

PERSPECTIVAS DA SAÚDE OROFACIAL EM PORTADORES DE DOENÇAS REUMÁTICAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

PERSPECTIVES OF OROFACIAL HEALTH IN PEOPLE WITH RHEUMATIC DISEASES: A LITERATURE REVIEW

Ivam Vicente da Silva¹, Brendda Juliane dos Santos² e Sebastião A. de Melo³.

1. Acadêmico do curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, campus Recife.
2. Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, campus Recife.
3. Cirurgião-dentista, Especialista em Prótese Dentária - UFRJ

Palavras-chave:

Artrite. Doenças reumáticas. Manifestações bucais.

Keywords:

Arthritis. Rheumatic diseases. Oral manifestations.

RESUMO

Este estudo objetivou verificar as principais manifestações bucofaciais que as doenças reumáticas podem causar. Foram selecionadas, assim, 05 doenças reumáticas: Artrite Reumatóide (AR), Síndrome de Sjogren (SS), Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Esclerose Sistêmica (ES) e a Síndrome de Behçet (SB). Estas, por sua vez, foram escolhidas por apresentarem como sinais e sintomas clínicos problemas orofaciais. Foi elaborado, dessa maneira, uma revisão bibliográfica de trabalhos com vinte e dois anos de 2000 a 2020 nas seguintes bases: LILACS, MEDLINE e SCIELO. Propõe-se, portanto, a introdução de um Cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de Reumatologia para diagnosticar e tratar as especificidades bucofaciais que acometem os portadores de problemas reumáticos.

ABSTRACT

This study aimed to verify as main bucofacial manifestations that rheumatic diseases can cause. Thus, 05 rheumatic diseases were selected: Rheumatoid Arthritis (RA), Sjogren's Syndrome (SS), Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Systemic Sclerosis (ES) and Behçet's Syndrome (SB). These, in turn, were chosen because they present as orofacial clinical signs and symptoms. In this way, a bibliographic review of works with twenty years from 2000 to 2020 was prepared on the following bases: LILACS, MEDLINE and SCIELO. Therefore, it is proposed to introduce a dental surgeon in the multidisciplinary team of Rheumatology to diagnose and treat as orofacial specificities that affect patients with rheumatic problems.

Autor correspondente:

Ivam Vicente da Silva
E-mail: vicenteivam@gmail.com

INTRODUÇÃO

Algumas doenças reumáticas apresentam manifestações que acometem a região de cavidade oral e face. Nessa modalidade podem ser inseridas: a Artrite Reumatóide (AR), Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), Esclerose Sistêmica (ES), Síndrome de Sjogren (SS) e Síndrome de Behçet (SB). Contudo, a abordagem dos achados clínicos odontológicos parece não ter estimulado o interesse das comunidades médica e odontológica, mesmo sendo a pauta de alguns autores^{2,3}.

Dentre as manifestações orofaciais mais comuns observadas nos pacientes com alguma vertente de doença reumática, pode-se ressaltar: a disfunção temporomandibular (DTM), doença periodontal (DP), xerostomia, hipossalivação, halitose, ardência bucal (AB), cárie e úlceras orais².

Sabe-se que o Cirurgião-dentista é apto a tratar essas manifestações⁴. Contudo, a negligência da expressão orofacial da doença em detrimento do tratamento

reumatológico pode ser prejudicial à saúde do paciente. Haja vista que o retardo do recurso terapêutico odontológico pode fazer emergir problemas sistêmicos no enfermo. Dessa maneira, nota-se que a falta de diálogo entre a equipe multidisciplinar de Reumatologia e a Odontologia podem violar o princípio da não-maleficência, segundo o qual é ideal que os profissionais busquem minimizar os riscos e os danos aos pacientes⁵.

