

## Síndrome de Sjögren Secundária diagnosticada por cirurgião-dentista: relato de caso

Secondary Sjögren's syndrome diagnosed by a dentist: case report

Síndrome de Sjögren Secundaria diagnosticada por cirujano dentista: relato de caso

Arthur Eric Costa Wanderley<sup>1\*</sup>, Yuri Jivago Tenório Costa Lôbo Peixoto<sup>1</sup>, Rúbia Reis Fonseca Amaral Souto<sup>1</sup>, Samuel Barbosa da Silva Filho<sup>1</sup>, Áurea Valéria de Melo Franco<sup>2</sup>, Sonia Maria Soares Ferreira<sup>2</sup>, Olivia Maria Guimarães Marroquim<sup>2</sup>, Fernanda Braga Peixoto<sup>2</sup>.

---

### RESUMO

**Objetivo:** Enfatizar a relevância diagnóstica na prática odontológica clínica visando a correta conduta terapêutica no alívio da sintomatologia e eventual prevenção de complicações. **Estudo de caso:** Paciente gênero feminino, 41 anos, apresentava ressecamento de mucosa, áreas eritematosas sugestivas de candidíase eritematosa, além de restos radiculares a serem encaminhados a exodontia. A hipótese diagnóstica clínica para justificar o ressecamento da mucosa foi de Síndrome de Sjögren. Para confirmação diagnóstica foi realizada biópsia de glândula salivar menor labial. Foi prescrito à paciente o uso de saliva artificial para reduzir e aliviar os sintomas provenientes da xerostomia, e após a realização das exodontias houve o encaminhamento à um Oftalmologista e à um Ginecologista. **Considerações finais:** Diagnóstico precoce realizado pelo cirurgião-dentista capacitado demonstra a importância desse profissional em realizar previamente o tratamento e minimizar o progresso e sintomas de determinadas doenças através de intervenção medicamentosa e assim, evitar a evolução de patologias oportunistas como no caso da síndrome de Sjögren.

**Palavras-chave:** Síndrome de Sjögren, Doenças Autoimunes, Reumatologia.

---

### ABSTRACT

**Objective:** To emphasize the diagnostic relevance in odontologic clinical practice aiming the correct therapeutic in the relief of symptomatology and eventual prevention of complications. **Case study:** Female patient, 41 years old, revealed oral dried mucosa, erythematous areas suggesting erythematous candidosis, besides tooth root remains to extract. To the clinical diagnostic hypotheses to explain the dried mucosa was Sjögren syndrome. A biopsy of labial minor salivary gland was made to explain the diagnosis. It was prescribed to the patient the use of artificial saliva to reduce and relieve xerostomia symptoms and after the dental extractions, the patient was referral to ophthalmologist and to a gynecologist. **Final considerations:** Early diagnosis made by a trained dentist reveals the importance to this professional to make an early treatment and minimize the progress and symptoms of some diseases through remedy intervention and then prevent some opportunistic diseases as the Sjögren syndrome case report.

**Keywords:** Sjogren's Syndrome, Autoimmune Diseases, Rheumatology.

---

<sup>1</sup> Graduando em Odontologia – Centro Universitário Cesmac/AL.

<sup>2</sup> Docente pelo Centro Universitário Cesmac/AL \*E-mail: [arthur.ecw@gmail.com](mailto:arthur.ecw@gmail.com)

## RESUMEN

**Objetivo:** Enfatizar la relevancia diagnóstica en la práctica odontológica clínica mirando la correcta conducta terapéutica en el alivio de la sintomatología y eventual prevención de complicaciones. **Caso Clínico:** paciente de 41 años, de sexo femenino, presentaba mucosa oral seca, áreas eritematosas sugestivas de candidiasis eritematosa, además de restos radiculares a ser encaminados a la exodoncia. La hipótesis diagnóstica clínica para justificar la mucosa oral seca fue el síndrome de Sjögren. Para la confirmación diagnóstica se realizó una biopsia de glándula salivar menor labial. Se ha prescrito para la paciente el uso de saliva artificial para reducir y aliviar los síntomas de la xerostomía y después de la realización de las extracciones, hubo el encaminamiento a un oftalmólogo y un ginecólogo. **Consideraciones finales:** Diagnóstico precoz efectuado por un dentista capacitado demuestra la importancia de este profesional en realizar previamente un tratamiento y minimizar el progreso y síntomas de determinadas enfermedades por la intervención medicamentosa y así evitar la evolución de patologías oportunistas como en el caso del síndrome de Sjögren.

