APLICABILIDADE DA SIALOMETRIA E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DE QUEIXAS SECAS NUMA CONSULTA DE SÍNDROMA DE SJÖGREN

Filipe Barcelos,* José Vaz Patto,* Manuela Parente,* Dina Medeiros,* Miguel Sousa,**
Rui Figueiredo,** Cláudia Miguel,** Ana Teixeira*

Resumo

Objectivos: Avaliar a aplicabilidade e utilidade da sialometria não-estimulada e de instrumentos de avaliação de queixas secas no âmbito de uma consulta de Síndroma de Sjögren.
Material e Métodos: Realizou-se sialometria não-estimulada a 45 doentes consecutivos com Síndroma de Sjögren primário (SSP) e a 21 indivíduos saudáveis assintomáticos do mesmo sexo e idade, comparando-se os resultados obtidos. Foi realizado teste de Schirmer e foram aplicadas escalas de avaliação de queixas secas aos doentes com SSP. Os resultados das escalas «Xerostomia Inventory» (XI), «Oral Health Impact Profile-short form» (OHIP) e «Ocular Surface Disease Index» (OSDI) foram correlacionados com a sialometria e com o teste de Schirmer (teste de Mann-Whitney e correlação de Spearman, $p< 0,05$).
Resultados: O fluxo salivar nos doentes com SSP foi significativamente inferior ao dos controlos (0,08±0,01 ml/min *versus* 0,38±0,25 ml/min, p=0,000), diminuindo com a idade. Não se encontrou correlação entre a sialometria e o teste de Schirmer. A pontuação do questionário OHIP (média de 26,8 pontos, variando de 2 a 43 para um máximo de 56 pontos) não se correlacionou com a sialometria nem com o teste de Schirmer, mas demonstrou uma forte associação com as escalas XI (p<0,0005) e OSDI (p<0,0005). O questionário XI (média de 28,4 pontos, variando entre 11 e 41 para um máximo de 44 pontos) correlacionou-se com a sialometria (p=0,018), com o questionário OHIP (p<0,0005) e com a escala OSDI (p=0,004), apesar de não se correlacionar com o teste de Schirmer. A pontuação OSDI (média de 56,5 pontos, variando entre 7 e 90 para um máximo de 100 pontos) não se correlacionou com o teste de Schirmer, nem com a sialometria, mas demonstrou associação às escalas XI (p=0,004) e OHIP (p<0,0005).
Conclusões: A sialometria não-estimulada pode confirmar a hipofunção salivar de um modo rápido e barato, permitindo distinguir entre adultos saudáveis e indivíduos com hipossalivação. A disponibilidade imediata de um teste funcional salivar numa consulta especializada de Sindroma de Sjögren, paralelamente ao teste ocular de Schirmer, constitui uma mais-valia na triagem e classificação do SSP ou sindroma seco. As escalas de impacto das queixas secas demonstraram concordância mútua, sendo instrumentos de aplicação simples que, ao avaliar a repercussão da doença ao longo do tempo, poderão constituir valiosos auxiliares de consulta.

Palavras-chave: Síndroma de Sjögren; Xerostomia; Sialometria; