

**FACULDADE CIDADE PATOS DE MINAS
GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

ÍTALO RAMOS LUCAS

**SÍNDROME DE SJÖGREN E SUA RELAÇÃO COM
PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS**

**PATOS DE MINAS
2018**

ÍTALO RAMOS LUCAS

**SÍNDROME DE SJÖGREN E SUA RELAÇÃO COM
PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS**

Artigo apresentado à Faculdade Cidade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de graduação em Odontologia.

Orientador: Prof.^a Esp. Lílian de Barros

**PATOS DE MINAS
2018**

FACULDADE CIDADE PATOS DE MINAS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA
Curso de Bacharelado em Odontologia

ÍTALO RAMOS LUCAS

SÍNDROME DE SJÖGREN E SUA RELAÇÃO COM PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Odontologia, composta em 01 de outubro de 2018.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: Prof.^a. Esp. Lílian de Barros
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof. ^o. MS. Fernando Nascimento
Faculdade Patos de Minas

Examinador: Prof.^o. MS. Roberto Wagner Lopes Góes
Faculdade Patos de Minas

**SÍNDROME DE SJÖGREN E SUA RELAÇÃO COM PROBLEMAS
ODONTOLÓGICOS**

**SJÖGREN'S SYNDROME AND HIS RELANTIONSHIP WITH
ODONTOLOGICAL PROBLEMS**

Ítalo Ramos Lucas¹

Lílian de Barros²

¹Aluno de Graduação, Faculdade de Patos de Minas, Odontologia, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil. italoramoslucas@hotmail.com

²Prof.^a.Esp. Lílian de Barros, Faculdade de Patos de Minas, Odontologia, Patos de Minas, Minas Gerais, Brasil.lilidebarros@hotmail.com

Autor para correspondência:

Lílian de Barros, Avenida Major Gote, 1408, centro – Patos de Minas, MG, CEP: 38700-001, lilidebarros@hotmail.com, tel:+ 55 (34) 99889-5443.

SÍNDROME DE SJÖGREN E SUA RELAÇÃO COM PROBLEMAS ODONTOLÓGICOS

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi realizar uma revisão na literatura a fim de estabelecer uma relação entre Síndrome de Sjögren com problemas odontológicos decorrentes de sua manifestação. Os materiais de embasamento teórico para o estudo foram através da base de dados da SciELO e MEDLINE, adotando como critério a análise literária documentos entre artigos e periódicos no período entre 2010 e 2018, para garantir o uso de informações atualizadas. Os idiomas selecionados foram espanhol, português e inglês e, após a leitura, os fatores de exclusão foram: o texto não estar dentro do período ou do tema abordado. Analisaram-se 14 documento entre artigos e periódicos. Sendo assim, o estudo de revisão de literatura proporcionou manter atualizado os aspectos de diagnóstico clínicos e tratamento da Síndrome para o Cirurgião-Dentista sendo que o profissional pode desempenhar um importante papel nas possíveis alterações compatíveis com essa síndrome e, auxiliar no tratamento de diferentes patologias orais recorrente dessa doença.

Palavras-chaves ou Descritores: Sjögren, Xerostomia e Manifestações bucais.

ABSTRACT

The objective of this work is to revise literatures in order to establish a relation of the Syndrome of Sjögren with decurrent odontologic problems resulting from his demonstration. The materials of theoretical foundation for the study were articles magazines specialized in the area adopting like criterion the literary analysis of archives in the period between 2010 and 2018 to guarantee the use of up-to-date information. The selected languages were a Spaniard, Portuguese

and English and after the reading factors of exclusion as: not to be inside the period or the boarded the were adopted the test. 14 periodic articles had been analyzed being so the study of revision of literature it provided to maintain the clinical up-to-date aspects of diagnosis and treatment of the Syndrome for Surgeon-Dentist being that the professional can fulfill an important paper in the possible compatible alterations with the syndrome and help in the recurrent treatment of different oral pathologies of this disease.

Key Words: Sjögren, Xerostomia and Oral manifestations.

