



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE FACULDADE DE  
ODONTOLOGIA

ADRIANO SAAD BARBOSA E SILVA

**IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DA SÍNDROME DE SJÖGREN NA  
DENTÍSTICA RESTAURADORA: Relato de Caso**

BELÉM  
2026

ADRIANO SAAD BARBOSA E SILVA

**IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DA SÍNDROME DE SJÖGREN NA  
DENTÍSTICA RESTAURADORA: Relato de Caso**

Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do grau de bacharelado em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, como requisito parcial à obtenção do título de cirurgião-dentista.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Andréa Dias Neves Lago**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD Sistema de  
Bibliotecas da Universidade Federal do Pará  
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- 
- B238i    Barbosa E Silva, Adriano Saad.  
          Implicações clínicas da síndrome de Sjögren na dentística restauradora  
          : Relato de caso / Adriano Saad Barbosa E Silva. — 2026.  
          30 f. : il. color.
- Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dra. Andréa Dias Neves Lago  
          Trabalho de Curso (Graduação) - Universidade Federal do Pará, Instituto de  
          Ciências da Saúde, Faculdade de Odontologia, Belém, 2026.
1. Síndrome de Sjögren. 2. Xerostomia. 3. Qualidade de vida. I.  
          Título.

CDD 617.672

---

ADRIANO SAAD BARBOSA E SILVA

**IMPLICAÇÕES CLÍNICAS DA SÍNDROME DE SJÖGREN NA  
DENTÍSTICA RESTAURADORA: Relato de Caso**

Trabalho de Conclusão de Curso, orientado pela Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andréa Dias Neves Lago, apresentado ao Curso de Bacharelado em Odontologia do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do grau de Cirurgião-Dentista.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_ Conceito: \_

\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Andréa Dias Neves Lago

Orientadora – UFPA

---

Prof. Clarissa Mendes Lobato de Oliveira

Examinador – UFPA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Senda Charone

Examinadora - UFPA

À minha mãe, minha família, minha namorada  
e amigos, por todo apoio nesta longa jornada.

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, **Selma Maria Barbosa**, por todo amor, apoio e sacrifício feito na minha criação. Criar filhos não é fácil, principalmente como mãe solteira e guerreira. Nunca esquecerei dos momentos de incertezas financeiras, das vezes que ficamos sem energia em casa, das vezes que queria poder me dar algo e não podia, mas jamais esquecerei as duas maiores e melhores coisas que eu poderia receber: o amor e a vida! Sou grato por tudo que passamos, das coisas que tivemos que passar e por todo momento de felicidade que senti. Mil vezes obrigado!

Às minhas tias, **Ana e Sandra**, e minha prima, **Patrícia**, por terem ajudado a minha mãe em minha criação, por nunca deixarem que me faltasse nada, por me mostrarem as mulheres guerreiras que são e serem exemplo de pessoas incríveis que são.

À minha namorada, **Gabrielle**, por todo amor, apoio, aprendizado e carinho que recebi. São os quase 3 anos mais intensos, seja em felicidade e aprendizado, que já tive. Nos momentos felizes e tristes, sempre estive lá sendo o apoio que eu precisava ter. Além de tudo, é mais uma das pessoas mais guerreiras, inteligentes e incríveis que conheço. Também é a pessoa que mostrou o amor dos gatos e me apresentou os seus, **Olaf e Lady**. Te amo muito!

À minha orientadora, **Andrea Lago**, por aceitar este desafio junto comigo e ser o exemplo de pessoa e de professora. Uma docente que, mesmo cansada, nunca tirou o sorriso da boca, que sempre está disposta a ajudar e ensinar. Além de tudo isso, é um exemplo de pessoa e mãe. À **Naomi**, minha cadela dachshund, que, mesmo sem dizer uma palavra, sempre esteve comigo, mostrando o amor da forma mais genuína e incondicional, no momento mais sombrio que já me assolou, por me salvar e estar comigo!

Aos meus amigos fora da faculdade, que tenho como mais próximos: **Aila, Carol, Débora, Emival, Guilherme, Kayo, Luan, Raul**. Amigos estes que, mesmo em momentos difíceis e de estresse, nunca deixaram de estar ao meu lado, independente da distância e do momento.

Aos meus amigos da graduação: **Izadora, Lisandra, Mary, Rafaela, Vitória Bajluk, Vitória Rosário, Yan e Yasmin**. Destaque para a minha dupla, **Cássio**, por me aguentar durante esses mais de 13 anos de amizade, sendo 5 anos somente na graduação, entre estresses e cansaço, e para minha representante **Jessy**, por sempre nos colocar em primeiro lugar antes de si mesma, pelo carinho e pela ajuda neste trabalho de conclusão de curso.

À **Luna**, minha gata, por ter sido outra fonte amor e carinho incondicional que somente um animal de estimação pode nos proporcionar.

Aos meus antigos chefes, **Caio Abe e Daniela Abe**, pela amizade e oportunidade de aprender uma face linda da odontologia. Sempre serão meus maiores exemplos de profissionais. Jamais esquecerei os aprendizados e broncas que recebi nos 1 ano e 6 meses que passei no consultório de vocês. Espero ser metade dos profissionais que vocês são.

A todos aqueles que participaram da minha vida, acadêmica e privada, e não foram citadas pessoalmente que moldaram o ser humano que está redigindo esse texto: Gratidão!

## RESUMO

A Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune, inflamatória e crônica caracterizada pela disfunção das glândulas exócrinas, resultando principalmente em xerostomia e xeroftalmia (boca e olhos secos). No contexto odontológico, o comprometimento das glândulas salivares representa uma das manifestações mais relevantes da síndrome, uma vez que a hipossalivação favorece o desenvolvimento e a progressão da doença cárie, da destruição da estrutura mineral do dente (biocorrosão), alterações na microbiota oral e prejuízos funcionais e estéticos, impactando negativamente a qualidade de vida e a autoestima dos pacientes. O presente trabalho tem como objetivo relatar a abordagem restauradora e clínica multidisciplinar realizada em paciente do gênero feminino, 20 anos, diagnosticada com síndrome de Sjögren, submetida a reanatomização por resina composta nos elementos 11 e 21. O caso clínico evidencia os desafios terapêuticos relacionados às alterações bucais decorrentes da síndrome, bem como a importância do planejamento restaurador individualizado e da abordagem multidisciplinar para reabilitação estética e funcional, contribuindo para a melhora da qualidade de vida e da autoestima da paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Síndrome de Sjögren; Xerostomia; Qualidade de vida.