A adição do Cirurgião-Dentista na equipe multiprofissional de reumatologia atendimento poderá impactar positivamente na qualidade de vida e reduzir o tempo desses pacientes nos hospitais, além de promoverem o atendimento completo ao paciente. Portanto, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão da literatura, com base nas peculiaridades da saúde orofacial de portadores de doenças reumáticas, a fim de destacarmos a importância do Cirurgião-Dentista introduzido nas equipes multiprofissionais de reumatologia.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como uma revisão da literatura. A busca da bibliografia foi realizada considerando as seguintes bases de dados: National Library of Medicine (Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs).

A palavra-chave principal foi: doenças reumáticas (rheumatic diseases). Sendo utilizada em consonância com os consecutivos conceitos-chave: lesões bucais (oral lesions), saliva (spittle), manifestações orofaciais (orofacial manifestations) e transtornos da articulação temporomandibular (temporomandibular disorder).

Ao final da busca eletrônica foram incluídos x artigos, dos quais foram atribuídos os critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão: artigos em português ou inglês que estivessem dentro do lapso temporal de 20 anos (2000-2020), estudos in vivo e revistas dentais e médicas.

Critérios de exclusão: foram excluídos os estudos que estavam fora do lapso temporal ou que continham tangenciamento do eixo temático.

Os trabalhos foram selecionados de acordo com título, resumo e conteúdo temático, nos quais foram executados os critérios de inclusão e exclusão.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta informações sobre os artigos avaliados no presente estudo, como: Título do artigo, autor e ano; formato do artigo e considerações relevantes ao eixo central do artigo.

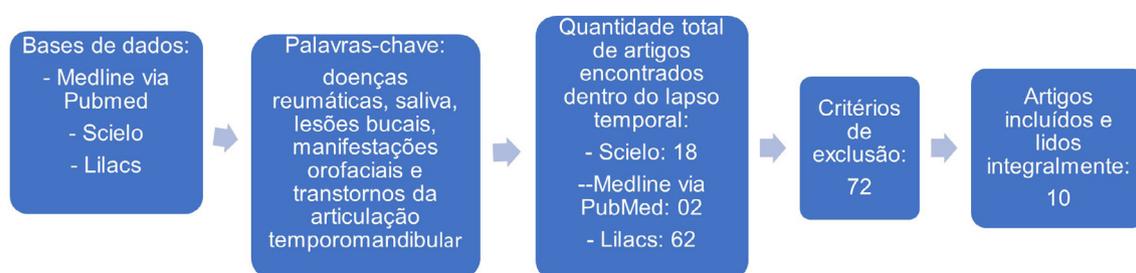


Figura 01 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos.

Tabela 01 – Descrição dos artigos selecionados conforme os critérios de inclusão, sendo organizados em título, autor/ano, tipo do estudo e considerações.

Título	Autor/ano	Tipologia do estudo	Considerações
Autopercepção e condições de saúde bucal nos pacientes assistidos pelo Ambulatório de Reumatologia do Hucam/Ufes.	Baroni de Carvalho, R., Pacheco Teixeira, L., & Gomes, M. J. (2010)	Estudo descritivo com delineamento transversal. A autora realizou análise da autopercepção em saúde bucal e exame clínico em 80 pacientes. A avaliação da saúde bucal foi realizada por meio do índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD), pelos critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS).	Após o exame clínico, foi aplicado um questionário para análise da autopercepção em saúde bucal. A artrite reumatoide foi à doença reumática predominante na amostra (50%).
O que o reumatologista deve saber sobre as manifestações orofaciais das doenças reumáticas autoimunes.	ABRÃO, Aline Lauria Pires et al. 2016.	Revisão de literatura. A autora realizou um levantamento das manifestações orofaciais que ocorrem com frequência nas doenças reumáticas e, comumente, representam sinais iniciais ou de atividade da doença que ainda são negligenciados na prática clínica.	Entre as doenças reumáticas autoimunes com possíveis manifestações orais, incluem-se a artrite reumatoide (AR), miopatias inflamatórias (MI), esclerose sistêmica (ES), lúpus eritematoso sistêmico (LES), policondriterecidivante (PR) e síndrome de Sjögren (SS). Sinais e sintomas orofaciais como hipossalivação, xerostomia, disfunções temporomandibulares, lesões na mucosa bucal, doença periodontal, disfagia e disfonia podem ser a primeira expressão dessas doenças reumáticas.

continua...

Tabela 1 – Continuação

Título	Autor/ano	Tipologia do estudo	Considerações
Doenças autoimunes e manifestações na cavidade oral.	Silva, Diogo Rafael Alves. 2017.	Revisão bibliográfica que teve como principal propósito estudar as manifestações orais mais comuns que as doenças autoimunes podem apresentar.	Certas doenças autoimunes possuem um grande impacto na saúde oral sendo o seu diagnóstico de vital importância para o estabelecimento do tratamento mais apropriado à lesão oral em causa bem como ao indivíduo afetado. É necessário que o médico dentista apresente capacidade para realizar um diagnóstico precoce da lesão.
Síndrome de Behçet: à procura de evidências.	NEVES, Fabrício de Souza; MORAES, Júlio César Bertacini de; GONÇALVES, Célio Roberto. 2006.	Revisão de literatura onde os autores trazem dados epidemiológicos, clínicos, as hipóteses correntes sobre etiogenia e fisiopatologia e dados atuais sobre as diferentes intervenções terapêuticas para a Síndrome de Behçet.	Novos conhecimentos vêm sendo registrados no campo da SB. Na área da epidemiologia e apresentação clínica, a descrição da associação de artrites com lesões pustulares pode sugerir a existência de mecanismos etiológicos ou fisiopatogênicos comuns a estas lesões neste grupo de pacientes, com possíveis implicações em pesquisa e terapêutica.
Rinossinusite em paciente com síndrome de Behçet.	ALCÂNTARA, Lauro João Lobo et al. 2005.	Relato de caso. A confirmação diagnóstica da Síndrome de Behçet foi estabelecida na medida em que a paciente apresentou três critérios maiores (úlceras aftosas orais recorrentes, ulcerações genitais e lesões oculares) e dois critérios menores (lesões vasculares e acometimento do sistema nervoso central – provável etiologia do mau convulsivo) da Síndrome de Behçet, internacionalmente padronizados.	A rinossinusite é uma manifestação potencial da síndrome de Behçet. Os profissionais médicos devem estar atentos à sua apresentação e prestar maiores cuidados para sua resolução, que é caracteristicamente difícil.
Análise dos índices de Helkimo e craniomandibular para diagnóstico de distúrbios temporomandibulares em pacientes com artrite reumatóide.	CUNHA, Suzana C. da et al. 2007.	Estudo realizado que teve como finalidade avaliar a utilização de dois índices (Helkimo e craniomandibular) para o diagnóstico da distúrbio temporomandibular (DTM) em pacientes com Artrite Reumatóide (AR).	Os índices de Helkimo e Craniomandibular (ICM) são capazes de detectar distúrbios temporomandibulares em pacientes com AR, entretanto o índice de Helkimo possui menor precisão além de que, A prevalência de DTM foi mais elevada no grupo de pacientes com AR do que no grupo sem AR para ambos os índices.
Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular.	TORRES, Flavia et al. 2012.	A autora realizou um ensaio clínico que comparou os efeitos pré e pós-intervenção odontológica e fisioterapêutica na redução da dor em pacientes com DTM.	Comparando-se as médias dos resultados diários pré e pós-tratamento fisioterapêutico, houve redução significativa ($p < 0,05$) do quadro algico em 69,3%. Ambos os tratamentos demonstraram ser positivos para o alívio da sintomatologia dolorosa em pacientes com DTM, sendo a fisioterapia, neste caso, um tratamento indicado, com melhora significativa da dor a curto prazo.

continua...

Tabela 1 – Continuação

Título	Autor/ano	Tipologia do estudo	Considerações
Influência do tratamento periodontal na artrite reumatoide: revisão sistemática e metanálise.	CALDERARO, Débora Cerqueira et al. 2017.	Revisão de literatura em que se incluíram estudos prospectivos que avaliaram pacientes com mais de 18 anos diagnosticados com periodontite e artrite reumatoide submetidos a tratamento periodontal não cirúrgico; os estudos deveriam ter também um grupo controle não submetido a tratamento periodontal. Os resultados dos estudos deveriam contar com pelo menos um marcador da atividade da doença na artrite reumatoide.	A redução no DAS-28 em pacientes com artrite reumatoide após tratamento periodontal sugere que a melhoria na condição periodontal é benéfica a esses pacientes. São necessários mais ensaios clínicos randomizados controlados para confirmar esse achado.
Síndrome de Sjögren: estudo clínico-epidemiológico.	SILVA, Carlos Sérgio Rabelo da; SAUMA, Maria de Fátima Lobato Cunha. 2013.	Estudo transversal por meio da análise de prontuários de 27 pacientes diagnosticados com síndrome de Sjögren, atendidos no Serviço de Reumatologia da FSCMPA e de um consultório particular especializado em reumatologia.	Os principais achados clínicoepidemiológicos dos pacientes envolvidos na pesquisa foram convergentes com o que tem sido reportado na literatura mundial, isto é, foi predominante no gênero feminino, com média de idade de sessenta anos, estando os sintomas oculares presentes em todos os estudados. Houve predomínio da SS secundária, constatando-se maior associação com artrite reumatóide e LES.
Avaliação da sialometria e biópsia de glândula salivar menor na classificação de pacientes com Síndrome de Sjögren.	LIQUIDATO, Bianca Maria; BUSSOLOTI FILHO, Ivo. 2005.	Os autores avaliaram por meio desse estudo, a importância do papel da biópsia de glândula salivar menor e da sialometria, isoladamente ou associadas, como métodos utilizados para a classificação da Síndrome de Sjögren.	Os testes sialometria e biópsia apresentaram desempenhos diferentes nos pacientes com Síndrome de Sjögren primária e secundária. As sensibilidades e os valores preditivos positivos foram maiores para Síndrome de Sjögren primária, tanto isoladamente como dos dois critérios em conjunto. O número de focos na biópsia também foi maior na Síndrome de Sjögren primária.

REVISÃO DE LITERATURA

A cavidade oral pode ser a causa do desencadeamento de diferentes doenças. Já que agentes infecciosos que compõem a flora natural da boca podem, em algumas situações, interagir com o sistema imune do enfermo geneticamente predisposto e provocar infecções de seus tecidos, fazendo-se emergir fenômenos inflamatórios sistêmicos⁶. Nesse aspecto, entende-se que o contrário também é possível. Isto é, a cavidade oral pode ser uma região gravemente acometida pela expressão da patologia^{1,2,6}.

Síndrome de Behçet (SB)

A SB é uma afecção inflamatória multissistêmica, de acometimento vascular e de etiologia ainda desconhecida^{7,8}.

O conhecimento atual aponta que o processo fisiopatológico tem início com a exposição a antígenos infecciosos. Estes, ao serem processados pelas células

apresentadoras de um indivíduo com uma predisposição genética, podem auxiliar o surgimento da doença⁷.

Essa patologia é extremamente complexa. E, por isso, diversas orientações foram publicadas quanto aos critérios necessários para o diagnóstico da SB. Uma tentativa de uniformização foi apresentada em 1990 pelo *International Study Group for Behçet's Disease*, através da síntese de um novo grupo mais sucinto de critérios diagnósticos para a SB, no qual ulcerações orais recorrentes (três vezes no período de um ano) devem, obrigatoriamente, estarem presentes, associadas a quaisquer dois dos outros quatro critérios: ulceração genital recorrente; lesões oculares, lesões cutâneas e teste positivo de patergia (exame que verifica o fenômeno de hiperreatividade cutânea em resposta a um trauma mínimo.)^{7,8}.

Úlceras aftosas orais representam a manifestação inicial da SB em 47% a 86% dos casos, comumente precedendo, em alguns anos, as demais especificidades da síndrome⁷.

Esclerose sistêmica (ES)

A ES é uma condição relativamente rara, caracterizada pelo excesso de colágeno na pele, e que pode afetar os tecidos orais e periorais⁹. Seu desenvolvimento é lento, progressivo e incapacitante, sendo capaz, no entanto, de ocorrer de forma rápida e fatal, devido ao comprometimento dos órgãos internos. Tem predileção pelo sexo feminino e apresenta uma incidência de 2 a 10 para cada 1.000.000 indivíduos^{9,10}.

Os artefatos clínicos intraorais que são tratados isoladamente do contexto sistêmico pelos Cirurgiões-dentistas estão diretamente relacionados à manifestação generalizada da doença^{9,10}. Os pacientes acometidos por essa patologia podem apresentar alterações escleróticas nos dedos das mãos e devido a isso a higienização bucal fica comprometida. O que, posteriormente, causa o acúmulo do biofilme. Este, por sua vez, acarreta uma elevação anormal da quantidade de dentes cariados que se não tratadas pode ocasionar problemas mais graves⁹.

As manifestações orais que são negligenciadas pela equipe médica apresentam um potencial debilitante, caso sejam ignoradas cronicamente. A limitação da abertura bucal e a microstomia são as características odontológicas mais frequentes da doença que são originadas devido à hiperatividade dos Fibroblastos que provoca à deposição excessiva de colágeno nos tecidos periorais⁹. Outrossim, a ES pode apresentar: enrugamento dos sulcos periorais, rigidez do palato mole, DTM, reabsorção parcial dos reparos anatômicos da mandíbula, hipossalivação e xerostomia¹⁰.

Ainda, vale destacar que o uso de corticosteróides como tratamento sistêmico por longos períodos, pode ocasionar, de maneira insidiosa, a redução da resposta inflamatória periodontal^{9,10}.

Lúpus eritematoso sistêmico (LES)

O LES é definido como uma doença autoimune, crônica, inflamatória e de caráter recidivante, que pode apresentar uma sintomatologia clínica bastante diversificada. Até os dias atuais não se sabe sua etiologia, em contra partida é de conhecimento científico que ela sofre influência de fatores genéticos e ambientais. Essa patologia abarca, com maior frequência, mulheres nas segunda e terceira décadas de vida e pode estar associada a outras doenças autoimunes¹¹.

Os achados clínicos são, geralmente, observados na mucosa bucal. De acordo com o American College of Rheumatology, essas manifestações representam um dos critérios de diagnóstico do LES¹¹. A prevalência dos pacientes com Lúpus eritematoso sistêmico que manifesta lesões bucais varia. Contudo, é imperativo destacar o acometimento das seguintes regiões da boca: língua, mucosa jugal, lábios e palato. Comumente, as lesões decorrentes do LES reslumbra-se como úlceras crônicas ou eritema, de proporções variadas¹².

Histologicamente, os escassos estudos que abordam as lesões bucais causadas por LES apontam para atrofia epitelial, acantose, degeneração vacuolar da membrana basal associada à necrose dos queratinócitos da camada basal, vasculite e infiltração mononuclear liquenoide nos tecidos profundos¹¹.

É necessário ressaltar que as lesões de lábio, principalmente o inferior, requerem uma atenção especial, pois há a probabilidade de estar relacionada à queilite lúpica, podendo ou não estar agregada à presença de displasia epitelial^{11,12}.

De maneira secundária, podem surgir outros sinais e sintomas orofaciais como: ardência bucal, doenças das glândulas salivares, DTM e doença periodontal¹². Além disso, a administração de agentes imunossupressores, como os corticosteróides, pode predispor o paciente à infecção pela *Candida albicans*¹³.