**Palabras-clave:** Síndrome de Sjögren, Enfermedades Autoinmunes, Rematología.

---

## INTRODUÇÃO

Doenças ou desordens auto-imunes são distúrbios do sistema imunológico, responsável pela defesa do organismo contra agentes patológicos externos, onde os anticorpos e demais células de defesa produzidas por este sistema passam a não reconhecer as células do próprio corpo e age sobre as mesmas como se fossem corpos estranhos ao organismo, muitas vezes destruindo células e glândulas importantes ao correto processo fisiológico do corpo humano. (GUIMARÃES FAB, et al., 2008)

A Síndrome de Sjögren (SS) é uma desordem auto-imune, multi-sistêmica e inflamatória crônica, envolvendo glândulas exócrinas podendo acarretar prejuízo funcional das estruturas envolvidas. Não existe uma etiologia conhecida da doença, porém acredita-se que fatores genéticos, hereditários, hormonais, imunológicos, neurológicos, virais e nutricionais possam combinar-se para que a SS se desenvolva (KULKARNI MD, 2005). Trata-se de uma doença relativamente comum, mais frequente em mulheres na quarta e na quinta década de vida numa proporção de 9:1 com prevalência para o tipo I de 0,17% (VALIM V, 2015; FELBERG S e DANTAS PEC, 2006). Um estudo epidemiológico americano apresentou também uma prevalência de 17% da população estudada (AL-HASHIMI I, 2001).

Existem duas formas de apresentação da SS: a primária e a secundária. Na Síndrome primária (quando não está associada a outra doença autoimune) há o acometimento das glândulas exócrinas do corpo, principalmente as salivares e lacrimais, podendo também afetar as humidificadoras vaginais, respiratórias, cutâneas e gastro-intestinais. A forma secundária da Síndrome consiste em associação da SS primária com outra desordem auto-imune inflamatória, tal como lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide ou esclerodermia (NEVILLE BW, et al., 2016; KULKARNI MD, 2005; BEZERRA TP, et al., 2010; TORRES SLC, 2013).

Uma grande dificuldade do diagnóstico é a apresentação de uma grande variedade de sintomas clínicos, principalmente xerostomia, queratoconjuntivite seca e inchaço e dor das glândulas salivares e/ou parótidas, sendo a xerostomia o principal sintoma bucal, onde a saliva se apresenta de forma mais espessa e esbranquiçada. Geralmente os pacientes queixam-se de alteração de paladar, dificuldade de deglutição e sensação de secura, queimação bucal, dificuldade em usar próteses dentárias, dificuldade em falar, mastigar, engolir e dores na boca. Pode ainda haver o aparecimento de infecções oportunistas como a candidíase e cárie dentária. A língua costuma apresentar atrofia das papilas e tornar-se fissurada, a mucosa oral pode apresentar-se eritematosa, enrugada, sensível e, em alguns casos, ulcerada (FREITAS TMC, et al., 2004; BEZERRA TP, et al., 2010; CARVALHO C, 2013).

Como os sintomas clínicos podem não diferenciar a SS de alguma outra doença, o exame histopatológico se faz necessário. Para a realização deste exame é necessária uma biópsia de glândula salivar menor, onde se observa nos achados microscópicos uma infiltração linfocítica com destruição das unidades acinares das glândulas e sua substituição por fibrose, edema, proliferação vascular e progressiva substituição do parênquima por tecido adiposo (BEZERRA TP, et al., 2010; BARCELLOS KSA e ANDRADE LEC, 2005).