## ABSTRACT

Sjögren's Syndrome (SS) is a chronic, inflammatory autoimmune disease characterized by exocrine gland dysfunction, resulting primarily in xerostomia and xerophthalmia (dry mouth and dry eyes). In the dental context, salivary gland impairment represents one of the most relevant manifestations of the syndrome, as hyposalivation favors the development and progression of dental caries, destruction of the tooth mineral structure (biocorrosion), changes in the oral microbiota, and functional and aesthetic damage, negatively impacting patients' quality of life and self-esteem. The present study aims to report the restorative and multidisciplinary clinical approach performed in a 20-year-old female patient diagnosed with Sjögren's syndrome, who underwent composite resin reanatomization of teeth 11 and 21. The clinical case highlights the therapeutic challenges related to oral alterations arising from the syndrome, as well as the importance of individualized restorative planning and multidisciplinary approach for aesthetic and functional rehabilitation, contributing to the improvement of the patient's quality of life and self-esteem.

**KEYWORDS:** Sjögren's Syndrome; Xerostomia; Quality of life.

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

|                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Fotografia 1: Visão frontal da cavidade oral da paciente                                   | 13 |
| Fotografia 2: Visão oclusal na região de molares inferiores do lado direito                | 14 |
| Fotografia 3: Visão oclusal na região de molares inferiores do lado esquerdo               | 14 |
| Fotografia 4: Visão frontal da região de incisivos centrais superiores                     | 16 |
| Fotografia 5: Visão oclusal do elemento 16, diagnosticado com pólipos pulpar               | 17 |
| Fotografia 6: Radiografia periapical do elemento 16                                        | 17 |
| Fotografia 7: Radiografia periapical do elemento 37                                        | 18 |
| Fotografia 8: Vista superior do elemento 37                                                | 19 |
| Fotografia 9: Vista oclusal da tentativa de instrumentação do elemento 37                  | 20 |
| Fotografia 10: Radiografia periapical do elemento 37                                       | 20 |
| Fotografia 11: Radiografia periapical do elemento 47                                       | 21 |
| Fotografia 12: Visão oclusal do elemento 47 após a retirada do tecido cariado              | 21 |
| Fotografia 13: Visão oclusal do elemento 47 após aplicação de cimento de ionômero de vidro | 22 |
| .                                                                                          | 22 |

**SUMÁRIO**

|                                                             |           |
|-------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO</b>                                        | <b>9</b>  |
| 1.1. Justificativa                                          | 10        |
| <b>2.OBJETIVO</b>                                           | <b>12</b> |
| 2.1. Objetivo geral                                         | 12        |
| 2.2. Objetivos específicos                                  | 12        |
| <b>3. RELATO DE CASO</b>                                    | <b>13</b> |
| <b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>                            | <b>23</b> |
| <b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                              | <b>26</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                          | <b>28</b> |
| <b>ANEXO A (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)</b> | <b>29</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

Descrita inicialmente por Henrik Sjögren em 1933, a Síndrome de Sjögren (SS) passou a ser amplamente reconhecida como uma enfermidade sistêmica com impacto relevante na qualidade de vida dos pacientes. De caráter autoimune, crônica e inflamatória, o distúrbio apresenta-se clinicamente por meio da síndrome *sicca*, isto é, manifestações clínicas de xerostomia (boca) e xerofthalmia (olhos), além de afetar outras áreas mucosas. Não possuindo uma causa específica, a SS pode se diferenciar em SS primária e SS secundária, sendo a primeira manifestada de forma isolada e a segunda associada à outra desordem autoimune, tal como lúpus eritematoso sistêmico e a artrite reumatóide. (Pinheiro, 2017; Negrini et al, 2022)

Além da redução do fluxo salivar, o diagnóstico da Síndrome de Sjögren pode ser feito por outros métodos. Na saliva, encontram-se alguns componentes chamados biomarcadores que, em determinadas condições, estão alterados e indicam alguma patologia. No caso de pacientes acometidos com a SS, a interleucina-4 (IL-4), interleucina-5 (IL-5) e a clusterina apresentam diferenças significativas em relação a indivíduos saudáveis. (De Lima, 2021)

A SS afeta indivíduos de todas as idades, porém é mais comum em pessoas entre 50 e 60 anos, com predileção por indivíduos do sexo feminino em uma escala de 9:1, tendo uma incidência de mais de 6 pessoas a cada 100 mil habitantes. (De Almeida Santana, 2022).

Nos sintomas gerais, a SS traz diversos comprometimentos na qualidade de vida do paciente como fadiga, dor crônica, depressão e ansiedade, além das manifestações sistêmicas, que abrangem desde doenças cardiovasculares a infecções. (De Almeida Santana, 2022)

De acordo com Molania *et al* (2023), com estudo caso-controle, a qualidade de vida relacionada à saúde bucal é significativamente menor em pacientes com SS do que em indivíduos saudáveis. Além de um fator odontológico, é um fator psicossocial importante, principalmente no que tange à autoestima.

No que tange a odontologia, a síndrome *sicca* é um fator importante de estudo e cuidado, principalmente ao acometimento de xerostomia. Esta condição ocorre pela infiltração linfocítica progressiva das glândulas exócrinas, em especial as lacrimais e salivares (glândulas salivares maiores e menores). Por consequência, pacientes com SS podem apresentar sintomas como: mucosa oral descamativa, cárie recorrente, ardência oral, dificuldade de deglutir, etc. (Vianna, 2021)

Indivíduos diagnosticados com SS primária têm riscos aumentados em pelo menos seis distúrbios dentários, variando de 1,5 à 2 vezes mais que pacientes livres da síndrome, tais como: cárie dentária, pulpite, gengivite, periodontite, ulceração oral e estomatite. (Chuang, 2020)