Artrite reumatóide (AR)

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença de ordem inflamatória e de curso crônico, com repercussões sistêmicas, que se caracteriza por uma resposta imune exacerbada, com a produção de auto-anticorpos como o Fator Reumatóide (FR) e Anticorpos anti-proteínas citrulinadas (ACPA) e que afeta, majoritariamente, as estruturas articulares, originando dor e edema¹⁴.

A apresentação articular se manifesta na forma de uma poliartrite simétrica e bilateral e a sua resposta sistêmica tem a capacidade de originar sintomas como fadiga e mal-estar, podendo atingir órgãos como os pulmões, glândulas salivares, olhos, sistema nervoso e a cavidade oral¹⁴.

AAR é uma das poucas doenças reumáticas que apresenta um quantitativo considerável de estudos e associações com manifestações na boca e face. Sua associação com a disfunção temporomandibular (DTM) é uma das pautas mais estudadas nas pesquisas¹⁵.

A articulação temporomandibular (ATM) é a única articulação sinovial presente no viscerocrânio¹⁶. Nesse sentido, sua localização torna possível agressões oriundas de patologias, traumas mecânicos, iatrogenias e infecções¹⁵.

A artrite reumatóide, vulgarmente chamada de reumatismo (termo que engloba várias doenças reumáticas), acomete tanto adultos quanto crianças. A DTM constitui a sintomatologia orofacial de maior frequência em indivíduos portadores de AR. A DTM é uma desordem de natureza complexa, pois além de limitação do movimento e desconforto, pode causar também otalgia, má-oclusão, cefaléia, dor de dente e neuralgias¹⁴. Posteriormente, estes sinais/sintomas podem requerer um tratamento mais simples como acupuntura ou um mais complexo e de natureza invasiva como a cirurgia^{16,17}.

Além da DTM, algumas pesquisas recentes sugerem que há uma associação entre a Doença periodontal (DP) e a AR. Contudo, a falta de clareza em uniformizar a classificação das vertentes de ambas as doenças prejudica o julgamento e a análise^{18,19}.

A DP é uma patologia infecciosa crônica causada por bactérias anaeróbicas Gram-negativas¹⁸.

Estima-se que a frequência de aparição da DP aumente em até duas vezes nos pacientes portadores de AR, quando comparados à população geral. Nesse sentido, também se acredita que a progressão de condições inflamatórias como

a periodontite sejam elevadas em duas vezes pela presença de AR moderada ou severa no enfermo²⁰.

Sabe-se que a AR e a DP apresentam uma patogênese semelhante. Haja vista que agentes etiológicos como o *Porphyromonas gingivalis* podem atuar significativamente em ambas as condições²⁰. Não obstante, a literatura ainda é carente de estudos que explorem plenamente as reações bioquímicas e os processos inflamatórios que são desencadeados pela AR e pela DP.

Síndrome de Sjogren (SS)

A Síndrome de Sjogren é compreendida como uma doença autoimune que afeta as glândulas exócrinas (as glândulas salivares e lacrimais, por exemplo)²¹. Estas glândulas, principalmente as áreas periductais, são alvo de um infiltrado linfocítico que causa, a posteriori, uma inflamação da estrutura glandular e, por consequência, sua destruição, levando a uma diminuição da sua atividade secretora²².

Os danos observados no aparelho estomatognático em portadores da SS são atribuídos ao acometimento das glândulas salivares, que acarreta em uma queda da secreção de saliva. A diminuição da capacidade tampão, da lubrificação bucal e do efeito antimicrobiano da saliva podem causar, respectivamente, alterações bruscas do pH, xerostomia e elevação do índice de infecções orais no paciente. O conjunto dessas características pode intermediar o desenvolvimento de uma mucosa friável, irritação de algumas regiões da cavidade oral e ardência bucal²³.

Existem duas apresentações da SS: a primária – não tem associação com outros distúrbios autoimunes – e a secundária – na qual o enfermo além de apresentar sinais e sintomas da SS, também apresenta desordens decorrentes de outras doenças autoimunes²⁴.

A ausência de dados estatísticos ratificados pelos Cientistas no Brasil impede a determinação real da quantidade de indivíduos em território brasileiro com a síndrome. Por outro lado, é evidente que a SS apresenta um padrão de contemplar mulheres durante a menopausa. Mundialmente, acredita-se que a Síndrome de Sjogren afete 09 mulheres para cada homem²⁵.

Observa-se que os portadores da SS frequentemente evoluem clinicamente com distúrbios na voz. Esse fato ocorre devido ao acometimento glandular que reduz a quantidade e a qualidade da saliva produzida. Sabe-se que este fluido é responsável, dentre outras coisas, por lubrificar as cordas vocais e auxiliar na fonação. Vale destacar que a sialometria e exames de composição salivar podem averiguar e apontar as alterações ocorridas na saliva do paciente portador da SS²⁶.

É imperativo salientar que lesões que afetam a boca podem prejudicar não só a estética como a qualidade de vida do paciente. Estes, por sua vez, podem evoluir para quadros graves devido às alterações nos hábitos alimentares advindas da secura bucal^{23,26}.

O tratamento ideal da SS consiste em uma abordagem multiprofissional agregada por Médicos, Odontólogos, Enfermeiros, Psicólogos e outros profissionais

capazes de reduzir o sofrimento físico e psíquico. A Síndrome de Sjogren é uma doença que requer uma atenção multidisciplinar, pois apenas na área de atuação do Cirurgião-dentista é necessário que o mesmo avalie o quadro sistêmico para determinar qual a melhor conduta terapêutica para tratar as manifestações orofaciais da síndrome²⁷.

Dentro das possibilidades de tratamento odontológico, destacam-se a pilocarpina oral, a cevimeлина, sialogogos gustatórios, mecânicos e químicos. Além dos tratamentos atípicos como sprays, pastilhas, géis, eletroestimulação aplicada, cremes dentais e colutórios²⁷.

CONCLUSÃO

O acometimento do complexo bucomaxilofacial em reumáticos é um problema comum e o Cirurgião-dentista se encontra em posição privilegiada em relação a outros profissionais de saúde, pois costuma observar pacientes frequentemente e em longo prazo. Logo, é evidente que a inserção desse idôneo na equipe multidisciplinar de reumatologia pode ser benéfica e eficaz durante o tratamento, no diagnóstico e na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este estudo não recebeu financiamento para sua construção e/ou publicação.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores ratificam não haver nenhum conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. DE CARVALHO, Raquel Baroni; TEIXEIRA, Lícia Pacheco; GOMES, Maria José. Autopercepção e condições de saúde bucal nos pacientes assistidos pelo Ambulatório de Reumatologia do Hucam/Ufes, Vitória-ES. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF. 2009; 14(3): 216-221
2. ABRÃO, Aline Lauria Pires et al. O que o reumatologista deve saber sobre as manifestações orofaciais das doenças reumáticas autoimunes. Revista Brasileira de Reumatologia. 2016;56(5):441-450.
3. SILVA, Andréia Lobato da; SAINTRAIN, Maria Vieira de Lima. Interferência do perfil epidemiológico do idoso na atenção odontológica. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2006;9(2):242-250.
4. MATTEVI, Gianina Salton et al. A atuação do cirurgião-dentista no contexto hospitalar: uma construção interdisciplinar. 2014.
5. PENNA, Moira Maxwell et al. Concepções sobre o princípio da não maleficência e suas relações com a prudência. Revista Bioética. 2012;20(1):78-86.
6. SILVA, Diogo Rafael Alves. Doenças autoimunes e manifestações na cavidade oral. 2017. Tese de Doutorado.

7. NEVES, Fabrício de Souza; MORAES, Júlio César Bertacini de; GONÇALVES, Célio Roberto. Síndrome de Behçet: à procura de evidências. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2006;46(1):21-29.
8. ALCÂNTARA, Lauro João Lobo et al. Rinossinusite em paciente com síndrome de Behçet. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2005;71(2):250-253.
9. CAZAL, Cláudia et al. Oral complaints in progressive systemic sclerosis: two cases report. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirurgia Bucal*. 2008;13(2):114.
10. PEREIRA, M. C. M. C. et al. Esclerodermia sistêmica: relato de caso clínico. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2009;21(1):69-73.
11. KOLE, Alakes Kumar; GHOSH, Alakendu. Cutaneous manifestations of systemic lupus erythematosus in a tertiary referral center. *Indian journal of dermatology*. 2009;54(2):132.
12. LÓPEZ-LABADY, Jeaneth et al. Oral manifestations of systemic and cutaneous lupus erythematosus in a Venezuelan population. *Journal of Oral Pathology & Medicine*. 2007;36(9):524-527.
13. FANGTHAM, M.; MAGDER, L. S.; PETRI, M. A. Oral candidiasis in systemic lúpus erythematosus. *Lupus*. 2014;23(7):684-690.
14. GOMES, Ana Rita dos Santos. Artrite reumatóide e manifestações orais. 2019. Tese de Doutorado.
15. CUNHA, Suzana C. da et al. Análise dos índices de Helkimo e craniomandibular para diagnóstico de desordens temporomandibulares em pacientes com artrite reumatóide. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. 2007;73(1):19-26.
16. BABINSKI, Márcio. Propriedades anatômicas e funcionais da ATM com aplicabilidade no tratamento fisioterapêutico. *Fisioterapia Brasil*. 2018;6(5):381-387.
17. TORRES, Flavia et al. Efeitos dos tratamentos fisioterapêutico e odontológico em pacientes com disfunção temporomandibular. *Fisioterapia em Movimento*. 2012;25(1):117-125.
18. CALDERARO, Débora Cerqueira et al. Influência do tratamento periodontal na artrite reumatoide: revisão sistemática e metanálise. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 2017;57(3):238-244.
19. MIRANDA, Leticia Algarves. Relação entre doença periodontal e artrite reumatoide. In: *SOBRAPE Periodontia e Implantodontia Contemporânea*. Sociedade Brasileira de Periodontologia. 2019;v(1):515-519.
20. BERTHELOT, Jean-Marie; LE GOFF, Benoît. Rheumatoid arthritis and periodontal disease. *Joint Bone Spine*. 2010;77(6):537-541.
21. SACCUCCI, Matteo et al. Autoimmune diseases and their manifestations on oral cavity: diagnosis and clinical management. *Journal of immunology research*. 2018;2018(1):1-6
22. MAYS, Jacqueline W.; SARMADI, Mojgan; MOUTSOPOULOS, Niki M. Oral manifestations of systemic autoimmune and inflammatory diseases: diagnosis and clinical management. *Journal of Evidence Based Dental Practice*. 2012;12(3):265-282.
23. KASSAN SS. HM Moutsopoulos Clinical manifestations and early diagnosis of Sjogren syndrome. *Arch Intern Med*. 2004;164(12):1275.
24. WANDERLEY, Arthur Eric Costa et al. Síndrome de Sjögren Secundária diagnosticada por cirurgião-dentista: relato de caso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019;v(20):e496.
25. DA SILVA, Carlos Sérgio Rabelo; SAUMA, Maria de Fátima Lobato Cunha. SÍNDROME DE SJÖGREN: ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO1. *GOVERNO SIMÃO JATENE*. 2013;27(2):71.
26. LIQUIDATO, Bianca Maria; BUSSOLOTI FILHO, Ivo. Avaliação da sialometria e biópsia de glândula salivar menor na classificação de pacientes com Síndrome de Sjögren. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*. 2005;71(3):346-354.
27. AMBRÓSIO, Lucas Macedo Batitucci et al. Aspectos relevantes da síndrome de Sjögren para o Cirurgião-Dentista. *Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas*. 2016;70(3):285-289.