Ao se relacionar os sintomas clínicos, histopatológicos e resultados de exames laboratoriais para checagem do fator reumático, o diagnóstico pode ser de Síndrome de Sjögren Primária ou Secundária a depender da associação ou não de outra doença auto-imune (GUIMARÃES FAB, et al., 2008).

Após o diagnóstico da SS, existe uma conduta terapêutica de apoio, visto que se trata de uma desordem auto-imune, para tentar prevenir e restaurar funções perdidas de forma paliativa e preventiva, baseia-se no uso de medicamento para hipossalivação (cevimelina ou pilocarpina), aumento do consumo de líquidos, terapias fisiológicas de estímulo a reposição salivar através de massagem manual das glândulas, uso de formulações artificiais salivares tais como géis, bochechos e sprays e gomas de mascar que promovem aumento do fluxo salivar imediato e duradouro. O paciente deve também evitar o uso de cafeína, álcool, comer alimentos que machuquem a boca e, sempre que necessário, acompanhar os alimentos mais sólidos com a ingestão de líquidos. Porém é necessário um criterioso acompanhamento multi-disciplinar do paciente, pois existe uma predisposição ao desenvolvimento de linfomas e agravamento de sintomas já existentes (KULKARNI MD, 2005; BEZERRA TP, et al., 2010; LAWAL MA, et al., 2006; SILVA IJO, et al., 2016; CARVALHO C, 2013).

O Cirurgião-Dentista deve aliviar os sinais e sintomas da xerostomia e diminuir as possíveis complicações associadas, já que na maioria dos doentes, a doença mantém-se estável ou evolui lentamente e de forma benigna, não sendo fatal se diagnosticado precocemente. O acompanhamento por este profissional, além do reumatologista (dois profissionais geralmente mais visitados após a confirmação diagnóstica) visa evitar que haja um agravamento dos sintomas e a qualidade de vida venha a sofrer algum déficit, além de controlar o surgimento de outras infecções oportunistas. O correto e precoce diagnóstico permite que o paciente não tenha danos sociais e psicológicos, evitando interferência no bem estar e interação social, e impedir a evolução dos sintomas da Síndrome de Sjögren, o que particularmente se torna um desafio para a saúde pública, principalmente nos estágios iniciais da doença. (BEZERRA TP, et al., 2010; CARVALHO C, 2013; ALENCAR C, et al., 2007).

Este trabalho tem como objetivo descrever as características clínicas de um paciente com síndrome de Sjögren e a importância da atuação multiprofissional no tratamento da síndrome. Bem como a relevância do diagnóstico pelo cirurgião-dentista e sua atuação na reabilitação oral.

## ESTUDO DE CASO

Paciente do gênero feminino, feoderma, quarenta e um anos de idade, compareceu à Clínica Odontológica da Universidade, queixando-se de “dor na gengiva, boca seca e inchaço no pescoço”. Durante a anamnese a paciente relata ter começado a sentir ardência intrabucal após ter começado a utilizar medicamentos para tratamento de reumatismo há aproximadamente dois anos. Foi relatado também que após o diagnóstico da doença e início do tratamento houve o surgimento de dificuldade de interação social e familiar devido as dores articulares e fadiga, além da condição oral prejudicando a estética e gerando um constrangimento ao falar e interagir-se socialmente devido principalmente aos elementos dentários cariados.

Quando questionada sobre a história médica, a paciente relatou ter sido diagnosticada com reumatismo degenerativo e estar sob os cuidados de um reumatologista há 14 anos. Durante o exame físico extrabucal, a paciente não apresentava nenhuma alteração. Já no exame clínico observou-se região eritematosa extensa em dorso de língua (**Figura 1**) e lesões cáries ativas em remanescentes dentários (**Figura 2**) e chamou-se

atenção para a ausência de saliva durante o período que a paciente foi atendida, levantando a suspeita de xerostomia provocada por medicamentos.