A cárie dentária é uma doença crônica, multifatorial e consiste em uma disbiose do meio oral ocasionada por diversas bactérias presentes. Segundo Cury e Tenuta (2009), a cárie deve ser entendida como uma doença biofilme-açúcar dependente, uma vez que a dieta e a higiene oral modulam as condições favoráveis ou desfavoráveis para a progressão desta condição, uma vez que a dieta rica em açúcar favorece à fermentação destas pelo meio polimicrobiano da cavidade oral. Esta fermentação produz ácidos, baixando o pH bucal e favorecendo o processo de desmineralização do esmalte dentário, ocasionando cavitações e na doença cárie. (Cury; Tenuta, 2009)

Quanto aos dados sobre a doença cárie no Brasil, o país apresenta cenários de avanços em aspecto geral, mas também demonstra desigualdade persistente por regiões. A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2023 mostra que, dentre adolescentes de 15 a 19 anos, 3,41 dentes apresentavam acometimento por cárie, variando de 2,35 a 5,27 dentes afetados nas regiões Sul e Centro-oeste, respectivamente. Nos adultos de 35 a 44 anos, a média nacional foi de 10,7 dentes acometidos, sendo 8,94 na região Sul e 11,40 na região Centro-oeste. Quanto à cárie não tratada em adolescentes de 15 a 19 anos, 43,73% foi a média nacional de pelo menos um dente com cárie sem tratamento, com a maior porcentagem na região Norte (62,82%) e a menor na região Sul (28,90%), sendo o Pará o segundo estado com maior porcentagem neste índice com 66,79%. Entre adultos, a média foi de 52,74%, variando por região de 65,87% (Norte) e 39,11% (Sul). (Brasil, 2024)

Além disso, ainda segundo Cury e Tenuta (2009), em pacientes com xerostomia, como aqueles diagnosticados com SS, a diminuição do fluxo salivar, ou a sua ausência, representa um importante desafio clínico, uma vez que interfere diretamente na capacidade tampão em relação à acidez oral e no fornecimento de íons fosfato e cálcio, favorecendo a progressão rápida da doença cárie e suas lesões, ainda que em superfícies protegidas, tais como as lisas e cervicais.

## 1.1 Justificativa

A SS é uma doença autoimune crônica e sistêmica, caracterizada pela infiltração linfocitária progressiva das glândulas exócrinas. Clinicamente, sua principal manifestação é a disfunção das glândulas salivares e lacrimais, no que acaba resultando em xerostomia e ceratoconjuntivite seca. (Pinheiro, 2017; Negrini *et al*, 2022). No âmbito estomatológico, a redução severa ou a alteração na qualidade do fluxo salivar (De Lima, 2021) desestabiliza a homeostase da cavidade oral, uma vez que a saliva desempenha papel crucial na capacidade de tamponamento e remineralização dos tecidos dentários (Cury e Tenuta, 2009).

Diante desse cenário epidemiológico e fisiopatológico, o presente relato justifica-se por sua relevância científica e social, pois sob a ótica científica, os pacientes portadores da Síndrome de Sjögren apresentam um risco substancialmente elevado ao desenvolvimento de cárie rampante e de lesões cervicais não cariosas. A hipossalivação expõe o esmalte e a dentina a constantes desgastes ácidos, acelerando a degradação estrutural dos dentes (Cury e Tenuta, 2009). Para a dentística restauradora, isso representa um desafio complexo, pelo comprometimento direto da longevidade dos procedimentos restauradores.

Do ponto de vista social, a SS gera um impacto profundamente negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos indivíduos. A destruição acelerada dos elementos dentários não apenas causa dor e desconforto físico, mas também compromete funções básicas como a mastigação, a fonação e a deglutição, além de repercutir negativamente na autoestima e no convívio social do paciente devido ao comprometimento estético (Molania *et al*, 2023).

Diante das importantes repercussões bucais da SS e dos desafios restauradores associados à hipossalivação, torna-se relevante discutir abordagens clínicas individualizadas voltadas à reabilitação funcional e estética desses pacientes. Assim, esse trabalho tem o objetivo de relatar um caso clínico de uma paciente com a SS que necessita de tratamento odontológico e os desafios encontrados durante o seu atendimento.

## 2. OBJETIVO

### 2.1 Objetivo Geral

Relatar e discutir tratamento restaurador de uma paciente portadora de Síndrome de Sjögren, destacando as condutas adotadas para a reabilitação bucal e manutenção da saúde oral em abordagem multidisciplinar.

### 2.2 Objetivos Específicos:

1. Descrever as manifestações bucais observadas em paciente com **Síndrome de Sjögren**.
2. Apresentar o planejamento e a execução do tratamento restaurador realizado no caso clínico.
3. Discutir os principais desafios clínicos encontrados durante o tratamento odontológico de pacientes com **Síndrome de Sjögren**.