INTRODUÇÃO

Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença crônica e de evolução progressiva, autoimune, que afeta as glândulas lacrimais e salivares, principalmente.⁽¹⁾ Com a infiltração dos linfócitos nessas glândulas, ocorre a diminuição das lágrimas e do fluxo salivar, provocando um ressecamento de boca (xerostomia) e olhos (xeroftalmia).⁽²⁾ Outros sintomas podem ser manifestados em outras regiões do corpo como vasos sanguíneos, cérebro, pulmões, nariz, pele, órgão genital, pâncreas, fígado, rins.⁽³⁾

Existem duas formas de classificação da doença: primária (SSP), quando a síndrome existe no indivíduo sem correlação com outra doença autoimune e, a secundária (SSE), quando está associada a outras doenças autoimunes, como artrite reumatoide, lúpus eritematosos por exemplo.⁽⁴⁾

A causa da doença não é específica, isto é, não existe apenas um agente causador. Ela pode estar relacionada a fatores genéticos, hormonais, viróticos ou a interação entre eles.⁽⁵⁾

A Síndrome de Sjögren afeta de 0,5 a 1% da população mundial, aproximadamente. Este dado não é preciso, por ser uma doença difícil de ser diagnosticada e, por ser associada a outros sinais e sintomas de outras doenças.⁽⁶⁾ A doença se manifesta prevalentemente em mulheres, sendo a proporção entre os gêneros feminino e masculino de 9:1. Constatou-se que a maioria das mulheres acometidas pela síndrome, se encontram na menopausa ou em idade na 4ª e 5ª décadas de vida.⁽⁷⁾

O objetivo deste trabalho foi estabelecer uma relação da Síndrome de Sjögren com problemas odontológicos decorrentes de sua manifestação.

Para isso, foi realizado um estudo sobre as causas, ocorrência, fatores de risco e sintomas, com ênfase nas patologias bucais ocorridas devido a manifestação da doença, como é o caso da xerostomia. Os materiais de embasamento teórico para o estudo foram artigos e periódicos especializados na área, adotando como critério a análise literária apenas de artigos e periódicos mais recentes, no período entre 2010 e 2018, para garantir o uso de informações atualizadas. Os idiomas selecionados foram espanhol, português e inglês.

Após a leitura, os fatores de exclusão foram: o texto não estar dentro do período ou do tema abordado. Foram analisados 14 documentos entre artigos e periódicos.

Obteve-se, após o estudo de revisão de literatura, dados atualizados sobre diagnóstico, aspectos clínicos e o tratamento da Síndrome de Sjögren pelo o Cirurgião-Dentista sendo que, o profissional pode desempenhar um importante papel nas possíveis alterações compatíveis com essa doença e auxiliar no tratamento de diferentes patologias orais decorrente da mesma.

REVISÃO DA LITERATURA

Diagnóstico da Síndrome de Sjögren

Diagnosticar uma pessoa com a Síndrome de Sjögren é, muitas vezes, difícil, uma vez que os sintomas coincidem com o de outras doenças, como artrite reumatoide, lúpus eritematoso, esclerose múltipla e fibromialgia. ⁽⁸⁾

Até mesmo os sintomas de ressecamento podem ocorrer por diversos outros fatores, como efeito colateral de antidepressivos, medicamentos para pressão alta e alergia, entre outros e, por isso, “mascaram” a identificação da doença. ⁽⁹⁾

Uma série de artigos levaram a conclusão de que os principais responsáveis pelo diagnóstico da SS são os reumatologistas, seguido de oftalmologistas e especialistas em odontologia. ⁽¹⁾ Eles podem realizar exames e anamnese sobre os sintomas; se houver suspeita de existência da síndrome em algum paciente. ⁽⁴⁾ Existe uma diversidade de testes a serem realizados para conduzir os médicos ao diagnóstico da síndrome e, não há um teste específico que confirme a existência da doença. ⁽⁸⁾ É importante destacar que os testes não determinam a certeza do diagnóstico da doença. ⁽¹⁰⁾ Um exemplo disso é o teste de positividade para anticorpos anti-SSA, um dos mais claros marcadores de sangue para portadores da Síndrome de Sjögren. ⁽²⁾ Cerca de 30% dos pacientes portadores da SS apresentam resultados negativos para esses anticorpos, mas não significa que eles não possuem a síndrome. Assim, quanto mais testes forem realizados, mais fácil é chegar a um diagnóstico. ⁽²⁾

