais protocolos para o tratamento da doença cárie em pacientes com Síndrome de Sjögren.

2. HIPÓTESES E JUSTIFICATIVA

Atualmente na literatura, existem protocolos para prevenção e tratamento da cárie dental em pacientes com Síndrome de Sjögren, porém essas informações não são amplamente disseminadas gerando assim grandes problemas para os pacientes. Portanto, pela falta de conhecimento, muitos cirurgiões-dentistas ainda não possuem a clareza referente a formas de diagnóstico, principais sinais e sintomas, qual a relação entre as condições e quais as melhores maneiras de prevenção e tratamento (AMBRÓSIO *et al.*, 2016), desse modo no presente trabalho buscaremos orientar os futuros leitores sobre tal efeito, considerando os métodos de diagnóstico, sintomatologia, prevenção e tratamento.

Destacando a importância do cirurgião-dentista como forma de reconhecer os sintomas iniciais como, boca e olhos ressecados e mudanças significativas na região oral, como a diminuição da saliva, que faz com que esse paciente tenha uma maior predisposição a uma precária condição bucal. Ademais, esses pacientes podem apresentar maiores chances ao aparecimento de cárie dentária, devido à alteração na composição da saliva; à candidíase oral; doença periodontal e ulceração; obstáculo na mastigação e ao ingerir alimentos, entre outras. Portanto, a partir dos pontos supracitados, tem-se como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o tema, para fins de facilitar o diagnóstico para o cirurgião-dentista e melhorar a qualidade de vida para seus pacientes (NASCIMENTO *et al.*, 2013).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Apresentar uma revisão narrativa da literatura descrevendo os principais conceitos e as opções para a prevenção e o tratamento da cárie em pacientes com Síndrome de Sjögren.

3.2 Objetivo Específico

Obter das bases de dados de pesquisa artigos científicos contendo informações clínico – patológicas, de prevenção, de tratamento e de prognóstico relevantes, a fim de caracterizar a predileção das cáries dentais nesses pacientes.

4. METODOLOGIA

Essa revisão narrativa de literatura possuiu caráter amplo e se propôs a descrever qual a relação entre a Síndrome de Sjögren com a cárie dental sob o ponto de vista teórico ou contextual mediante análise e interpretação da produção científica existente. A síntese teve como objetivo responder a seguinte pergunta: “Existem protocolos de prevenção e tratamento para a cárie dental em pacientes com Síndrome de Sjögren disponíveis na literatura atual?”.

Desse modo, o conhecimento a partir da descrição dos temas abrangentes favoreceu o entendimento de forma clara e objetiva acerca de formas de diagnóstico, principais sinais e sintomas, relação entre as doenças, métodos de prevenção e tratamento. Ademais, seu arranjo ocorreu de forma sistematizada com alto rigor metodológico (AMBRÓSIO *et al.*, 2016).

A busca entre a relação da incidência e prevalência de lesões cariosas em pacientes portadores da Síndrome de Sjögren foi realizada através de pesquisa em bibliotecas virtuais e ferramentas de busca (Google Acadêmico, PUBMED/MEDLINE e Scielo), durante os meses de FEVEREIRO, MARÇO e ABRIL do ano de 2023, utilizando as seguintes palavras: “Síndrome de Sjögren”; “cárie dental”; “terapia”; “prevenção” e “controle”. Houve restrição da busca quanto ao período de publicação (1993 a 2023) e idiomas (português, espanhol e inglês).

A seleção de artigos passou por critérios de inclusão e exclusão. Os parâmetros de inclusão se deram a partir das seguintes especificações: tratar-se de um artigo original, estar dentro do período de pesquisa e dos idiomas determinados e abordar de forma clara e objetiva as características de interesse desta revisão (formas de diagnóstico; principais sinais e sintomas; relação entre a Síndrome de Sjögren e a incidência e prevalência da doença cárie; prevenção e tratamentos). Além disto, o critério de exclusão ocorreu da seguinte maneira: artigos os quais não contenham relevância significativa sobre a interligação entre essas doenças.

5. RESULTADOS

Dentre todos os artigos encontrados pelas estratégias de busca descrita acima, apenas 29 preencheram os critérios de inclusão e exclusão (tabela 1). Os principais resultados e conclusões obtidos a partir destes manuscritos estão listados nas tabelas abaixo. Nas Tabelas 2 (parte I a V), 3 (parte I e II) e 4 (parte I e II) podem ser encontradas a relação dos artigos selecionados e classificados como revisões, experimentais e observacionais (casos clínicos), respectivamente.

Tabela 01: Resultados das estratégia de busca realizada.

Base de dados	Descritores	Total de publicações	Inclusão após leitura do resumo
<i>Google Acadêmico</i>	"Síndrome de Sjögren" AND "cárie dental"	139	4
<i>Google Scholar</i>	"sjogren syndrome" AND "caries"	6370	15
<i>SCIELO</i>	"Síndrome de Sjögren"	88	1
<i>PUBMED</i>	"sjogren syndrome" AND "caries"	21	9
REFERÊNCIAS		6618	29

Fonte: dados de pesquisa

Tabela 02: Revisões de literatura com foco nos métodos de prevenção e tratamento mais utilizados na cárie dental em pacientes com SS (parte I de V) .

Número	Autor, ano	Principais resultados e conclusões sobre a prevenção e o tratamento da cárie
1	Newbrun E., <i>et al.</i> 1996	Com foco na prevenção e tratamento da cárie dentária, o artigo destacou a importância de 6 itens para controle da cárie nestes pacientes: (1) Higiene bucal, ao menos duas vezes ao dia com escova manual ou elétrica e creme dental com flúor, fio dental e flúor dentifrício. (2) Orientação na dieta, especificamente para eliminar alimentos açucarados, doces e refrigerantes entre as refeições e incentivar o uso de adoçantes não cariogênicos como acesulfame k, aspartame, sacarina, sorbitol ou xilitol. (3) Terapia de consultório com flúor, na visita inicial, com um agente de alta concentração aplicado ou um gel 1,23% F APF por 4 minutos em moldeira ou verniz fluoretado 2,25% diretamente sobre os dentes e como a frequência de aplicação é um fator importante na eficácia, é recomendada a aplicação de ao menos 4x por ano. (4) Terapia com clorexidina no consultório na consulta inicial, com gel 1% por 5 minutos ou um verniz de clorexidina de alta concentração, enquanto isso pode ser prescrito um minuto de enxaguante, duas vezes ao dia de gluconato de clorexidina a 0,12% por duas semanas. (5) Flúoroterapia autoaplicada, na aplicação diária de 5 minutos de gel NaFou APF a 1,1% em uma bandeja personalizada, e para aqueles pacientes de risco moderado ou que têm náuseas pode ser orientado um enxaguante diário de NaF 0,05% por 1 minuto. (6) Terapia autoaplicada de clorexidina, 1 minuto de lavagem duas vezes ao dia com Gluconato de clorexidina 0,12% , escovação e uso de dentifrício com flúor também são recomendados para o uso duas vezes ao dia.
2	Soto-Rojas A.E., e Kraus A., 2001	Tendo em vista que pacientes com SS apresentam frequentemente mais lesões cariosas, as seguintes estratégias de prevenção da cárie dentária foram abordadas nesta revisão: terapia com flúor, controle microbiano, controle de higiene (autocuidado oral), aconselhamento sobre dieta e nutrição, terapia de reidratação e visitas regulares ao especialista oral/dental.

Fonte: dados de pesquisa

Tabela 02: Revisões de literatura com foco nos métodos de prevenção e tratamento mais utilizados na cárie dental em pacientes com SS (parte II de V) .

Número	Autor, ano	Principais resultados e conclusões sobre a prevenção e o tratamento da cárie
3	Ibtisam A.H., <i>et al.</i> 2001	O artigo relata a importância da prevenção e tratamento da cárie nesses pacientes com a síndrome de Sjögren, destacando um controle do aumento e frequência da cárie, por meio de visitas mais constantes ao dentista, realizando aplicação de flúor nesses pacientes com a síndrome, além de uma prescrição de flúor diário a eles e a indicação de cremes dentais mais suaves, devido ao aumento da sensibilidade da mucosa.
4	Kassan S.S., <i>et al.</i> 2004	O artigo relata que a síndrome de Sjögren é uma doença auto imune, e que seu diagnóstico e tratamento são frequentemente tardios, por ser uma doença sistêmica, pode apresentar uma vasta gama de manifestações clínicas que confundem e atrasam o diagnóstico, sendo estes pacientes frequentemente encaminhados a vários especialistas, entre eles, reumatologistas, médicos oftalmos e dentistas, destacando assim a importância de uma equipe no diagnóstico.
5	Sena M.F., <i>et al.</i> 2006	Os dados demonstraram que 86% dos pacientes sindrômicos apresentaram uma maior quantidade de cárie, logo há uma fraca relação entre os pacientes sindrômicos e os índices de cárie e nenhuma relação com a doença periodontal. De um modo geral, as alterações da mucosa oral ocorreram mais frequentemente em pacientes com baixos níveis de fluxo salivar, ou seja, nos pacientes sindrômicos.

Fonte: dados de pesquisa

Tabela 02: Revisões de literatura com foco nos métodos de prevenção e tratamento mais utilizados na cárie dental em pacientes com SS (parte III de V) .

Número	Autor, ano	Principais resultados e conclusões sobre a prevenção e o tratamento da cárie
6	Kruszka P., <i>et al.</i> 2009	O artigo destaca os tipos que podem ser encontrados na síndrome, seja ela primária, isto é, isolada; ou secundária, acompanhada de outra doença auto imune. Sendo necessária uma equipe médica e odontológica no seu diagnóstico, e tendo prilocarpina e a cevimelina como auxiliares na melhora da sensação de boca e olho secos.
7	Santos A.M.A., <i>et al.</i> 2012/2013	O fluxo salivar foi significativamente mais baixo nos portadores da SS, confirmando a xerostomia nesses pacientes. A diminuição da secreção salivar acarreta em grandes modificações na mucosa oral, dificuldade na deglutição e na fala, ardência bucal e aumento na experiência de cáries dentárias, logo em relação a cárie dental e SS observaram um alto índice da doença, sendo essas lesões mais frequentes nas regiões cervicais dos dentes.

Fonte: dados de pesquisa

Tabela 02: Revisões de literatura com foco nos métodos de prevenção e tratamento mais utilizados na cárie dental em pacientes com SS (parte IV de V) .

Número	Autor, ano	Título
8	Teixeira D.A., Uzun P.F., e Alves J.F.C.S., 2014	A xerostomia é a principal manifestação bucal da doença. O desconforto bucal, lesões cáries, despilação lingual, candidíase bucal, queilite angular e parotidite recorrente são complicações da xerostomia. A redução do fluxo salivar associado à ausência de autolimpeza predispõem os indivíduos a uma maior incidência de cárie dental e de doenças periodontais.
9	Cartee D.L., <i>et al.</i> 2015	O artigo concluiu que os profissionais médicos e odontológicos, ajudarão o paciente com síndrome de Sjögren, apresentando a eles vários produtos disponíveis para substituir ou estimular o fluxo salivar, prevenir ou remineralizar lesões precoces de cárie e evitar infecções bacterianas.
10	Pintor R. M. L., Castro M.F., e Hernández G., 2015	Os principais sintomas da SS são: hipossalivação com ou sem xerostomia, cárie dentária, infecções fúngicas, lesões orais traumáticas, disfagia, disgeusia e inflamação das glândulas salivares. Existem diferentes estratégias terapêuticas dependendo da gravidade de cada caso, visando aumentar a quantidade de saliva e desse modo diminuir o número de cáries e infecções orais. Portanto, é especialmente importante estabelecer uma relação estreita entre o dentista e reumatologista para fazer um diagnóstico precoce e correto, para assim poder tratar e prevenir possíveis complicações orais.

Fonte: dados de pesquisa

Tabela 02: Revisões de literatura com foco nos métodos de prevenção e tratamento mais utilizados na cárie dental em pacientes com SS (parte V de V) .

Número	Autor, ano	Título
11	Zero D.T., <i>et al.</i> 2016	As recomendações finais para pacientes com SS, foram as seguintes: aplicação tópica flúor deve ser usado em todos os pacientes (forte); embora os resultados do estudo não vinculam o fluxo salivar melhorado à prevenção da cárie, a comunidade de saúde bucal geralmente aceita que o aumento da saliva pode contribuir para a diminuição da incidência de cárie, portanto, aumentar a saliva por meio da gustação, mastigação, ou estimulação farmacêutica pode ser considerada (fraca); a clorexidina administrada como verniz, gel ou enxágue pode ser considerado (fraco); e agentes remineralizantes sem flúor pode ser considerado como uma terapia adjuvante (moderada).
12	Vivino F.B., 2017	A síndrome de Sjögren apresenta-se em vastas manifestações clínicas, sendo necessária uma avaliação abrangente para um diagnóstico preciso e cuidados adequados.
13	Hsieh R., 2020	Conclui-se que o dentista desempenha um papel importante no diagnóstico da Síndrome de Sjögren, incluindo biópsia, e exame histopatológico, análise de glândula salivar labial, colaborando com outros profissionais a saúde para o bem estar do paciente.
14	McCoy S.S., <i>et al.</i> 2022	Foram observados sinais e sintomas orais como glândula parótida inchada, boca seca, úlceras/feridas na boca, candidíase oral, dificuldade para falar, asfixia ou disfagia, sialolitíase ou infecção das glândulas e cárie dentária. Os seguintes aspectos bucais tiveram o maior impacto na qualidade de vida: úlceras ou feridas na boca, dificuldade para falar e disfagia. Em contraste, as manifestações sistêmicas da SS associadas à qualidade de vida apresentaram incômodo em menor grau ou em nenhum grau.

Fonte: dados de pesquisa

Tabela 03: Trabalhos experimentais sobre a cárie dental em pacientes com SS (parte I de II).

Número	Autor, ano	Principais resultados
1	Vivino F.B., <i>et al.</i> 1999	A administração de comprimidos de pilocarpina 5 mg 4 vezes ao dia (20 mg/d) foi bem tolerada e produziu melhora significativa nos sintomas de boca e olhos secos e outras xeroses em pacientes com SS.
2	Christensen L B., <i>et al.</i> 2001	Concluiu-se que pacientes com a síndrome, apresentaram maiores gastos com tratamento odontológico, mais dentes extraídos e mais problemas com dentes ao longo da vida, além de mais casos de cáries, do que controles.
3	Fife R.S., <i>et al.</i> 2002	Foi concluído que a terapia com a cevimelina, 30mg 3 vezes ao dia apresentou alívio substancial dos sintomas da xerostomia, porém em altas dosagens 60mg 3 vezes ao dia, embora tenha proporcionado melhora sintomática, houveram eventos adversos, em particular distúrbios do trato gastrointestinal.
4	Yurtseven N., e Gökalp S., 2007	Indivíduos com síndrome de Sjögren secundária apresentaram maior tempo de depuração do açúcar, relacionado a baixo fluxo salivar, altas contagens de microrganismos cariogênicos e superfícies cariadas e obturadas na raiz.

Fontes: dados de pesquisa

Tabela 03: Trabalhos experimentais sobre a cárie dental em pacientes com SS (parte II de II).

Número	Autor, ano	Principais resultados
5	Fox P.C., <i>et al.</i> 2008	Foi concluído que a demanda por tratamento odontológico nos pacientes com síndrome de Sjögren foi alta e de custo elevado, além de os sinais e sintomas serem frequentes, ressalta também a importância de um diagnóstico precoce para tratamento e melhora do caso clínico do paciente.
6	Modesto F.M.B., 2015	As manifestações bucais dos pacientes com SS foram diferentes das apresentadas pelos controles saudáveis, quando foram analisadas as variáveis: fluxo salivar, xerostomia, aspecto clínico da mucosa bucal, o Índice de sangramento gengival e atividade da doença cárie. Não houve diferença significativa entre os grupos quanto aos índices CPOD e CPOS, da coroa e da raiz, e à presença de sinais de candidíase.
7	Blochowiak K., <i>et al.</i> 2016	Concluiu-se que entre as queixas mais comuns estão secura da garganta, e mucosa nasal, secura conjuntiva, irritação ocular, arenosa, ressecção labial, e esses pacientes apresentam predisposição a aftas, úlceras e feridas na boca
8	Berman N., <i>et al.</i> 2019	Pacientes com hipofunção salivar secundária à SS apresentam maior risco de cárie em comparação com pacientes com hipofunção salivar causada por outros fatores. O risco de cárie em pacientes sindrômicos pode ser influenciado pelo hospedeiro; fatores e/ou diferenças quantitativas ou qualitativas na saliva, além do processo inflamatório autoimune subjacente. Além disso, mais pesquisas para comparar a sialoquímica, se fazem necessárias para acompanhar a capacidade tampão e flora microbiana da saliva. O grupo com SS teve uma média significativamente maior de cáries cervicais/radiculares, incisais e totais em comparação com pacientes não sindrômicos.

Fontes: dados de pesquisa

Tabela 04: Relação dos casos clínicos sobre os métodos de tratamento da SS e da cárie dental e seus respectivos prognósticos (parte I de II).

Número	Autor, ano	Dados dos pacientes	Principais conclusões
1	Freitas T.M.C., <i>et al.</i> 2004	Paciente SF, 63 anos, leucoderma. Queixa principal: "queimor na boca e sangramento gengival". Portadora de AR e SS. Ela possuía um grande número de dentes restaurados e perdidos, porém não apresentava atividade de cárie. O diagnóstico foi candidíase eritematosa na mucosa palatina, também apresentava doença periodontal, perda de inserção clínica e abaulamento dentário, além de ressecamento em toda mucosa bucal e superfície lingual fissurada e despapilada. O tratamento para SS foi mantido (uso de saliva e lágrima artificial) e a terapêutica utilizada foi a prescrição de antifúngico para a candidíase oral, além de instruções de higiene bucal e um tratamento periodontal especializado.	A SS é uma doença de origem sistêmica e de curso crônico que determina, nos indivíduos acometidos, uma série de sinais e sintomas sistêmicos. A xerostomia é considerada o principal sintoma oral e sinal clínico da doença. O exame intra-oral normalmente revela a presença de uma saliva viscosa e espumosa. A redução do fluxo salivar e a ausência de auto-limpeza predis põem os indivíduos a um maior índice de cárie dental, especialmente na região cervical dos dentes.
2	Seo D.G., <i>et al.</i> 2009	Paciente do sexo feminino, 20 anos de idade. Apresentou múltiplas cáries na região anterior da mandíbula e queixava-se de sensibilidade ao frio dos incisivos inferiores e secura na boca; Um plano de tratamento foi elaborado, por meio de restaurações em resina, aplicação de flúor e acompanhamento regular 4 vezes ao ano; Confirmou-se o diagnóstico de xerostomia; Então foi prescrito saliva artificial e nistatina, além de acompanhamentos regulares; Avalio-se a atividade bacteriana e de cárie, que teve como resultado, um alto risco.	O presente artigo concluiu que o ambiente bucal pode apresentar muitas pistas sobre doenças sistêmicas dos pacientes, como boca e olhos secos, portanto, médicos e dentistas devem estar atentos para um possível diagnóstico e tratamento precoce.
3	Spinato S., <i>et al.</i> 2010	Paciente caucasiano, de 62 anos de idade; Relatou fratura de dois elementos dentais que estabilizavam a prótese parcial removível superior e insatisfação com a prótese total inferior; Apresentou diagnóstico clínico da Síndrome de Sjögren feito após o aparecimento de xerostomia e xeroftalmia em outubro de 2000 e confirmado em 2001; Foi tratado com lágrimas artificiais e pilocarpina para controlar a xeroftalmia e a xerostomia. Realizou-se a extração dos dentes restantes da maxila e reabilitação com prótese total, e na mandíbula prótese total implantossuportada, com 6 implantes. Seis meses após a reabilitação um exame radiográfico oral mostrou que não houve perda óssea perimplantar e o paciente apresentou maior conforto e função protética.	Concluiu-se que pacientes com síndrome de Sjögren podem ser tratados com sucesso com próteses fixas implantossuportadas, podendo melhorar assim o conforto e função deles.
4	Ahmadi E., <i>et al.</i> 2013	Paciente do sexo masculino, 42 anos de idade com múltiplas cáries dentárias. Sua principal deixa era cáries severas de aproximadamente 8 anos atrás, dificuldade em engolir alimentos secos, vermelhidão nos olhos, entre outros. Para os sintomas orais foi indicado o uso de saliva, bochechos com flúor, beber bastante água e alimentos aquosos, goma de mascar com xilitol e boa higiene oral, ademais, resina composta foi colocada nas restaurações definitivas realizadas.. Uma boa saúde bucal e acompanhamento foram orientados a ele, e após dois meses houve melhora moderada nas manifestações clínicas.	Concluiu-se que a síndrome de Sjögren primária deve ser considerada como diagnóstico diferencial em pacientes com cárie precoce grave

Fonte: dados de pesquisa

Tabela 04: Relação dos casos clínicos sobre os métodos de tratamento da SS e da cárie dental e seus respectivos prognósticos (parte II de II).

Número	Autor, ano	Dados dos pacientes	Principais conclusões
5	Fisselier F., e Comut A.A., 2017	<p>Paciente SF, 25 anos, leucoderma, queixa principal: sensibilidade dentária. No exame intraoral revelou boca seca; depilação da língua; tecido gengival eritematoso; lesões cariosas e candidíase bucal. Como tratamento foram prescritos pilocarpina em uma dose diária de 20 mg; flúor em bandejas oclusais de alta concentração (5000ppm); digluconato de clorexidina 0,12% e nistatina para tratar a candidíase. O tratamento protético consistiu em 2 próteses fixas onde haviam falhas dentais e no restante dos dentes foram instaladas coroas totais. Logo após foi iniciado um programa de manutenção para prevenir a recorrência das manifestações bucais relacionadas à SS.</p>	<p>Após o tratamento protético, foi iniciado um programa de manutenção para prevenir a recorrência das manifestações bucais relacionadas à síndrome de Sjögren. Além disso, como a xerostomia é a principal causa de complicações bucais, a paciente foi orientada referente aos seguintes fatores: garantir a ingestão hídrica regular; utilizar goma de mascar sem açúcar, além de substitutos da saliva. Foi também instruída a usar gluconato de clorexidina 0,12% em caso de inflamação gengival e nistatina no caso de recorrência de candidíase. A paciente foi colocado em 4 programas de recordação mensal para monitoramento e reforço das instruções de higiene oral. Radiografias interproximais foram feitas anualmente para detectar lesões cariosas recorrentes nas margens das restaurações, visto que a prevalência de cárie nesses pacientes é maior. A paciente ficou satisfeita com o resultado do tratamento.</p>
6	Young D. A., <i>et al.</i> 2018	<p>Paciente SF, 18 anos, queixa principal: "extrema sensibilidade". Possuía SSS combinada com LES e AR. A higiene bucal da paciente era precária, possuía gengivite severa crônica generalizada e o exame radiográfico confirmou múltiplas lesões cariosas. O diagnóstico foi de risco extremo de cárie com mau prognóstico. O plano de tratamento consistiu na aplicação do SDF a 38%, remoção parcial da cárie e restaurações com CIV convencional. Ela foi instruída quanto a higiene oral e a dieta. Após um tempo foi indicado a pasta de caseína fosfopéptido-fosfato de cálcio amorfo, para suplementar cálcio e fosfato na saliva. A sensibilidade da paciente ao toque e à temperatura foram resolvidos. Nenhuma das restaurações com CIV falhou ou lascou após 12 meses em função.</p>	<p>O paciente selecionou um plano de tratamento minimamente invasivo que se concentrou em fluoreto de diamina de prata (SDF), remoção parcial de cárie e restaurações de cimento de ionômero de vidro (GIC). O tratamento com a aplicação de SDF e as restaurações GIC foram bem-sucedidas em deter as lesões cariosas e restaurar a forma e a função, mas podem não impedir completamente a formação de novas lesões cariosas no futuro. Logo, o caso mostra que o uso de tratamentos menos invasivos, como a aplicação de SDF e as restaurações com GIC, pode ser usado para gerenciar casos complexos envolvendo risco extremo de cárie e ser preferível ao tratamento endodôntico e as extrações.</p>
7	Daneshparvar H., Esfahanizadeh N., e Vafadoost R., 2020	<p>Paciente SF, 46 anos, leucoderma, queixa principal: "incapacidade de mastigar os alimentos de forma eficaz". A paciente não tinha comorbidades e foi diagnosticada com SS, tomava prednisona 5mg, sulfato de hidroxyclorequina, alendronato 70mg e vitaminas múltiplas. O plano de tratamento foi com prótese implantossuportada dos dentes 16, 24, 25, 26, 32 e 42. Foi utilizado digluconato de clorexidina 0,12% por 1 minuto no pré-operatório e depois 2x ao dia por uma semana no pós-operatório. Sabe-se que implantes nesses pacientes carregam riscos potenciais, como distúrbios cicatrização de feridas, falha precoce da osseointegração e desenvolvimento de peri-implantite, porém a paciente foi inscrita em um programa de manutenção a cada seis meses e teve bons resultados.</p>	<p>As principais complicações orais que ocorrem em pacientes com SS consistem em alta frequência de cárie, sensação de queimação da mucosa, perda dentária precoce, desgaste dentário intensificado e insucesso de restaurações dentárias, desse modo as próteses suportadas por implantes oferecem uma boa solução para as dificuldades experimentadas por pacientes edêntulos. Esta pesquisa não mostrou sinais de peri-implantite ou mucosite peri-implantar durante 7 anos após a colocação dos implantes. Logo, o presente estudo indica que a manutenção bem-sucedida de implantes dentários a longo prazo também pode ser alcançada em pacientes com SS.</p>

Fonte: dados de pesquisa

6. DISCUSSÃO

Após a busca na literatura foram encontrados 29 artigos relacionados ao tema, nota-se que existe uma exiguidade de informações sobre a temática da cárie dental e sua relação com a Síndrome de Sjögren.

A SS é uma doença autoimune de origem sistêmica e de curso crônico, logo pacientes sindrômicos possuem uma série de sinais e sintomas. A xerostomia é considerada como o principal sintoma oral e sinal clínico da doença. Ao ser realizado o exame intraoral normalmente nota-se um fluxo salivar reduzido, saliva viscosa e espumosa, que quando associada a ausência de autolimpeza faz com que essas pessoas fiquem predispostas a um maior índice de cárie dental, especialmente na região cervical dos dentes. Sendo assim necessárias medidas para o aumento do fluxo salivar, por meio de drogas agonistas colinérgicas, como pilocarpina ou cevimelina, associadas a prevenção e tratamento da cárie dental, candidíase oral e mucosite alérgica (FREITAS T.M.C. *et al.*, 2004 e KRUSZKA P. *et al.*, 2009).

Esta síndrome pode ocorrer em todas as idades, mas afeta principalmente mulheres durante a quinta e sexta décadas de vida (52 a 62 anos), em cerca de 2,7 % da população geral. Embora mais raramente, possa ocorrer em meninas com aproximadamente 10 anos de idade (SANTOS A.M.A. *et al.*, 2012/2013). Nossa revisão encontrou sete pacientes com SS, dos quais dois possuíam a doença na forma secundária, onde estava associada aos lúpus eritematoso sistêmico e/ou artrite reumatoide (FREITAS T.M.C. *et al.*, 2004; e YOUNG D. A. *et al.*, 2018). Seis eram mulheres, confirmando desse modo a epidemiologia da literatura, porém as idades divergiram entre 18 a 63 anos (FREITAS T.M.C. *et al.*, 2004; SEO D.G. *et al.*, 2009; SPINATO S. *et al.*, 2010; FISSELIER F. e COMUT A.A., 2017; YOUNG D. A. *et al.*, 2018; e DANESHPARVAR H., ESFAHANIZADEH N. e VAFADOOST R., 2020). Apenas um paciente era do sexo masculino (AHMADI E. *et al.*, 2013).

O principal sinal e sintoma associado a SS é a alteração do fluxo salivar, onde ocorre a sua diminuição pela hipofunção das glândulas excretoras de saliva, causando assim a sensação de boca seca denominada xerostomia. Em decorrência disso pode vir a acontecer a despapilação lingual, candidíase oral, parotidite de repetição, queilite angular, úlceras/feridas orais, aftas, dificuldades de fala e/ou deglutição, ressecamento labial, sialolitíase ou infecção das glândulas, aumento de cárie dental e

um desconforto oral geral (TEIXEIRA D.A., UZUN P.F. e ALVES J.F.C.S., 2014; PINTOR R. M. L., CASTRO M.F. e HERNÁNDEZ G., 2015; e VIVINO F.B., 2017).

Portanto, é possível observar que pacientes síndrômicos possuem mais lesões cáries quando comparados a pacientes não síndrômicos. Aliás essas lesões ocorrem mais frequentemente em nível cervical e radicular (BERMAN N. *et al.*, 2019). Esses pacientes apresentam também um maior índice de cárie do que pacientes com hipofunção salivar causada por algum outro fator (SENA M.F. *et al.*, 2006 e BERMAN N. *et al.*, 2019).

Nota-se que pacientes portadores da SS de forma secundária apresentaram por conta da relação com o baixo fluxo salivar, um tempo maior de depuração de açúcar, tendo como resultado altas contagens de microrganismos cariogênicos, além de mais superfícies radiculares cariadas e/ou obturadas (YURTSEVEN N. e GÖKALP S., 2007). Sintomas como secura da garganta, mucosa nasal e conjuntiva/ocular, também foram constatados (TEIXEIRA D.A., UZUN P.F. e ALVES J.F.C.S., 2014; MODESTO F.M.B., 2015; BLOCHOWIAK K. *et al.*, 2016; e MCCOY S.S. *et al.*, 2022).

Diante do exposto anteriormente, esses pacientes não podem negligenciar o acompanhamento regular médico/odontológico, visto que a SS além de poder se apresentar de forma isolada (SS primária), podem estar em associação com outras doenças autoimunes (SS secundária). Logo, o quanto antes for diagnosticado, melhor será para administrar a prevenção e tratamentos (KRUSZKA P. *et al.*, 2009; e PINTOR R. M. L., CASTRO M.F. e HERNÁNDEZ G., 2015).

Segundo as bases de dados consultadas, foi possível notar uma diferença significativa quando comparados os gastos financeiros com tratamentos dentais entre os pacientes síndrômicos e não síndrômicos, visto que os pacientes que possuíam a SS apresentaram maiores problemas dentais que foram manifestados com maior frequência e intensidade, consecutivamente fazendo com que eles tivessem um gasto elevado. Logo, o diagnóstico precoce é de extrema importância nesse fator também, pois dessa forma o cirurgião-dentista consegue entrar com métodos de prevenção e tratamento das lesões cáries o quanto antes, evitando e/ou controlando os danos aos tecidos dentais e diminuindo assim os gastos com a saúde oral (CHRISTENSEN L. B. *et al.*, 2001 e FOX P.C. *et al.*, 2008).

Para o seu diagnóstico correto é necessário que o paciente passe por um acompanhamento com uma equipe multidisciplinar. Dessa forma, o cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental, realizando procedimentos que tem como objetivo

fechar de forma efetiva o diagnóstico, como por exemplo: biópsia de glândulas salivares menores de lábio inferior para realização do exame histopatológico, sialometria, sialografia e estudo das proteínas séricas (FREITAS T.M.C. *et al.*, 2004; KASSAN S.S. *et al.*, 2004; CARTEE D.L. *et al.*, 2015; e HSIEH R., 2020). No resultado do exame histopatológico da biópsia de glândulas salivares menores de lábio inferior, espera-se encontrar como características principais a sialadenite linfomioepitelial com a destruição dos ductos excretores e consequente atrofia de todo parênquima glandular. Desse modo, quanto mais a doença avança, mais acontece a obstrução gradual da luz do ducto, levando dessa maneira, a completa fibrose glandular. Observa-se que na SS primária o infiltrado linfocitário costuma ficar distribuído ao redor dos ductos e na SS secundária ao redor dos vasos (AMBRÓSIO *et al.*, 2016; WANDERLEY *et al.*, 2019).

Segundo os artigos revisados na literatura as recomendações para os pacientes com SS foram classificadas avaliando seu nível de eficácia entre forte, moderada e fraca, nas seguintes opções:

- (1) aplicação tópica de flúor em consultório (forte): é recomendado um protocolo de aplicação de pelo menos 4x ao ano pois a frequência é um fator muito importante na eficácia. Tais aplicações devem ser feitas utilizando moldeiras, um agente de alta concentração de flúor acidulado em gel à 1,23% F por 4 minutos ou pode ser aplicado o verniz fluoretado 2,25% F diretamente sobre os dentes;
- (2) uso de agentes remineralizantes sem flúor como uma terapia adjuvante (moderada): é recomendado a escovação com pasta de caseína fosfopéptido-fosfato de cálcio amorfo pelo menos 3 vezes ao dia, pois ela estabiliza o cálcio e o fosfato da saliva, facilitando o processo de remineralização;
- (3) Aumento da produção de saliva (fraco) por meio de reidratação, gustação, mastigação ou estimulação farmacêutica: é indicado que esses pacientes mantenham sempre uma ingestão hídrica regular, faça uso de pastilhas ou gomas de mascar que tenham em sua composição adoçantes como o xilitol substituindo o açúcar ou ainda pode ser prescrito pilocarpina (5mg 4x ao dia) ou cevimelina (30 ou 60 mg 3x ao dia);
- (4) clorexidina administrada como verniz, gel ou enxágue (fraco): para isso é realizado a terapia no consultório logo na consulta inicial, utilizando o verniz de clorexidina de alta concentração ou o gel de clorexidina à 1% por 5 minutos;
- (5) higiene bucal (forte): logo destaca-se a importância da escovação e uso de dentífrico com flúor pelo menos duas vezes ao dia utilizando escovas elétricas ou

manuais juntamente com creme dental com flúor, desse modo, foi observado que em países onde são comercializados dentifrícios com flúor de alta potência (1450-2500 ppm F), existe uma maior eficácia na redução da cárie do que dentifrícios com flúor em sua concentração convencional (1000-1100 ppm F). Ademais deve-se orientar o paciente a utilizar também diariamente o fio dental;

(6) orientação de dieta (moderado): visando eliminar ou pelo menos reduzir a frequência de alimentos de alto índice glicêmico como por exemplo alimentos açucarados e refrigerantes e incentivar o uso de adoçantes não cariogênicos como por exemplo o xilitol, aspartame, sorbitol, entre outros;

(7) flúorterapia autoaplicada (moderado): para isso é recomendado a aplicação de forma diária de gel de fluoreto de sódio (NaF) ou de flúor acidulado (APF) ambos na concentração de 1,1%. Para pacientes que possuem náuseas ou que tem um risco moderado, pode ser recomendado um enxaguante diário de fluoreto de sódio (NaF) a 0,05% por 1 minuto;

(8) terapia autoaplicada de clorexidina (fraco): recomenda-se o bochecho por 1 minuto duas vezes ao dia com diglucanato de clorexidina na concentração de 0,12% por duas semanas;

(9) visitas regulares ao cirurgião-dentista (moderado): pelo menos duas vezes ao ano (NEWBRUN E. *et al.*, 1996; SOTO-ROJAS A.E. e KRAUS A., 2001; IBTISAM A.H. *et al.*, 2001; PINTOR R. M. L., CASTRO M.F. e HERNÁNDEZ G., 2015; e ZERO D.T. *et al.*, 2016).

Portanto os principais manejos terapêuticos para a SS foram baseados no aumento do fluxo salivar: (1) utilizando agentes farmacológicos como a saliva artificial; cevimelina e pilocarpina; (2) garantindo a ingestão hídrica regular e (3) fazendo uso de goma de mascar sem açúcar. A terapia com as drogas agonistas colinérgicas mencionadas são prescritas da seguinte maneira: cevimelina, 30mg ou 60mg, 3 vezes ao dia ou pilocarpina 5mg, 4 vezes ao dia, lembrando que quanto maior a dosagem do fármaco, melhor o alívio dos sintomas, entretanto maior o risco dos efeitos adversos, em particular distúrbios do trato gastrointestinal (VIVINO F.B. *et al.*, 1999; FIFE R.S. *et al.*, 2002).

Nessa revisão de literatura foram encontrados sete pacientes e os tratamentos para a SS se dividiram em: uso de saliva e lágrima artificial (FREITAS T.M.C. *et al.*, 2004; SEO D.G. *et al.*, 2009; SPINATO S. *et al.*, 2010; AHMADI E. *et al.*, 2013 e DANESHPARVAR H., ESFAHANIZADEH N. e VAFADOOST R., 2020); uso de

pilocarpina (SPINATO S. *et al.*, 2010; e FISSELIER F. e COMUT A.A., 2017); fluoroterapia (SEO D.G. *et al.*, 2009; e AHMADI E. *et al.*, 2013); uso de goma de mascar sem açúcar (AHMADI E. *et al.*, 2013; FISSELIER F. e COMUT A.A., 2017; e YOUNG D. A. *et al.*, 2018); além de orientações de higiene oral, dieta e ingestão hídrica em todos os casos. Em relação as reabilitações odontológicas, dos sete pacientes, dois fizeram reabilitação com próteses implantossuportadas e próteses removíveis (SPINATO S. *et al.*, 2010; e DANESHPARVAR H., ESFAHANIZADEH N., e VAFADOOST R., 2020); dois tiveram a terapia por meio de restaurações diretas em resina composta (SEO D.G. *et al.*, 2009; e AHMADI E. *et al.*, 2013); um fez o tratamento por meio de prótese fixa em áreas de falhas dentais e coroas totais no restante dos dentes (FISSELIER F. e COMUT A.A., 2017), um teve seu tratamento mais conservador com aplicação de SDF (fluoreto de diamina de prata) e restaurações com CIV (cimento de ionômero de vidro) convencional (YOUNG D. A. *et al.*, 2018) e apenas um não apresentava lesões cariosas (FREITAS T.M.C. *et al.*, 2004). Três dos sete pacientes apresentavam candidíase e foram tratados com nistatina (FREITAS T.M.C. *et al.*, 2004; SEO D.G. *et al.*, 2009; e FISSELIER F. e COMUT A.A., 2017). Todos os sete pacientes tiveram bons resultados no tempo de acompanhamento proposto pelos trabalhos analisados, provando dessa forma, ser possível controlar os sintomas da SS e reabilitar funcionalmente o paciente. Até o momento, o tratamento da SS permanece empírico e sintomático. Logo, orientar o paciente em relação ao uso de lubrificantes, cuidados dentais preventivos e higiene pessoal geral são os melhores e mais recomendados métodos (VIVINO F.B. *et al.*, 1999; SOTO-ROJAS A.E. e KRAUS A., 2001; FIFE R.S. *et al.*, 2002; AHMADI E. *et al.*, 2013; e FISSELIER F. e COMUT A.A., 2017).