### 3. RELATO DE CASO

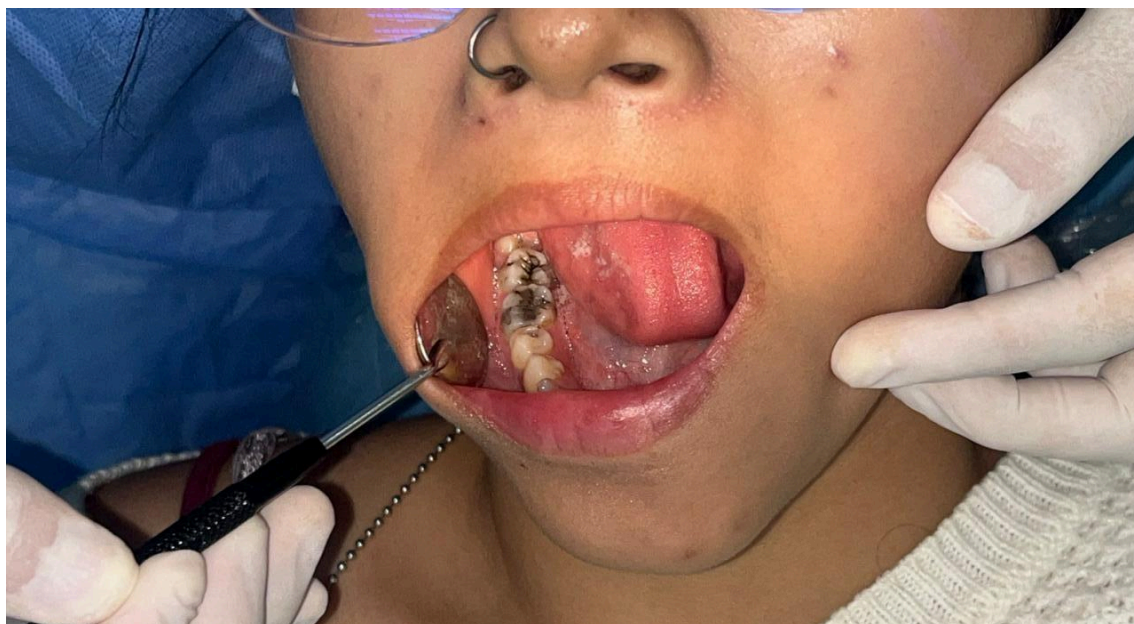
Paciente E.L.A.P, gênero feminino, 20 anos, brasileira, compareceu à Clínica Integrada da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (FO-UFPA) no dia 28 de outubro de 2025, com queixa principal de incômodo estético e funcional dos dentes com lesões cariosas. Na anamnese, foi relatado pela mãe da paciente que a filha possui Síndrome de Sjögren primária (sem associação com outra condição sistêmica) quando ainda era atendida na infância na clínica odontológica pediátrica e orientou-se o uso de saliva artificial, que foi abandonada após relatar incômodo com o uso, principalmente em relação à textura. Ao exame clínico, foram observadas múltiplas lesões cariosas em diferentes extensões nos dentes da paciente, como na região cervical, bordas incisais e superfícies lisas, além de áreas comuns em pacientes saudáveis, como superfície oclusal de dentes posteriores (Fotografias 1, 2 e 3), condição comum em pacientes acometidos com SS, e xerostomia. Desta forma, foi traçado o plano de tratamento e prescrição de saliva artificial e creme dental sem lauril sulfato de sódio (LSS), um detergente que causa irritação na mucosa de pacientes com hipossalivação.

Fotografia 1 – Visão frontal da cavidade oral da paciente



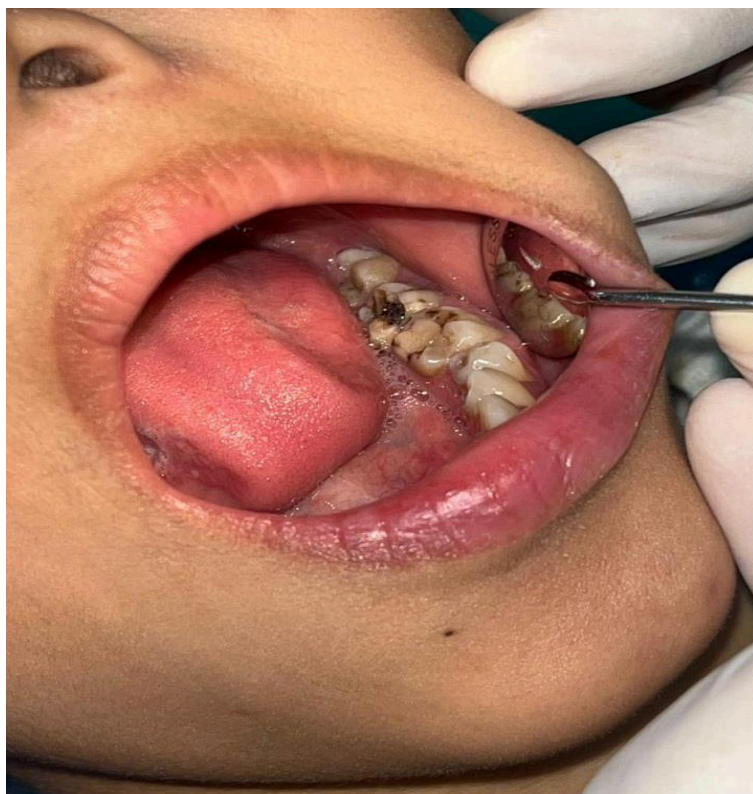
Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Fotografia 2 – Visão oclusal na região de molares inferiores do lado direito



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Fotografia 3 – Visão oclusal na região de molares inferiores do lado esquerdo



Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

Na consulta de retorno, realizada no dia 24 de novembro de 2025, a paciente relatou desconforto durante a aplicação de saliva artificial, queixando-se da consistência do produto, resultando na descontinuidade espontânea da terapia. No mesmo dia, durante o acompanhamento clínico, foi realizada a raspagem com ultrassom e curetas de Gracey (Golgran, São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil) de todos os 6 sextantes e realizada a profilaxia com pedra pomes e água.

Posteriormente, em 2 de dezembro de 2025, após uma semana, executou-se restaurações de classe I nos elementos 15 e 45 que apresentavam lesões cáries. Desta forma, o condicionamento com ácido fosfórico a 37% (Allprime, Itajaí, Santa Catarina, Brasil) foi aplicado seletivamente por 30 segundos em região de esmalte, seguida pela lavagem abundante com spray de ar e água, para posteriormente o uso de adesivo universal (Single Bond Universal 3M, Sumaré, São Paulo, Brasil) com aplicação ativa por 20 segundos na dentina e posteriormente, a fotopolimerização por 40 segundos. Após esta etapa, realizou o acabamento com disco de lixa (Praxis, TDV, Pomerode, Santa Catarina, Brasil) e polimento com sistema de borrachas da AllPrime.

Em retorno subsequente, em um período superior de um mês, no dia 20 de janeiro de 2026, como previamente planejado, realizaram-se procedimentos restauradores e reanatomização nos incisivos centrais superiores (elementos 11 e 21) (Fotografia 4). Em decorrência da condição síndrômica da paciente, a atividade cáries extremamente ativa ocasionou lesões e desgastes extensos, comprometendo esteticamente e funcionalmente os dentes. Diferentemente do sistema adesivo empregado nos dentes posteriores, neste caso foi feito condicionamento total em dentina por 15 segundos e em esmalte por 30 segundos com ácido fosfórico 37%, lavagem com água em abundância com a utilização da seringa tríplice e uso de sistema adesivo convencional de dois passos Ambar (FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil), aplicando ativamente por 20 segundos na dentina e fotopolimerizando durante 40 segundos.

Fotografia 4: Visão frontal da região de incisivos centrais superiores



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

No dia 4 de fevereiro de 2026, procedeu-se à intervenção cirúrgica para a exodontia do elemento 16, que apresentava diagnóstico de pólipos pulpar (Fotografia 5 e Fotografia 6). Durante a luxação, a estrutura dentária revelou-se extremamente frágil, apresentando aspecto quebradiço que inviabilizou a remoção em bloco. Frente ao risco de invasão desnecessária ao seio maxilar e visando a preservação do rebordo alveolar, executou-se a exodontia total da raiz mésio-vestibular, optando-se pelo sepultamento radicular das raízes disto-vestibular e palatina, uma vez que a fragilidade estrutural impedia a preensão instrumental segura para a avulsão completa. Após a cirurgia, foi prescrito Amoxicilina de 500 mg de 8h/8h pelo período de 7 dias.

Fotografia 5: Visão oclusal do elemento 16, diagnosticado com pólio pulpar.



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Fotografia 6: Radiografia periapical do elemento 16.



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Na consulta seguinte, em 11 de fevereiro de 2026, foi feita a remoção de sutura e prescrição de água oxigenada 10 volumes por um período de 7 dias.

Após 2 meses, em 16 de abril de 2026, paciente retornou para reavaliação da condição clínica atual. Foi feita a readequação oral, com raspagem subgengival com curetas de Gracey em todos os sextantes e, posteriormente, profilaxia com pasta profilática (Maquira, Maringá, Paraná, Brasil). Também foi realizada a radiografia do elemento 37 (Fotografia 7), apresentando extensa lesão cariosa e espessamento periapical.

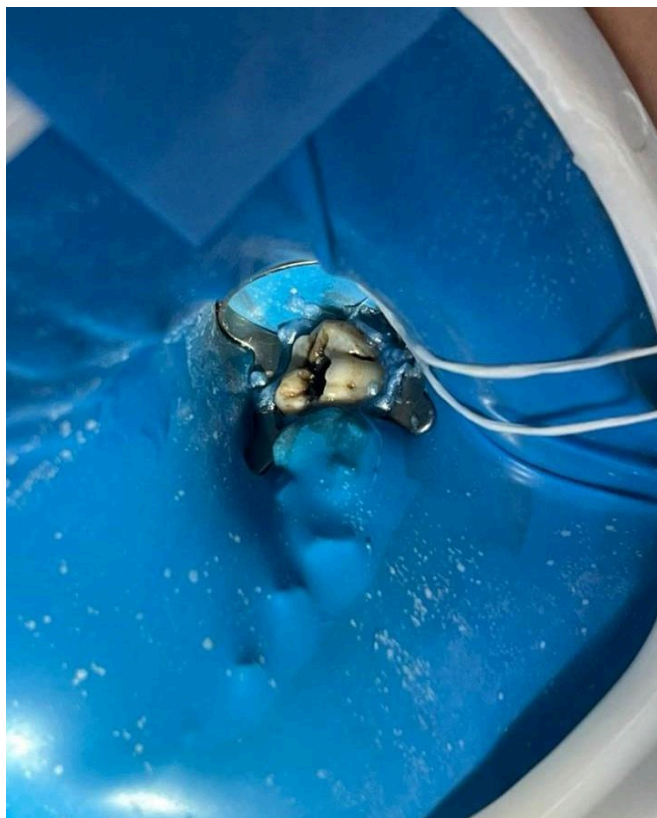
Fotografia 7: Radiografia periapical do elemento 37



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Em 30 de abril de 2026, seguindo o planejamento, foi realizado acesso endodôntico no dente 37 e limpeza de cavidade com broca carbide esférica de baixa rotação (nº 4) e colher de dentina. Em razão da extensão e profundidade da lesão, realizou-se a medicação com formocresol em bolinha de algodão estéril e, em seguida, duplo selamento com coltosol e de cimento de ionômero de vidro (CIV) fotopolimerizável. Após isto, realizou-se radiografia do elemento 37, confirmando a previsão de continuidade do procedimento (Fotografia 8).

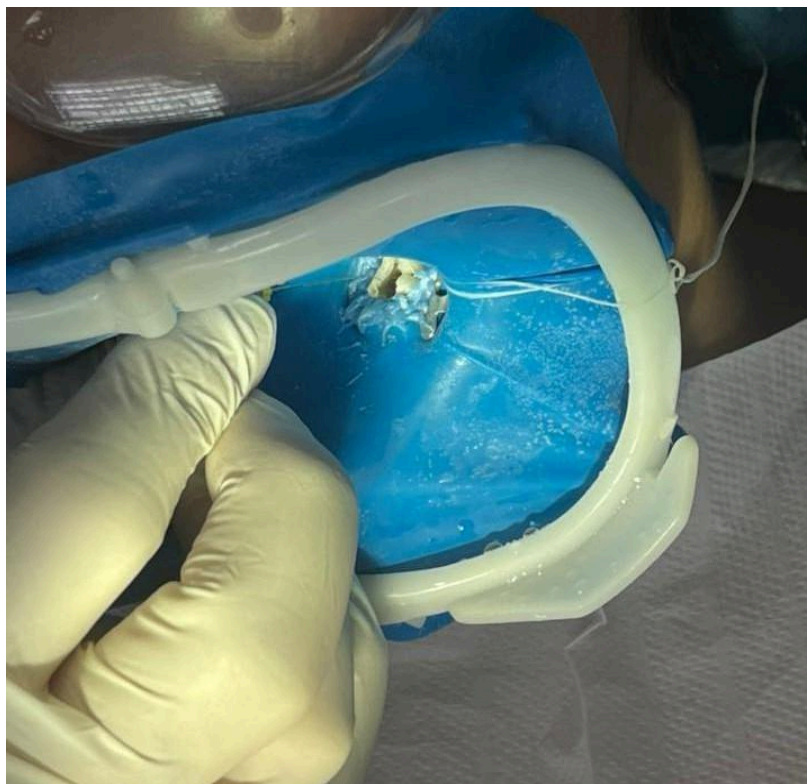
Fotografia 8: Vista oclusal do elemento 37.



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Duas semanas após o acesso da câmara pulpar, em 14 de maio de 2026, foi feita a tentativa de instrumentação dos canais do elemento 37 (Fotografia 9). Os canais apresentavam atresia radicular, dificultando a utilização das limas de menor calibre (Número 10, roxa). Após isto, foi feita radiografia periapical do referido dente (Fotografia 10) e, por orientação do professor de endodontia responsável no dia da clínica, encaminhada para a especialização pela dificuldade técnica e falta de recursos tecnológicos da clínica de graduação, tendo a cavidade selada por formocresol com bolinha de algodão estéril, coltosol e CIV fotopolimerizável.

Fotografia 9: Vista oclusal durante a tentativa de instrumentação do elemento 37



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Fotografia 10: Radiografia periapical do elemento 37



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

No dia 21 de maio, após realização de radiografia periapical do elemento 47 (Fotografia 11), foi iniciado o tratamento endodôntico do referido dente.

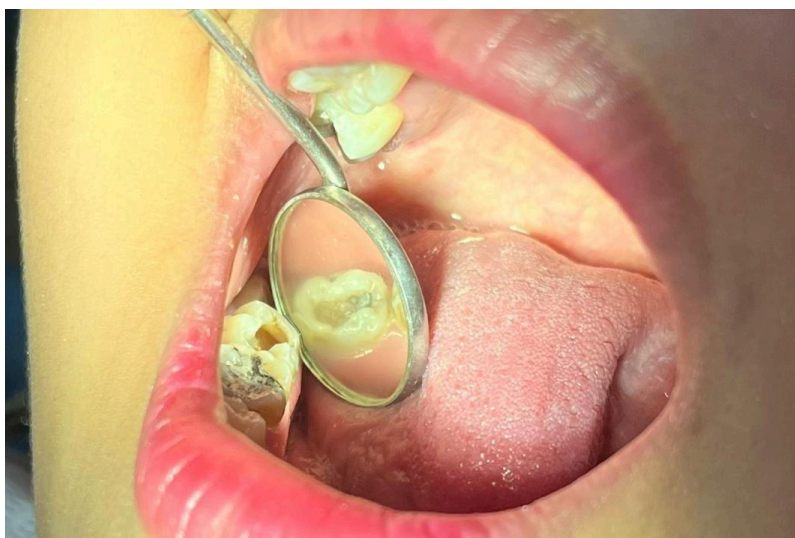
Fotografia 11: Radiografia periapical do elemento 47



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Foi realizado o acesso cavitário utilizando ponta diamantada (1014) e retirada de tecido cariado com broca carbide esférica de baixa rotação (número 4) (Fotografia 12).

Fotografia 12: Visão oclusal do elemento 47 após a retirada do tecido cariado



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

Após retirada de parte da dentina infectada, por orientação do professor responsável, optou-se pela preservação da estrutura dentária remanescente e pela aplicação de cimento de ionômero de vidro (Maxxion R A2, FGM, Joinville, Santa Catarina, Brasil) (Fotografia 13), orientando o retorno da paciente em 90 dias para reavaliação clínica.

Fotografia 13: Visão oclusal do elemento 47 após aplicação de cimento de ionômero de vidro



Fonte: Elaborado pelo autor (2026)

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente caso clínico ilustra os impactos devastadores que a Síndrome de Sjögren (SS) exerce sobre a saúde bucal, principalmente quando o diagnóstico e/ou o acompanhamento odontológico são tardios ou descontinuados. A paciente chegou à clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (FO-UFPA) com um quadro de atividade cáries extremamente elevado, afetando todos os elementos dentários em diferentes estágios de comprometimento. Este caso clínico corrobora com os dados de Chuang et al (2020), que demonstraram que pacientes acometidos com SS primária apresentam risco aumentado de ao menos seis distúrbios dentários, incluindo cárie, pulpíte, gengivite, periodontite, ulceração oral e estomatite, com frequência de 1,5 a 2 vezes superior a indivíduos saudáveis. A extensão e a gravidade das lesões observadas no caso coincidem com o que a literatura descreve para essa população.

Manifestação central da síndrome *sicca* nos pacientes com SS, a xerostomia foi identificada de forma evidente durante o exame clínico. Conforme destacado por Vianna (2021), a infiltração linfocítica progressiva das glândulas salivares reduz significativamente o fluxo salivar, privando o meio oral de seus mecanismos de proteção natural. Nesse contexto, Cury e Tenuta (2009) esclarecem o papel da saliva como agente tampão, neutralizando a acidez produzida por metabolismo bacteriano do biofilme oral e fornecendo íons cálcio e fosfato, essenciais para o processo de remineralização do esmalte. Na ausência ou redução do fluxo de saliva, tal como relatado no presente caso, o equilíbrio do processo desmineralização-remineralização é rompido em favor da progressão cáries. Isto explica o padrão difuso e agressivo das lesões relatadas, característico da cárie rampante associada à hipossalivação.

A prescrição de saliva artificial e de creme dental sem lauril sulfato de sódio (LSS) na primeira consulta reflete uma abordagem adequada às particularidades clínicas da SS. Detergente presente em grande parte dos dentífricos convencionais, o LSS é conhecido por causar irritação ou desconforto na mucosa oral de pacientes acometidos com xerostomia em razão de sua ação surfactante sobre tecidos ressecados e vulneráveis. Entretanto, a paciente também relatou desconforto com o uso de saliva artificial e, progressivamente, abandonou o seu uso. Este comportamento representa um dos grandes desafios no manejo de pacientes com SS, uma vez que a adesão à terapia com saliva artificial é fundamental para a manutenção do meio bucal e redução do risco cariogênico.

No que se refere ao planejamento restaurador, a execução das restaurações de classe I nos elementos 15 e 45, com condicionamento seletivo de esmalte, seguiu protocolos clínicos bem estabelecidos para restaurações em dentes posteriores. A opção deste protocolo, sem condicionamento ácido da dentina, visa limitar a desmineralização do substrato dentinário, prevenindo a exposição excessiva das fibras colágenas e o risco de colapso da rede colágena, o que poderia comprometer a infiltração do monômero resinoso e resultar em sensibilidade pós-operatória. Já nos incisivos centrais superiores (elementos 11 e 21), a necessidade de reanatomização por lesão extensa, com margem predominantemente em esmalte, justificou a escolha pelo condicionamento total, associado ao sistema adesivo convencional de dois passos. O condicionamento total em esmalte proporciona maior irregularidade de superfície e, consequentemente, maior área de embricamento micromecânico da resina, sendo especialmente indicado em casos de margens extensas de esmalte e que a resistência da união nessa estrutura é determinante para o sucesso estético e funcional. É importante ressaltar, contudo, que a literatura aponta que qualquer sistema adesivo apresenta desempenho reduzido em dentina afetada por cárie em comparação à dentina saudável, independentemente da estratégia de condicionamento adotada, o que reforça a importância da remoção criteriosa do tecido infectado previamente à aplicação do adesivo. (Isolan, 2018)

Um dos momentos mais complexos do caso foi a exodontia do elemento 16, o qual apresentava pólipo pulpar e estrutura dentária extremamente frável. A fragilidade estrutural, decorrente da desmineralização intensa promovida pela atividade cáries intensa associada à hipossalivação crônica, inviabilizou a remoção em bloco, tornou possível a extração somente da região coronária e a raiz méso-vestibular e a necessidade de sepultamento das demais raízes como estratégia para preservar o rebordo alveolar e evitar a invasão do seio maxilar. Tal conduta reflete uma conduta cirúrgica cuidadosa, fundamentada na avaliação de riscos e benefícios em paciente sistemicamente comprometido. A fragilidade estrutural que dificultou o ato cirúrgico está diretamente relacionada ao déficit do efeito remineralizador da saliva, que, em fluxo fisiologicamente normal, atua neste processo, conforme descrito por Cury e Tenuta (2009).

O envolvimento endodôntico do elemento 37 evidencia outra dimensão do comprometimento bucal gerado pela SS. A extensa lesão cáries com atresia dos canais radiculares dificultaram a instrumentação, levando ao encaminhamento para atendimento especializado. Esse encaminhamento foi uma decisão eticamente correta e tecnicamente indicada, diante da complexidade anatômica e da limitação de recursos tecnológicos disponíveis

na clínica de graduação. Já no elemento 47, inicialmente planejado para o tratamento endodôntico, optou-se pela preservação da estrutura dentária remanescente e aplicação de cimento de ionômero de vidro como material de tamponamento, com orientação de retorno em 90 dias para reavaliação. O CIV representa uma escolha vantajosa nesse contexto, não apenas pela adesividade à estrutura dentária e pela liberação de flúor, que contribui para a remineralização local, mas também por sua biocompatibilidade e capacidade de selamento em ambiente com umidade residual, característica importante em pacientes com xerostomia.

Do ponto de vista psicossocial, o impacto da SS na qualidade de vida da paciente é outro fator observável no caso. Molania et al. (2023), por meio de um estudo caso-controle, demonstrou que a qualidade de vida relacionada à saúde bucal é significativamente menor em pacientes com SS em comparação com indivíduos saudáveis, especialmente no que tange à autoestima e às relações sociais. No presente caso, a queixa principal da paciente foi o incômodo estético causado pelos dentes cariados, o que por si só já revela o caráter psicossocial do problema. Nesse sentido, a reanatomização dos incisivos centrais superiores representou não apenas uma intervenção estética e funcional, mas também um ato terapêutico de reconhecimento da subjetividade e do bem-estar da paciente, corroborando a visão integral de saúde que deve nortear o atendimento odontológico de pacientes com doenças autoimunes crônicas.

Embora a adequação do meio bucal tenha constituído a etapa inicial do tratamento, visando à interrupção da progressão da doença cárie e ao restabelecimento da saúde oral, a sequência terapêutica foi estrategicamente adaptada em função das particularidades psicossociais da paciente. Considerando a complexidade e a longa duração do plano de tratamento, optou-se pela realização antecipada das restaurações dos dentes anteriores, antes das exodontias e da terapia endodôntica. Essa abordagem foi fundamentada na necessidade de promover ganhos estéticos imediatos, favorecendo o bem-estar psicológico, o fortalecimento da autoestima e a adesão ao tratamento, fatores reconhecidamente relevantes para o sucesso de reabilitações extensas e para a prevenção da evasão terapêutica.

Por fim, o caso reforça a necessidade de um acompanhamento odontológico multidisciplinar e contínuo para pacientes com SS. A interrupção do uso da saliva artificial desde a infância, aliada à ausência de controles periódicos, contribuiu para a progressão das lesões. A Síndrome de Sjögren acarreta comprometimentos sistêmicos abrangentes, e o cirurgião-dentista ocupa papel estratégico no diagnóstico precoce de manifestações bucais e na

coordenação do cuidado com demais especialistas. O presente relato evidencia que, mesmo em paciente jovem, a ausência de seguimento adequado pode resultar em comprometimento extenso e irreversível da dentição, demandando intervenções de alta complexidade que poderiam ter sido evitadas ou minimizadas com cuidado preventivo sistemático e acompanhamento interdisciplinar desde o diagnóstico.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relato de caso demonstrou que a Síndrome de Sjögren impõe desafios clínicos significativos à odontologia restauradora e ao cuidado multidisciplinar, que transcendem o simples manejo das lesões cariosas isoladas. A condição sistêmica da paciente condicionou todas as decisões terapêuticas adotadas ao longo do tratamento, desde a escolha dos protocolos adesivos e dos materiais restauradores até a conduta cirúrgica frente à extrema fragilidade estrutural do elemento 16 e o encaminhamento especializado do elemento 37, evidenciando que o cuidado odontológico desses pacientes exige raciocínio clínico diferenciado e planejamento individualizado.

Ficou evidenciado que a interrupção do acompanhamento odontológico desde o diagnóstico da síndrome, ainda na infância, foi determinante para a progressão irreversível das lesões observadas. Esse aspecto reforça que o cirurgião-dentista deve integrar ativamente a equipe multiprofissional no cuidado de pacientes com SS, atuando de forma predominantemente preventiva, com protocolos intensivos de aplicação de flúor, substitutos salivares e controle do biofilme, e não apenas de forma reabilitadora diante do dano já instalado. O próprio caso relatado exemplifica essa necessidade, tendo envolvido condutas de dentística, periodontia, cirurgia oral e endodontia ao longo do tratamento.

Do ponto de vista restaurador, o caso evidenciou que o substrato dentinário comprometido pela atividade cariosa crônica, agravada pela hipossalivação, representa uma limitação real ao desempenho adesivo, independentemente do sistema utilizado. A remoção criteriosa do tecido infectado antes da aplicação do adesivo mostrou-se, portanto, etapa indispensável para qualquer estratégia restauradora adotada nesses pacientes. A escolha pelo cimento de ionômero de vidro no elemento 47 mostrou-se particularmente adequada ao contexto da SS, por sua capacidade de liberação de flúor, adesão química à estrutura dentária e tolerância à umidade residual.