Um padrão seguido pelos médicos consiste em avaliar, primeiramente, aspectos físicos do paciente e, a partir daí, caso haja necessidade de confirmar um diagnóstico, deve-se encaminhar esse paciente para testes de validação por biomarcadores melhores e mais específicos. ⁽⁶⁾

Os critérios de classificação da Síndrome de Sjögren, atualmente adotados por médicos e estudiosos em todo o mundo, foram definidos em 2016 por um grupo internacional de especialistas e denominando *American-European Consensus Classification Criteria*. ⁽³⁾

Ele representa um consenso sobre um conjunto de diretrizes para indicar a existência da síndrome em pacientes. ⁽³⁾ (tabela 1).

Critérios de Classificação do Consenso Americano-Europeu	
I - Sintomas Oculares (pelo menos um)	Olhos Secos > 3 meses Sensação de corpo estranho nos olhos Uso de lágrimas artificiais > 3x ao dia
II - Sintomas Oraís (pelo menos um)	Boca Seca > 3 meses Glândulas salivares frequentemente inchadas Precisa de Líquidos para engolir alimentos secos
III - Sinais Oculares (pelo menos um)	Teste de Schirmer, (sem anestesia) ≤ 5 mm / 5 minutos Coloração vital positiva (van Bijsterveld ≥ 4)
IV - Histopatologia	Biópsia labial com sialoadenite linfocítica focal (nível de foco ≥ 1 por 4 mm ²)
V - Sinais Oraís (pelo menos um)	Fluxo salivar total não estimulado ($\leq 1,5$ ml em 15 min) Sialografia anormal da parótida Cintilografia salivar anormal
VI - Auto-anticorpos (pelo menos um)	Anti-SSA (Ro) Anti-SSB (La)

Tabela 1 - Critérios de Classificação do Consenso Americano-Europeu de 2016. (based on

ww.sjogren.org)

Conforme adotado pelo Conselho Americano-Europeu. ⁽¹¹⁾

Os testes oftalmológicos (olho) incluem:

- Teste de Schirmer

Mede a produção de lágrimas.

- Coloração Vital Positiva

Colírios contendo corantes que um especialista em cuidados com os olhos usa para examinar a superfície do olho para pontos secos.

Os testes odontológicos incluem:

- Fluxo Salivar

Mede a quantidade de saliva produzida durante um certo período.

- Cintilografia Salivar

Um teste de medicina nuclear que mede a função da glândula salivar.

Com base na Tabela 1, para um diagnóstico de SS Primário é necessário:

- 3 dos 4 critérios objetivos (I, II, III, IV)
- Ser identificado o critério IV ou VI no paciente

Para um diagnóstico de SS Secundário, em pacientes com outra doença do tecido conjuntivo bem definida, é necessário a presença de:

- 1 sintoma de I ou II
- 2 dos três critérios objetivos III, IV e V.

Critérios de exclusão ao Consenso Americano-Europeu são:

- Tratamento de radiação passado de cabeça e do pescoço
- Infecção por hepatite C
- Síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS)
- Linfoma pré-existente
- Sarcoidose
- Doença enxerto contra hospedeiro
- Uso atual de drogas anticolinérgicas

Os critérios de classificação internacional são muito rigorosos, de modo que, após passar por avaliação e testes, não há absolutamente nenhuma dúvida de que um paciente seja portador da síndrome. ⁽¹¹⁾

Uma vez diagnosticada a doença, o médico avalia a melhor opção possível para tratar o paciente. ⁽¹¹⁾

Histopatologia

A patologia da SS tem como característica a presença de infiltrado inflamatório crônico nas glândulas exócrinas, sendo principalmente constituído por Células T e B. Os danos são resposta autoimune que resultam no apoptose ou morte das células epiteliais glandulares. ⁽¹²⁾

As células epiteliais das glândulas salivares de pacientes com SS também apresentam alterações na forma celular e na adesão. ⁽¹²⁾