**FIGURA 1** - Lesão eritematosa extensa em dorso de língua.



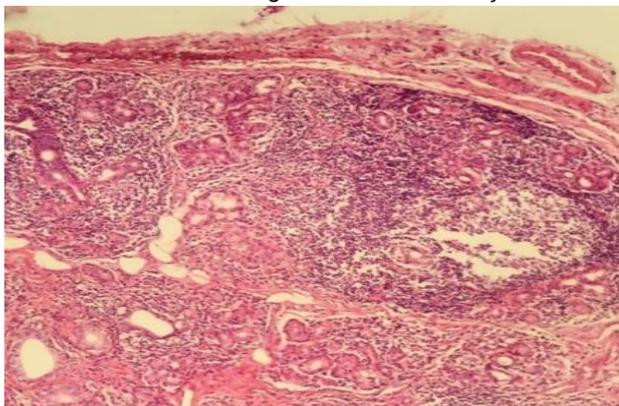
Fonte: Fotos da pesquisa, 2018.

**FIGURA 2** - Extensas lesões cariosas nos elementos remanescentes.



Fonte: Fotos da pesquisa, 2018.

**FIGURA 3** - Corte histológico exibindo destruição de ácinos.



Fonte: Fotos da pesquisa, 2018.

Após a consulta inicial foi realizado o questionamento sobre as possíveis causas da xerostomia e a hipótese diagnóstica de Síndrome de Sjögren (SS) foi levantada, visto que, a paciente é portadora de reumatismo e os sinais e sintomas presentes se correlacionam a SS. Como forma de confirmar a hipótese levantada, após a primeira consulta, a paciente foi encaminhada para realização de sialometria afim de mensurar a quantidade de saliva produzida seguindo para a biópsia incisional em glândula salivar menor da região de mucosa labial e a peça cirúrgica seguiu para o laboratório de patologia bucal da própria instituição para análise histopatológica. O material recebido para exame histopatológico constava de 05 (cinco) fragmentos de tecido mole, medindo em conjunto 10x10x06mm. Os fragmentos apresentavam formato e superfície irregular, coloração pardacenta e consistência fibrosa.

Os cortes histológicos revelaram fragmentos de glândulas salivares menores exibindo focos periductais linfocitários que destroem ácinos e substitui parte do parênquima glandular, entretanto observa-se a manutenção da estrutura lobular das glândulas (**Figura 3**). O diagnóstico histopatológico final foi de Sialoadenite, distúrbio característico de pacientes portadores da síndrome de Sjögren. Esses achados são sugestivos de Síndrome de Sjögren, sendo necessário correlacionar com características clínicas e achados laboratoriais.

**FIGURA 4** - Próteses em confecção montadas em Articulador Semi-ajustável.



Fonte: Fotos da pesquisa, 2018.

**FIGURA 5** - Próteses instaladas e paciente reabilitada.



Fonte: Fotos da pesquisa, 2018.

Após a confirmação diagnóstica, a paciente foi orientada a retornar ao seu reumatologista que até então só estava em acompanhamento devido a artrite reumatoide e ao oftalmologista devido a queixa de secura ocular. Decorrente da intensa hipossalivação encontrada durante a sialometria e objetivando promover uma melhora na qualidade de vida da paciente, foi solicitado fazer uso de saliva artificial.

Após a realização do tratamento odontológico onde foram realizadas múltiplas exodontias dos elementos dentários remanescentes 33, 32, 31, 41, 42 e 43, aguardado o tempo de cicatrização e a paciente foi encaminhada para a confecção das próteses totais superior e inferior nas clínicas da instituição (**Figura 4**). Após a etapa de confecção e instalação das próteses, recuperou-se a função estomatognática, melhorando a sua auto-estima e restabelecendo o convívio social que havia sido perdido há algum tempo (**Figura 5**).

Após a confirmação diagnóstica, a paciente foi orientada a retornar ao seu reumatologista que até então só estava em acompanhamento devido a artrite reumatoide e ao oftalmologista devido a queixa de secura ocular. Decorrente da intensa hipossalivação encontrada durante a sialometria e objetivando promover uma melhora na qualidade de vida da paciente, foi solicitado fazer uso de saliva artificial.

Após a realização do tratamento odontológico onde foram realizadas múltiplas exodontias dos elementos dentários remanescentes 33, 32, 31, 41, 42 e 43, aguardado o tempo de cicatrização e a paciente foi encaminhada para a confecção das próteses totais superior e inferior nas clínicas da instituição (**Figura 4**). Após a etapa de confecção e instalação das próteses, recuperou-se a função estomatognática, melhorando a sua auto-estima e restabelecendo o convívio social que havia sido perdido há algum tempo (**Figura 5**).

## DISCUSSÃO

A SS pode ocorrer clinicamente como primária ou secundária. A primária caracteriza-se aquela quando as manifestações clínicas são limitadas às glândulas salivares e lacrimais também conhecida como Síndrome Seca. A forma secundária da Síndrome de Sjögren e o paciente, além da síndrome seca passa a apresentar outras doenças, como artrite reumatoide e lúpus. (ALENCAR C, et al., 2007). O caso relatado corresponde a uma paciente diagnosticada com a síndrome secundária, exibindo os mesmos sinais e sintomas da síndrome seca associados à artrite reumatoide, considerando o relatado por autores que abordam como a manifestação da doença auto-imune mais comum associada à síndrome de Sjögren (MANDEL L, SURATTANONT F, 2002 e NEVILLE BW, et al., 2016).

O diagnóstico da síndrome é obtido pelo sinergismo de achados clínicos e laboratoriais. Fundamentado na sintomatologia referida e na associação a outras doenças (BEZERRA TP, et al., 2010).

Nos casos apresentados, embora não exista faixa etária específica para acometimento da síndrome, a doença tem maior incidência entre a quarta e quintas décadas de vida, sendo o gênero feminino sendo acometido mais do que o masculino (FELBERG S e DANTAS PEC, 2006). O caso em questão se refere a um paciente do gênero feminino na quarta década de vida, essas características vão de encontro a literatura pesquisada.

A síndrome pode apresentar-se como diversas manifestações sistêmicas, com envolvimento na cavidade oral, ocular, respiratório, musculoesquelético, renal e hematológico e manifestações orais tais como hipossalivação, xerostomia, disfunções temporomandibulares, lesões na mucosa bucal, doença periodontal, disfagia e disfonia (KULKARNI MD, 2005 e ABRÃO ALP, et al., 2015). A referida paciente, apresenta grande parte dos sinais e sintomas característicos da síndrome, principalmente a intensa xerostomia observada durante o exame clínico e a informação colhida durante a anamnese de que era portadora de artrite reumatoide.

A conclusão diagnóstica permeia por diversos critérios, levando em consideração que nenhum achado clínico ou imuno-marcador descrito até o momento é único e conclusivo para fechamento do diagnóstico (FELBERG S e DANTAS PEC, 2006). De acordo com os critérios de *San Francisco*, o diagnóstico do tipo I (primária) da síndrome pode ser feita de duas formas: A primeira se dá pelo fato da sialodinite focal com infiltração linfocitária com mais de 1 *focus/4mm<sup>2</sup>* ser evidenciada através de biópsia da glândula salivar menor ou localizar em glândula salivar maior (submandibular, sublingual, parótida) uma lesão benigna linfo-epitelial e a segunda é a conclusão do diagnóstico de cerato-conjuntivite seca. O diagnóstico do tipo II (secundária) da síndrome também pode ser feita de duas maneiras, sendo a primeira através de prévio diagnóstico de artrite reumatoide ou outra patologia do tecido conectivo e a segunda por um dos diagnósticos descritos do tipo I ou primária (DANIELS TE e WHITCHER JP, 1994).

Para fechamento do diagnóstico, observa-se a necessidade de pelo menos um dos itens descritos como fundamentais para o diagnóstico da SS do tipo uma primária e preexistência de doenças como: nefrite intersticial, púrpura, hepatite crônica, neuropatia periférica e hiper-gamaglobulinemia (FELBERG S e DANTAS PEC, 2006).