Por fim, a reanatomização dos incisivos centrais superiores, motivada pela queixa estética da paciente, evidencia a dimensão psicossocial inerente ao tratamento de pacientes com doenças autoimunes crônicas. Reabilitar funcionalmente não é suficiente, é necessário reconhecer o impacto que as manifestações bucais exercem sobre a autoestima e a qualidade de vida, e incorporar essa perspectiva ao planejamento terapêutico. O presente caso contribui para sensibilizar a comunidade odontológica sobre a necessidade de uma prática clínica mais integral, crítica e interdisciplinar no atendimento a pacientes sistemicamente comprometidos.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **SB Brasil 2023: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: relatório final**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. 135 p.
- CHUANG, Chi-Jou et al. Increased risk of developing dental diseases in patients with primary Sjögren's syndrome—A secondary cohort analysis of population-based claims data. **PLoS One**, v. 15, n. 9, p. e0239442, 2020.
- CURY, J. A.; TENUTA, L. M. A. Enamel remineralization: controlling the caries process or treating early caries lesions? **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 23-30, 2009.
- DE ALMEIDA SANTANA, Natan Augusto; DE PAULA SÁ, Isabela; DA ROCHA SOBRINHO, Hermínio Maurício. Síndrome de Sjögren Primária: revisão sobre o diagnóstico e a imunopatologia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 10, p. e11001-e11001, 2022.
- DE LIMA, Manoel Pereira et al. Biomarcadores salivares no diagnóstico e no monitoramento de patologias orais e sistêmicas. **Revista Cubana de Estomatología**, v. 57, n. 1, p. e2139-e2139, 2020.
- ISOLAN, Cristina P. et al. Bonding to sound and caries-affected dentin: a systematic review and meta-analysis. **J Adhes Dent**, v. 20, n. 1, p. 7-18, 2018.
- MOLANIA, Tahereh et al. Comparison of periodontal indices, DMFT, xerostomia, hyposalivation and oral health-related quality of life in Sjögren's syndrome patients versus healthy individuals: a case-control study. **Dental and Medical Problems**, v. 60, n. 1, p. 99-107, 2023.
- NEGRINI, Simone et al. Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. **Clinical and experimental medicine**, v. 22, n. 1, p. 9-25, 2022.
- PINHEIRO, Juliana Barchelli et al. Oral nodular lesions in patients with sjögren's syndrome: Unusual oral implications of a systemic disorder. **Brazilian Dental Journal**, v. 28, p. 405-412, 2017.
- VIANNA, Débora. *Atendimento odontológico para o paciente portador da Síndrome de Sjögren*. Associação Brasileira de Odontologia (ABO), 22 jan. 2021. Disponível em: <https://www.abo.org.br/noticia/atendimento-odontologico-para-o-paciente-portador-da-sindrome-de-sjogren>. Acesso em: 17 fev. 2026.

## ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**AUTORIZAÇÃO PARA ANAMNESE, DIAGNÓSTICO, COLETA DE DADOS, TOMADA DE IMAGENS E  
USO DE INFORMAÇÕES PARA PESQUISAS E PARA TRABALHOS ACADÊMICOS**

Prezado paciente, este documento tem como objetivo informar você sobre o funcionamento e as normas de atendimento da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), assim como obter seu consentimento (autorização) para realização de determinados procedimentos e condutas, que serão descritos a seguir. Você poderá tirar quaisquer dúvidas com os responsáveis por seu atendimento nessa Instituição e deverá assinar este documento se concordar com os termos estabelecidos.

Ao assinar este documento, você declara que está ciente que o tratamento odontológico realizado nas clínicas da Faculdade de Odontologia da UFPA é executado por alunos dos cursos de graduação e de pós-graduação em Odontologia, sob supervisão e auxílio de professores, monitores, cirurgiões-dentistas e outros colaboradores da Instituição.

Ao assinar este documento, você autoriza que os alunos e os servidores dessa Instituição façam diagnóstico, coleta de dados pessoais, plano de tratamento, solicitação de exames e prescrição de medicamentos relacionados às suas condições de saúde-doença relacionadas a todas as áreas de atuação da Odontologia.

Ao assinar este documento, você autoriza que as informações, fornecidas por você, relacionadas ao seu tratamento odontológico sejam utilizadas para fins de pesquisa científica, de ensino, de apresentação de trabalhos acadêmicos (trabalhos que os alunos apresentam durante o curso como requisito para formação) e de divulgação de resultados de pesquisas em revistas científicas nacionais e internacionais, com respeito aos princípios éticos e com a preservação de seu direito ao sigilo profissional nas demais questões.

Isso quer dizer que você concorda que suas fotografias (de dentro e de fora da boca), seus resultados de exames clínicos e de imagem (radiografias, tomografias, entre outros), seus dados pessoais (idade, sexo, raça, histórico médico e odontológico) e quaisquer outras informações relacionadas ao seu diagnóstico e/ou ao seu tratamento odontológico sejam utilizados para fins de ensino, de apresentação de trabalhos e de publicação de resultados de pesquisas em revistas científicas nacionais e internacionais. Em nenhum momento a sua identidade será divulgada.

Sua participação é voluntária. Ou seja, decorre de sua livre decisão de autorizar essas questões depois de ler este documento e de tirar suas dúvidas com os profissionais. Além disso, você poderá retirar seu consentimento (autorização) a qualquer momento.

## Declaração do paciente (se maior de idade/incapaz)

Eu, Emilly Luana A. Paes, RG nº \_\_\_\_\_, declaro, para todos os fins legais, que esclareci minhas dúvidas, li e concordo com os quesitos estabelecidos por este termo.

Belém-PA, 28/10/25

Emilly Luana A. Paes

Assinatura do paciente

## Declaração do responsável legal (se paciente for menor de idade ou incapaz)

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, responsável pelo paciente \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declaro, para todos os fins legais, que esclareci minhas dúvidas, li e concordo com os quesitos estabelecidos por este termo.

Belém-PA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do responsável legal

CER: 66179016