No período inicial da doença, agregados de linfócitos aparecem no lóbulo glandular. Primeiramente, os linfócitos infiltram nos espaços ao redor de ductos menores e interlobulares-intralobulares e, depois, eles determinam a atrofia da glândula salivar. O infiltrado linfocitário se dispersa para a posição periductal do parênquima, resultando em uma infiltração difusa de linfócitos e perda da arquitetura tecidual. Além disso, os linfócitos iniciam os danos aos ductos com a formação de lesões no tecido epitelial. Como resultado, um material incolor semelhante a uma membrana, fica presente no espaço dos ductos. ⁽¹²⁾

Algumas alterações descritas na morfologia da SS também podem ser encontradas na ausência da manifestação da doença (sem alterações clínicas e características do SS). De acordo com as características histopatológicas, pode ser definida como uma "lesão linfoepitelial benigna". ⁽¹²⁾

De acordo com as diretrizes internacionais, as características histopatológicas para a definição da SS são quantitativas e qualitativas: o mesmo infiltrado inflamatório deve ter no mínimo 50 linfócitos infiltrado a região periductal e o mesmo deve ser visto em uma área de tecido de no mínimo 4 mm. ⁽¹²⁾, (Figura 1)

A neoplasia hematológica é umas das complicações da SS em comparação com pessoas saudáveis. ⁽¹²⁾

Os pacientes com essa doença têm de 10 a 50 vezes mais o risco de desenvolver linfoma na glândula parótida e; quando essa é atingida, o linfoma mais comum é da zona marginal da mucosa. ⁽¹²⁾ (Figura 2)

Esses linfomas podem ser encontrados em outros órgãos (estômago, pulmões e rins).⁽¹²⁾

Apesar do infiltrado inflamatório nas glândulas salivares ser composto principalmente de células T, o aparecimento de linfoma está relacionado com as células B. As células do linfoma na zona marginal tipo NH (Não Hodgkin's) são células de tamanho médio e citoplasma grande, com núcleo clivado e reação CD20 (marcador biológico para linfócito B) positiva. Essas células altamente unidas nas ilhotas do tecido epitelial, podem ser originadas de um conjunto de várias réplicas diferentes de células B, porém, ao longo do tempo, uma única réplica pode se expandir gradualmente e invadir o parênquima glandular, formando um linfoma. Fatores de risco para o desenvolvimento de linfoma têm sido identificados em pacientes com SS e incluem a presença de púrpura trombocitopenia, infiltrado inflamatório monoclonal misto, crioglobulinemia e baixo índice de linfócitos TCD4+. Pacientes que apresentam destes fatores devem ser acompanhados com maior frequência.⁽¹²⁾

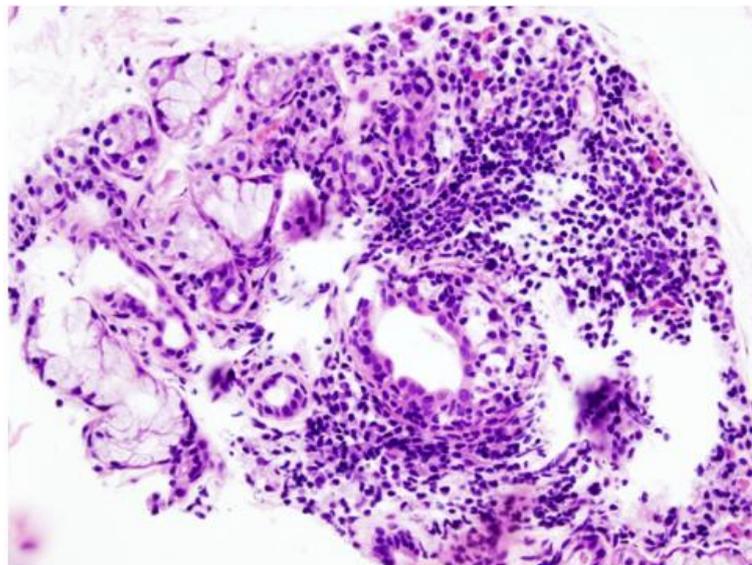


Figura 1 - Imagem histopatológica de uma infiltração linfóide focal em uma glândula salivar menor associada com a síndrome de Sjögren. Biópsia de lábio. Coloração hematoxilina e eosina.