O diagnóstico da referida paciente se deu pela realização de uma detalhada anamnese realizada pelo Cirurgião-dentista onde foi possível constatar o diagnóstico de artrite reumatóide, proporcionando ao cirurgião-dentista uma linha de diagnóstico. Unindo as informações colhidas durante a anamnese e as avaliações extra e intrabucais notou-se a necessidade da realização do exame de biópsia, este que é classificado como o método mais específico para confirmação do diagnóstico (TORRES SLC, 2013).

Realizado em região de mucosa do lábio inferior e medindo 10x10x6mm (100 mm<sup>2</sup>) os cortes histológicos revelaram fragmentos de glândulas salivares menores exibindo focos periductais linfocitários com destruição dos ácinos, entretanto com manutenção da estrutura lobular das glândulas, ratificando Barcellos KSA (2005) e Neville BW, et. al (2016) que afirmam sobre a destruição e comprometimento dos ácinos e das células epiteliais pelo infiltrado linfocitário.

Durante o exame clínico da paciente, observou-se componentes orais da síndrome de Sjögren, além candidíase atrófica em região da comissura labial e dorso de língua. Abraham CM, et al. (1998) afirmam que o aumento e a proliferação da *Candida Albicans* na microbiota do paciente se dá principalmente pela redução do fluxo salivar desencadeado pelo acometimento das funções das glândulas salivares. A saliva contém importante ação antimicrobiana, incluindo a imunoglobulina A lactoferrina, lisozima e lactoperoxidasas, estes que exercem importante papel na defesa do hospedeiro e proteção contra as diversas espécies de *Candida* (FREITAS TMC, 2004). A saliva tornou-se o objeto de estudo mais completo para o auxílio no diagnóstico de doenças sistêmicas que comprometem a função das glândulas salivares, como é o caso da síndrome de Sjögren (MOURA SAB, 2007).

Levando em consideração que esta condição não possui cura, o tratamento multidisciplinar com oftalmologistas, reumatologistas, otorrinolaringologistas e dentistas (FELBERG S, DANTAS PEC, 2006) é de fundamental importância e tem como meta, prevenir e restaurar paliativamente a função glandular perdida e aliviar a sintomatologia relatada (BEZERRA TP, et al., 2010).

A realização das exodontias foi discutida devido a redução da ação imunológica e do efeito tampão da saliva o que justifica a condição em que os elementos dentais se encontravam, havia intensa atividade de cárie e o remanescente dental estava comprometido (SANTOS AMA, et al., 2013). A reabilitação protética (prótese total) foi o procedimento de escolha que promoveu mais conforto à paciente após a conclusão do tratamento.

Após a primeira consulta a paciente recebeu orientações para uso de saliva artificial. Proporcionando a estimulação da produção salivar e produtos que evitassem o ressecamento da cavidade oral e foi aconselhada a buscar avaliação de médicos especialistas nas áreas que são pertinentes a reumatologia e a glândulas exócrinas (TORRES SLC, 2013; FELBERG S e DANTAS PEC, 2006; VALIM V, 2015).

A participação e colaboração do portador é muito importante para o sucesso final do tratamento seguindo as orientações do cirurgião-dentista que atuará orientando e estimulando o paciente para a melhoria das condições bucais e incentivando meios adequados de hidratação e de estimulação salivar, objetivando diminuir ou minimizar os efeitos da xerostomia e suas complicações. Caberá a equipe médica proceder a terapêutica para controlar as complicações oculares e das doenças sistêmicas que se associam a esta síndrome (LAWALL MA, et al., 2006). No caso relatado, a paciente recebeu orientação para que houvesse consulta médica com profissionais relacionados a reumatologia e glândulas exócrinas, tais como reumatologista, oftalmologista, ginecologista e afins, devido a possível necessidade de intervenção destes profissionais para que tratamentos que melhorem os sintomas e evitem seu agravamento possam ser planejados (VALIM V, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome de Sjögren secundária afeta o sistema imune de seus portadores de maneira a influenciar negativamente sua qualidade de vida. Os problemas não são somente apenas físicos, mas emocionais e sociais, pois unem características das doenças reumáticas a diversos sinais e sintomas orofaciais que, unidas, ainda são pouco estudadas, o que contribui para o atraso no diagnóstico e tratamento. A divulgação de trabalhos científicos aos profissionais em odontologia que esclareçam de forma pertinente sobre a SS aumenta a contribuição para que pacientes sejam expostos a uma adequada terapia, devolva um prognóstico positivo e minimize a interferência dos sintomas presentes.

