

Você sabia? O que é síndrome de Sjögren?

A síndrome de Sjögren é uma doença autoimune em que ocorre inflamação e destruição de glândulas exócrinas, principalmente as salivares e lacrimais.

Caso clínico:

S., 29 anos, mulher
Queixa: boca seca e olho seco há 1 ano

- Falta de saliva
- Falta de lágrimas (não chora) com sensação de areia nos olhos
- Aumento de volume nas laterais da face, recorrente. Pior à esquerda (fotografia).
- Há 6 meses, artralgia em mãos, sem inflamação



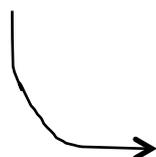
Aumento bilateral de glândulas parótidas, mais evidente à esquerda.

Quadro clínico:

- **Xerofthalmia e xerostomia** (muito frequente)
- Outras glândulas exócrinas podem ser envolvidas menos frequentemente: sudoríparas (pele seca), uro-ginecológicas (dispareunia), mucosa respiratória (tosse seca, infecções recorrentes), pâncreas exócrino (pancreatite crônica, falência pancreática).
- Pode haver acometimento extraglandular, como artralgia/artrite, envolvimento pulmonar intersticial, envolvimento do sistema nervoso central ou periférico.

Diagnósticos diferenciais:

- Outras collagenoses, especialmente LES (artrite, anti-Ro +, FAN +)
- Doenças neurológicas (quando há envolvimento do sistema nervoso)
- **Outras causas** de síndrome *sicca*:



Condições que **excluem** Sjögren:

- Irradiação prévia de cabeça e pescoço
- Hepatite C ativa
- HIV +
- Sarcoidose
- Amiloidose
- Doença relacionada a IgG4
- Doença do enxerto *versus* hospedeiro



Sjögren primário e secundário:

A síndrome de Sjögren pode ser primária, quando é a doença principal, ou pode ser secundária a outra collagenose. O Sjögren pode ser associado a LES, esclerose sistêmica, artrite reumatoide, etc. Em geral, os quadros secundários de Sjögren são menos graves.

Diagnóstico:

O diagnóstico de Síndrome de Sjögren se baseia em:

- Queixas clínicas de síndrome sicca (xerostomia e xeroftalmia)
- Provas funcionais comprovando falta de produção de lágrimas e saliva
- Evidência de autoimunidade (anticorpo anti-Ro (ou anti-SSA))
- Evidência histopatológica de infiltrado inflamatório/agressão a glândula exócrina

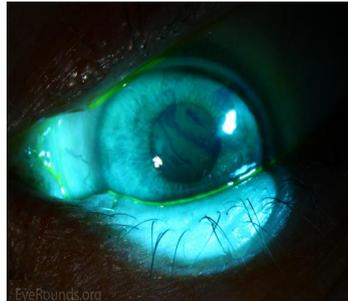
Provas funcionais:



Teste de Schirmer: coloca-se uma fita de papel de filtro na pálpebra inferior e mede-se quantos milímetros do papel ficam molhados em 5 minutos.



Avaliação da integridade da córnea com **corante**. As áreas desepitelizadas, com escoriações ou fissuras, são evidenciadas pelo corante.

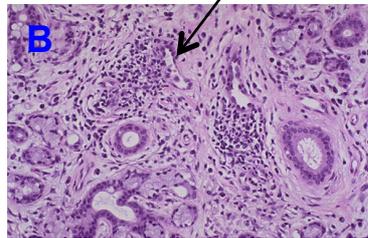
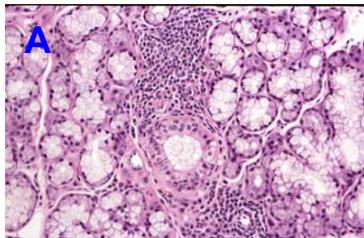


T-BUT: tear breakup time. O corante fluorescente avalia o tempo em que o filme lacrimal permanece íntegro. Lágrimas de má qualidade rompem-se antes de 10 segundos.



Fluxo salivar: mede-se a quantidade de saliva produzida em 5 minutos.

Avaliação histopatológica:



Biópsia de glândula: pode-se avaliar qualquer glândula salivar ou lacrimal, mas em geral as glândulas salivares menores são usadas pelo acesso cirúrgico mais fácil. Nas imagens: (A) Infiltrado inflamatório, com ácinos glandulares ainda preservados e (B) infiltrado inflamatório com destruição glandular (seta). Ambas imagens de pacientes com síndrome de Sjögren, mas com gravidade diferente.

Manejo terapêutico:

Não-medicamentoso

- Colírios lubrificantes
- Usar óculos escuros (para reter umidade)
- Ingerir muita água
- Saliva artificial
- Balas e gomas sem açúcar
- Evitar produtos com açúcar e cafeína
- Escovar os dentes mais frequentemente
- Usar enxaguante bucal sem álcool
- Ir ao dentista 6/6 meses (a falta de saliva prejudica os dentes)



Medicamentoso

- Pilocarpina (estimulante de salivação)
- Colírio com imunossupressor (se quadro oftalmológico grave)
- Imunossupressão sistêmica (para síndrome sicca muito grave/ intolerável ou acometimento extra-glandular). Exemplo: hidroxiquina para artralgia/ artrite, metotrexato para artrite mais grave, azatioprina ou ciclofosfamida para neuropatia ou envolvimento pulmonar (acometimentos mais graves).