7. CONCLUSÃO

Após essa revisão narrativa podemos concluir sobre a Síndrome de Sjögren, as seguintes informações:

- Atinge na maioria das vezes, mulheres em idades mais avançadas ou que costumam estar na menopausa, no entanto, pode afetar também crianças, adolescentes e adultos jovens;
- Seus principais sintomas envolvem boca e olhos secos, glândulas parótidas inchadas, hipossalivação com ou sem xerostomia, candidíase oral, disfagia, inflamação das glândulas, alta frequência de cárie, maior predisposição a aftas, úlceras e feridas na boca;
- Entre os métodos de diagnóstico estão a sialometria, sialografia, cintilografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada e estudo das proteínas séricas, porém o mais utilizado frequentemente é a biópsia das glândulas salivares menores de lábio inferior, no qual o esperado pelo patologista no exame histopatológico é sialadenite linfomioepitelial com destruição dos ductos excretores;
- As principais formas de tratamento, além de acompanhamentos regulares, incluem a administração de medicamentos para aliviar os sinais e sintomas da doença, como por exemplo: pilocarpina, cevimelina, nistatina, uso de saliva artificial, ingestão de muita água e boa higiene oral;
- Para prevenção da cárie é de suma importância manter uma boa higiene bucal, por meio do uso de cremes dentais com flúor, utilizar o fio dental com frequência, escovar os dentes com escovas dentais de cerdas macias e manter essa escovação no mínimo 3 vezes ao dia ou após as refeições. Além disso, é recomendado uma redução de alimentos açucarados na dieta;
- O tratamento da cárie será realizado pela restauração do dente afetado, através da remoção de todo o tecido cariado seguido pela aplicação de resina, ademais, o tratamento consiste em uma profilaxia para retirada de placas bacterianas na superfície dos dentes;

- Logo, o meio bucal pode indicar pistas sobre a saúde sistêmica do paciente, como detectar a hipossalivação e o alto índice de cárie nesses pacientes, por exemplo. Faz-se, portanto, necessário uma inter-relação entre o cirurgião-dentista e médicos no diagnóstico e tratamento precoce da doença.

8. REFERÊNCIAS

AHMADI, Elham; FALLAHI, Sasan; ALAEDDINI, Mojgan; TABATABAEI, Masoomeh Hasani. Severe dental caries as the first presenting clinical feature in primary Sjögren's syndrome. **Caspian Journal of Internal Medicine**, [s. l], v. 4, n. 3, p. 731-734, 2013.

AL-HASHIMI, Ibtisam. The management of Sjögren's syndrome in dental practice. **Clinical Practice**, [s. l], v. 132, n. 1, p. 1409-1417, out. 2001.

AMBRÓSIO, Lucas Macedo Batitucci; ROVAI, Emanuel da Silva; FUKUSHIMA, Henrique; SILVA, Henrique Aparecido Bueno da; ABREU, Ieda Santos; VIVAS, Priscila; LOURENÇO, Silvia Vanessa; HOLZHAUSEN, Marinella. Aspectos relevantes da síndrome de Sjögren para o cirurgião-dentista. **Revista Da Associação Paulista De Cirurgões Dentistas**, São Paulo, v. 3, n. 70, p. 285-289, mar. 2016.

AMENÁBAR, José Miguel; MARTINS, Gabriela Botelho; CHERUBINI, Karen. Síndrome de Sjögren: uma abordagem estomatológica. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 3, n. 1, p. 124-129, jun. 2004.

AMORE, Ricardo; ANIDO, Andréa Anido; MORAES, Luiz Cesar de; MORAES, Mari Eli Leonelli de. Comparação entre o diagnóstico clínico e radiográfico da cárie dental. **Revista de Faculdade Odontologia São José dos Campos**, São José dos Campos, v. 3, n. 2, p. 62-68, dez. 2000.

BERMAN, Nicola *et al.* Risk factors for caries development in primary Sjogren syndrome. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology And Oral Radiology**, Cleveland, Ohio, Estados Unidos, v. 128, n. 2, p. 117-122, ago. 2019. Elsevier BV.

BOLSTAD, Anne Isine; SKARSTEIN, Kathrine. Epidemiology of Sjögren's syndrome— from an oral perspective. **Current Oral Health Reports**, [s. l], v. 1, n. 1, p. 328-336, 2 set. 2016.

BIOCHOWIAK, Katarzyna; OLEWICZ-GAWLIK, Anna; POLAŃSKA, Adriana; NOWAK-GABRYEL, Michalina; KOCIŁECKI, Jarosław; WITMANOWSKI, Henryk; SOKALSKI, Jerzy. Oral mucosal manifestations in primary and secondary Sjögren syndrome and dry mouth syndrome. **Advances In Dermatology And Allergology**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 23-27, 2016.

CARTEE, Deborah L.; MAKER, Shannon; DALONGES, Debra; MANSKI, Marion C.. Sjögren's Syndrome: Oral Manifestations and Treatment, a Dental Perspective. **The Journal Of Dental Hygiene**, [s. l], v. 89, n. 1, p. 365-371, dez. 2015.

DANESHPARVAR, Hamidreza; ESFAHANIZADEH, Nasrin; VAFADOOST, Reza. Seven Years Follow-up of a Patient with Sjögren's Syndrome Treated with Implant-supported Fixed Prosthesis. **European Journal Of Translational Myology**, [S.L.], v. 2, n. 30, p. 334-340, 4 mar. 2020. PAGEPress Publications.

FIFE, Rose S.; CHASE, Walter F.; DORE, Robin K.; WIESENHUTTER, Craig W.; LOCKHART, Peter B.; TINDALL, Elizabeth; SUEN, James Y.. Cevimeline for the Treatment of Xerostomia in Patients With Sjögren Syndrome: a randomized trial. **Archives of Internal Medicine**, [s. l], v. 162, n. 1, p. 1293-1300, 10 jan. 2002.

FISSELIER, Francois; COMUT, A. Alper. Contemporary management and full mouth rehabilitation of a patient with Sjögren syndrome. **The Journal Of Prosthetic Dentistry**, [S.L.], v. 120, n. 1, p. 5-8, jul. 2017.

FREITAS, Tarsila M. C.; MEDEIROS, Ana Myriam C.; OLIVEIRA, Patrícia T.; LIMA, Kenio Costa. Síndrome de Sjögren: revisão de literatura e acompanhamento de um caso clínico. **Revista Brasileira Otorrinolaringologia**, [s. l], v. 70, n. 2, p. 283-288, abr. 2004.

FOX, Philip C.; BOWMAN, Simon J.; SEGAL, Barbara; VIVINO, Frederick B.; MURUKUTLA, Nandita; CHOUEIRI, Karen; OGALE, Sarika; MCLEAN, Lachy. Oral involvement in primary Sjögren syndrome. **Cover Story**, [s. l], v. 139, n. 12, p. 1592-1601, dez. 2008.

GALLARRETA, Fernanda Weber de Moraes; TURSSI, Cecília Pedrosa; PALMA-DIBB, Regina Guenka; SERRA, Mônica Campos. Histórico de saúde: atenção a condições sistêmicas e suas implicações, sobretudo nos fatores de risco de cárie. **Revista Odonto Ciência**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 23, p. 192-196, 12 maio 2008.

GOMES, Rafael Santos; BRANDALISE, Renata; ALBA, Graziela Peluso; FLATO, Uri Adrian; MOURA JÚNIOR, João Elias de. Síndrome de Sjögren primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Blumenau, Sc, v. 8, n. 3, p. 254-265, 19 fev. 2010. Bimestral.

HSIEH, Ricardo. The Role of Dentist in the Diagnosis of Primary Sjögren Syndrome. **Advances In Dentistry**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-2, 24 mar. 2020.

KASSAN, Stuart S.; MOUTSOPOULOS, Haralampos M.; FRCP(EDIN). Clinical manifestations and early diagnosis of Sjögren Syndrome. **Archives of Internal Medicine**, [s. l], v. 164, n. 1, p. 1275-1284, 28 jan. 2004.

KRUSZKA, Paul; O'BRIAN, Robert J.. Diagnosis and Management of Sjögren Syndrome. **American Family Physician**, [s. l.], v. 79, n. 1, p. 466-470, 15 mar. 2009.

LEITES, Antonio Cesar Bortowski Rosa; PINTO, Márcia Bueno; SOUSA, Ezilmara Rolim de. Aspectos microbiológicos da cárie dental. **Revista Salusvita**, Bauru, v. 25, n. 2, p. 239-252, 30 out. 2005.

LÓPEZ-PINTOR, Rosa María; CASTRO, Mónica Fernández; HERNÁNDEZ, Gonzalo. Afectación oral en el paciente con síndrome de Sjögren primario. Manejo multidisciplinar entre odontólogos y reumatólogos. **Reumatología Clínica**, Madrid, Espanha, v. 11, n. 6, p. 387-394, nov. 2015.

MCCOY, Sara S.; BARTELS, Christie M.; SALDANHA, Ian J.; BUNYA, Vatinee Y.; AKPEK, Esen K.; MAKARA, Matthew A.; BAER, Alan N.. National Sjögren's Foundation Survey: Burden of Oral and Systemic Involvement on Quality of Life. **Health and Human Services**, [s. l.], v. 48, n. 7, p. 1029-1036, jul. 2021.

MODESTO, Flávia Marques Borba. **Manifestações bucais e qualidade de vida na síndrome de Sjögren**. 2015. xiv, 99 f., il. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

NASCIMENTO, A.S.; AGUIAR, Y.P.C.; COSTA, R.O.; CATÃO, M.H.C.V.; FONTES, L.B.C.. Síndrome de Sjögren e a Prática da Odontologia: revisão do conhecimento atual. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 46-52, 30 jun. 2013. Instituto Educacional Piracicabano da Igreja Metodista.

NEWBRUN, E.. Current treatment modalities of oral problems of patients with Sjogren's syndrome: caries prevention. **Advances in Dental Research**, San Francisco, California, v. 1, n. 10, p. 29-34, 1 abr. 1996.

PRESTES, C. P.; VALADÃO, A. L.; BARROS, . L. .; CUNHA, F. .; CAROLINA VALADÃO OLIVEIRA, A. . Xerostomia em pacientes portadores da síndrome de Sjögren. **Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza**, [S. l.], v. 2, n. 1, 20 fev. 2022.

SANTOS, Ana Maria Antunes *et al.* Síndrome de Sjögren. **Journal Of Biodentistry And Biomaterials - Universidade Ibirapuera**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 47-54, set. 2012/fev. 2013.

SENA, Marina Fernandes de; LIMA JUNIOR, José Ferreira; FERREIRA, Maria Ângela Fernandes. Condição oral dos pacientes com síndrome de Sjögren: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 19, n. 4, p. 234-239, 12 jul. 2006.

SEO, D-G.; KIM, J.; LEE, C-Y.; PARK, S-H.. Diagnosis of Sjögren's Syndrome From a Xerostomia Case Accompanied by Multiple Dental Caries. **Operative Dentistry**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 359-364, 1 maio 2009. Operative Dentistry.

SOTO-ROJAS, Armando Ernesto; KRAUS, Arnoldo. The Oral Side of Sjögren Syndrome. Diagnosis and Treatment.: a review. **Archives Of Medical Research**, Mexico City, México, v. 33, n. 2, p. 95-106, mar. 2002.

SPINATO, Sergio; SOARDI, Carlo Maria; ZANE, Anna Maria. A Mandibular Implant-Supported Fixed Complete Dental Prosthesis in a Patient With Sjögren Syndrome:

case report. **Implant Dentistry**, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 178-183, jun. 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

STANKEVICIENE, Indre; PURIENE, Alina; MELIAUSKAITE, Diana; STANGVALTAITE-MOUHAT, Lina; ALEKSEJUNIENE, Jolanta. Detection of xerostomia, sicca, and Sjogren's syndromes in a national sample of adults. **Bmc Oral Health**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 2-8, 27 out. 2021.

TEIXEIRA, Danielle Arze; UZUN, Paula Fernanda; ALVES, Jeane de Fátima Correia Silva. Síndrome de Sjögren: revisão de literatura. **Revista Cromg**, Belo Horizonte, v. 2, n. 15, p. 21-27, dez. 2014.

VIVINO, Frederick B.; AL-HASHIMI, Ibtisam; KHAN, Zafrulla; LEVEQUE, Francis G.; III, Paul L. Salisbury; TRAN-JOHNSON, Tram K.; PHARMD; MUSCOPLAT, Charles C.; TRIVEDI, Madhu; GOLDLUST, Barry. Pilocarpine Tablets for the Treatment of Dry Mouth and Dry Eye Symptoms in Patients With Sjogren Syndrome: a randomized, placebo-controlled, fixed-dose, multicenter trial. **Archives of Internal Medicine**, [s. /], v. 159, n. 1, p. 174-181, 25 jan. 1999.

VIVINO, Frederick B.. Sjogren's syndrome: clinical aspects. **Clinical Immunology**, [S.L.],v. 182, n. 1, p.48-54, set.2017. ElsevierBV.

WANDERLEY, Arthur Eric Costa; PEIXOTO, Yuri Jivago Tenório Costa Lôbo; SOUTO, Rúbia Reis Fonseca Amaral; SILVA FILHO, Samuel Barbosa da; FRANCO, Áurea Valéria de Melo; FERREIRA, Sonia Maria Soares; MARROQUIM, Olivia Maria Guimarães; PEIXOTO, Fernanda Braga. Síndrome de Sjögren secundária diagnosticada por cirurgião-dentista: relato de caso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S.L.], v. 1, n. 20, p. 1-8, 7 mar. 2019.

YOUNG, Douglas A. *et al.* Secondary Sjögren syndrome. **The Journal Of The American Dental Association**, [S.L.], v. 149, n. 8, p. 731-741, ago. 2018. Elsevier BV.

YURTSEVEN, Nuran; GÖKALP, Saadet. Oral sugar clearance and other caries-related factors of stimulated whole saliva in patients with secondary Sjögren syndrome. **Quintessence International**, [S.L.], v. 03, n. 38, p. 151-157, mar. 2007.

ZERO, Domenick T. *et al.* Clinical practice guidelines for oral management of Sjögren disease. **The Journal Of The American Dental Association**, [S.L.], v. 147, n. 4, p. 295-305, abr. 2016. Elsevier BV.