## REFERÊNCIAS

1. ABRAHAM CM, et al. Evaluation of the oral candida in patients with sjogren syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 1998; 86(1):65-8.
2. ABRÃO ALP, et al. What rheumatologists should know about orofacial manifestations of autoimmune rheumatic diseases. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 2016, v.56, n.5.
3. ALENCAR C, et al. Síndrome de sjögren: relato de caso. *Scientia Medica*. Porto Alegre, 2007; 17(2): 97-100.
4. Al-Hashimi I. Oral and periodontal status in Sjögren´s Syndrom. *Tex Dent J*. 2001; 118(10):932-9.
5. BARCELLOS KSA, ANDRADE LEC. Histopatologia e Imunopatologia de Glândulas Salivares Menores de Pacientes com Síndrome de Sjögren (SSj). *Rev Bras Reumatol*, 2005; 45( 4): 215-23.
6. BEZERRA TP, et al. Síndrome de Sjögren Secundária: revista de literatura e relato de caso clínico. *Arquivos em Odontologia*, 2010; 46(4): 240-246.
7. CARVALHO C, et al. Manual Informativo para o doente com Síndrome de Sjögren. Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2013.
8. DANIELS TE, WHITCHER JP. ASSOCIATION OF PATTERNS OF LABIAL SALIVARY GLAND INFLAMMATION WITH KERATOCONJUNCTIVITIS SICCA. *American College of Rheumatology ARTHRITIS & RHEUMATISM*, 1994; 37(6): 869-877.
9. FELBERG S, DANTAS PEC. Diagnóstico e tratamento da síndrome de Sjögren. *Arq Bras Oftalmol*. 2006; 69(6):959-63.
10. FREITAS TMC, et al. Síndrome de Sjögren: revisão de literatura e acompanhamento de um caso clínico. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 2004; 70(2): 283-288.
11. GUIMARÃES FAB, et al. Qualidade de Vida de Pacientes com Doenças Auto-imunes Submetidos aos Transplante de Medula Óssea: Um estudo Longitudinal. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2008; 16(5): 856-863.
12. KULKARNI MD. Uma apresentação incomum da síndrome de Sjogren. *South Med J*. 2005; 98(12):1210-1211.
13. LAWALL MA, et al. Síndrome de Sjögren: relato de caso clínico. *RFO UPF*, 2006; 11(2):77-80.
14. MANDEL L, SURATTANONT F. Bilateral parotid Swelling: a review oral surg oral med oral. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2002; 93(3):221-37.
15. MOURA SAB, et al. Valor Diagnóstico da Saliva em Doenças Orais e Sistêmicas: Uma Revisão de Literatura. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2007; 7(2): 187-194.
16. NEVILLE, BW et al. *Patologia oral e maxilofacial*. 4nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.
17. SANTOS AMA, et al. Síndrome de Sjögren. *Journal of Biodentistry and Biomaterials*, 2013; 3:47-54.
18. SILVA IJO, et al. Hipossalivação: etiologia, diagnóstico e tratamento. *Revista Bahiana de Odontologia*, 2016; 7(2):140-146.
19. TORRES SLC. Síndrome de Sjögren. *Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) Instituto De Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto/Centro Hospitalar do Porto, Portugal*, 2013; 41p.
20. VALIM V, et al. Recomendações para o tratamento da síndrome de Sjögren. *Rev bras reumatol*, 2015; 55(5):446–457.