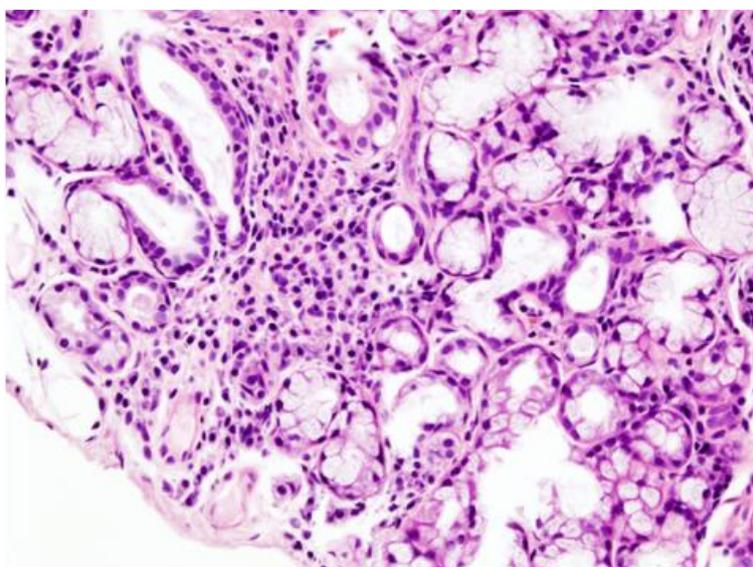


Figura 2 - Síndrome de Sjögren: Lâmina histopatológica.

Fonte: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/33/Sjogren%27s_syndrome_%28%29.jpg.

Xerostomia

A xerostomia é quando o fluxo salivar encontra-se reduzido para menos de 50% da normalidade, acarretando mudanças na composição mineral e química da saliva. Sendo assim, os sinais mais evidentes são: despilação lingual, a sensação da boca estar seca, queilite angular e feridas nos lábios. ⁽¹⁰⁾

São inúmeras as funções da saliva, como: capacidade tampão, que equilibra o PH salivar, auxiliando na remineralização dos dentes; atividade antimicrobiana, pela ação de IgA, lactoferrina, mieloperoxidase e lisozima; formação da película aderida; dar início a digestão de carboidratos, lubrificando e umidificando o bolo alimentar e auxiliando na deglutição. Estas funções protegem amplamente o ambiente oral. ⁽¹³⁾

A imunossupressão, a modificação da quantidade salivar e a redução dos tampões salivares trazem alterações na mucosa oral e na deglutição, dificultando a fala, aumentando a probabilidade de desenvolvimento de periodontite e o número de lesões cariosa, favorecendo o desequilíbrio microbiota oral. ⁽¹³⁾

Problemas Bucais Provenientes da Xerostomia

A xerostomia provoca alterações importantes no fluxo salivar. Com isso, alterações podem ocorrer no pH salivar, tanto na espessura quanto na quantidade de saliva do indivíduo e isso, além de desconforto, pode causar proliferação de bactérias e inflamações. Alguns sinais e sintomas de pessoas com xerostomia é a sensação da boca estar seca, candidíase oral, perda

gustativa, halitose, problema na adaptação de próteses, sensibilidade dentária e dificuldade na deglutição, na fala e na respiração oral. Nessas condições, o meio torna-se propício ao desenvolvimento de problemas bucais, podendo evoluir para quadros mais graves de periodontite e ocasionar até mesmo perda dos dentes. ⁽¹⁴⁾

O tratamento para alguns desses problemas decorrentes da xerostomia está na estimulação do fluxo salivar, para combater à placa bacteriana, associado ao uso do flúor e de agentes químicos para auxiliar na remineralização do esmalte dentário. A higiene oral é importante e deve ser realizada com cautela, após 30 minutos da última alimentação, esperar para dar tempo de ser reparado o biofilme dentário. O uso de antifúngicos sistêmicos é indicado para tratar a candidíase. ⁽¹⁴⁾

Tratamento da Síndrome de Sjögren

A Síndrome de Sjögren é uma doença crônica e, por isso, ainda não existe cura mesmo após o tratamento das patologias associadas a essa síndrome. Assim como o diagnóstico, também o tratamento da síndrome deve ser iniciado o quanto antes para melhor controle da gravidade dos sintomas. ⁽¹⁰⁾

O tratamento é feito com o uso de lágrimas e fluidos salivares artificiais, além de corticosteroides. A ciclosporina (Restasis) é um colírio que auxilia no tratamento dos olhos ressecados. Sua fórmula promove a diminuição da inflamação que perturba a secreção lacrimal. Medicamentos estão disponíveis também para estimular o fluxo salivar, como o cevimelina (Evovac) e

pilocarpina. Uma forma natural desenvolvida à base do Jaborandi pode ser utilizada para auxiliar na produção de lágrimas e saliva. ⁽¹⁰⁾

Para indivíduos com complicações graves, o uso de corticosteróides ou drogas imunossupressoras é indicado. Às vezes, a prescrição de imunoglobulina intravenosa também se faz necessário. ⁽¹⁾

Para pacientes com casos de artrite reumatoide, drogas antirreumáticas (DMARDs) como o metotrexato, podem ser úteis. Outra opção é o Hidroxicloroquina (Plaquenil), geralmente considerada mais segura. Em ambos os casos, essas drogas provocam efeitos colaterais como náuseas, perda de apetite, tontura, queda de cabelo, cólicas, dor de cabeça, dor no estômago, infecções e alterações das funções hepáticas. ⁽³⁾

Não existem mecanismos de prevenção para a síndrome de Sjögren, no entanto, mudanças no estilo de vida provocam redução dos fatores de risco de se desenvolver a doença ou reduzir a gravidade das manifestações de sintomas em pacientes já diagnosticados. A dieta, por exemplo, está fortemente associada à inflamação observadas em doenças autoimunes, inclusive na Síndrome de Sjögren. No caso da síndrome, os pacientes apresentam alta sensibilidade ao glúten. ⁽³⁾

De maneira geral, apesar de não haver maneiras de combater a doença de forma definitiva, é importante tomar sempre os cuidados necessários para promover a diminuição de quaisquer sintomas que possam trazer maior desconforto e evoluir o quadro clínico para outros mais graves. ⁽¹⁰⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho teve como finalidade manter a base de dados de artigos e periódicos atualizados sobre a SS, que é uma doença multifatorial que atinge diversos órgãos e pode ser de grau primário e secundário. A ênfase deste trabalho foi relatar alterações odontológicas com as quais a doença se relaciona. Espera-se, assim, contribuir com o cirurgião dentista na conduta odontológica frente à pacientes com esse tipo de síndrome, além de ajudar até mesmo a identificar a doença através dos sinais e sintomas aqui relatados.

AGRADECIMENTOS

Neste momento tão especial saber reconhecer as pessoas que estiveram ao nosso lado para apoiar e dar suporte é importante. Então, agradeço imensamente a Deus, que me deu muita paciência para continuar, mesmo quando achei que não havia mais esperança e força, à minha querida amiga e professora Lilian de Barros, por me orientar neste trabalho de conclusão de curso, que por fim se tornou um grande desafio. Aos meus pais por estarem ao meu lado me apoiando e em especial ao meu companheiro Vinicius Peixoto, por horas acordado na tentativa de superar comigo os obstáculos e poder me ver concluir esta etapa em minha vida, que é de grande importância. A todos vocês o meu muito obrigado!

REFERÊNCIAS

1. Santos LAMS, Barbalho JCM, Bortoli MM, Amaral MX, Vasconcelos BCE. Primary Sjögren's Syndrome - a reported case. Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, 2013; 13 (2): 63-68.
2. Torres SLC. Síndrome de Sjögren. Porto. Dissertação [Mestrado Integrado em Medicina] - Universidade do Porto; 2013.
3. Valim V, Zandonade E, Pereira AM, Filho OHB, Serrano EV, Musso C, Giovelli RA, Ciconelli RM. Prevalência da síndrome de Sjögren primária em importante área metropolitana no Brasil. Revista Brasileira de Reumatologia, 2013; 53(1): 24-34.
4. Cevallos JGD, Martinez VM, Burgos RS, García JLCPVMB. Síndrome de Sjögren: critérios diagnósticos mediante ressonância magnética. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, 2012; 34 (4): 188-191.
5. Bezerra TP, Neto ICP, Dias EOS, Gomes CAG. Síndrome de Sjögren Secundária: revista de literatura e relato de caso clínico. Arquivos em Odontologia, 2010; 46 (4): 240-246.
6. Ambrósio LMB, Rovai ES, Fukushima H, Silva HAB, Abreu IS, Vivas P, Lourenço SV, Holzhausen M. Aspectos relevantes da síndrome de Sjögren para o Cirurgião-Dentista. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, 2016; 70(3): 285-9.
7. Pinheiro JB, Tirapelli C, Silva CHL, Komesu MC, Petean FC, Junior PL, León JE, Motta ACF. Oral Nodular Lesions in Patients with Sjögren's Syndrome: Unusual Oral Implications of a Systemic Disorder. Brazilian Dental Journal, 2017. 28 (3): 405-412.
8. Valim V, Trevisani VFM, Pasoto SG, Serrano EV, Ribeiro SLE, Fidelix TSA. Recomendações para o tratamento da síndrome de Sjögren. Revista Brasileira de Reumatologia, 2015; 55(50): 446 - 457.
9. Corvo MAA, Eckley CA, Liquidato BM, Castilho GL, Arruda CN. pH salivary analysis of subjects suffering from Sjögren's Syndrome and

laryngopharyngeal reflux. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 2012; 78(1): 81-86.

10. Karthikeyan M, Jyothi S. Sjogren's Syndrome - A Review. *International Journal of Pharmaceutical Science and Health Care*, 2014; 4(3): 124 -133.

11. Cornec D, Saraux A, Cochener B, Pers JO, Joulin SJ, Renaudineau Y, Marchadour T, Pensec DP. Level of agreement between 2002 American-European Consensus Group and 2012 American College of Rheumatology classification criteria for Sjögren's syndrome and reasons for discrepancies. *Arthritis Research & Therapy* 2014, 16:R74.

12. Tincani A, Andreoli L, Cavazzana I, Doria A, Favero M, Fenini MG, Franceschini F, Lojacono A, Nascimbeni G, Santoro A, Semeraro F, Toniati P, Shoenfeld Y. Novel aspects of Sjögren's syndrome in 2012, 2013. *BMC medicine*. 11. 93. 10.1186/1741-7015-11-93.

13. Saavedra JPA, Escobar A, Parry Y, Silva KD, Bozo IM. Salivary characteristics and systemic status of subjects with xerostomia. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral*, 2017; 10(2): 118-120.

14. Barros GCM. Síndrome de Sjögren - Impacto da Cavidade Oral dos Paciente. Porto. Monografia [Graduação em Medicina]. - Universidade Fernando Pessoa, 2013.

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Faculdade Patos de Minas – Patos de Minas, 01 de outubro de 2018.

Ítalo Ramos Lucas

Lílian de Barros

**DECLARAÇÃO DAS DEVIDAS MODIFICAÇÕES EXPOSTAS EM DEFESA
PÚBLICA**

Eu Ítalo Ramos Lucas, matriculado sob o número 4046 da FPM, DECLARO que efetuei as correções propostas pelos membros da Banca Examinadora de Defesa Pública do meu TCC intitulado:

E ainda, declaro que o TCC contém os elementos obrigatórios exigidos nas Normas de Elaboração de TCC e também que foi realizada a revisão gramatical exigida no Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Patos de Minas.

Assinatura do Aluno Orientando

Graduando Concluinte do Curso

DECLARO, na qualidade de Orientador(a) que o presente trabalho está

AUTORIZADO a ser entregue na Biblioteca, como versão final.

Professor(a) Orientador(a)

ANEXO:

Critérios de Classificação do Consenso Americano-Europeu	
I - Sintomas Oculares (pelo menos um)	Olhos Secos > 3 meses Sensação de corpo estranho nos olhos Uso de lágrimas artificiais > 3x ao dia
II - Sintomas Oraís (pelo menos um)	Boca Seca > 3 meses Glândulas salivares frequentemente inchadas Precisa de Líquidos para engolir alimentos secos
III - Sinais Oculares (pelo menos um)	Teste de Schirmer, (sem anestesia) ≤ 5 mm / 5 minutos Coloração vital positiva (van Bijsterveld ≥ 4)
IV - Histopatologia	Biópsia labial com sialoadenite linfocítica focal (nível de foco ≥ 1 por 4 mm^2) ²
V - Sinais Oraís (pelo menos um)	Fluxo salivar total não estimulado ($\leq 1,5$ ml em 15 min) Sialografia anormal da parótida Cintilografia salivar anormal
VI - Auto-anticorpos (pelo menos um)	Anti-SSA (Ro) Anti-SSB (La)

Tabela 2 - Critérios de Classificação do Consenso Americano-Europeu de 2016. (based on

ww.sjogren.org)

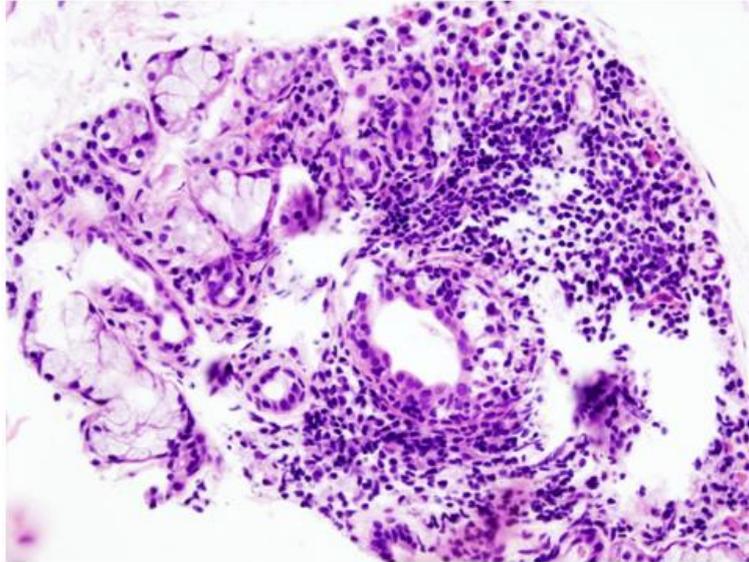
ANEXOS:

Figura 3 - Imagem histopatológica de uma infiltração linfóide focal em uma glândula salivar menor associada com a síndrome de Sjögren. Biópsia de lábio. Coloração hematoxilina e eosina.

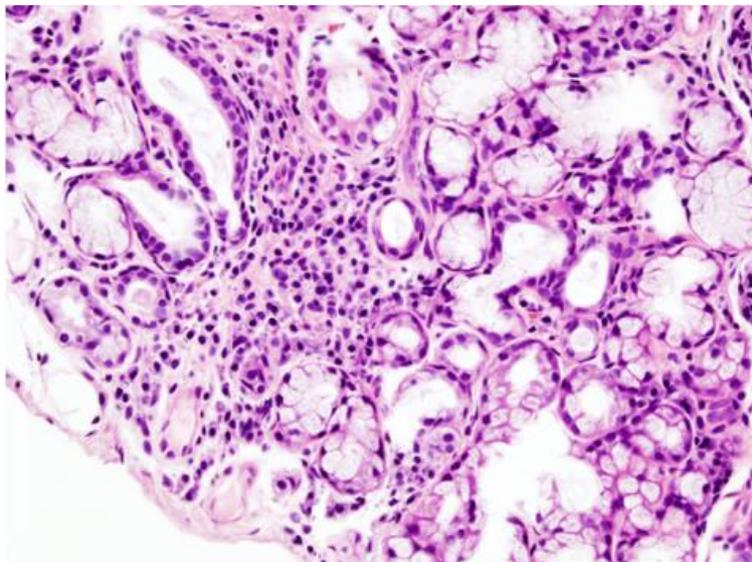


Figura 4 - Síndrome de Sjögren: Lâmina histopatológica.

Fonte: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/33/Sjogren%27s_syndrome_%282%29.jpg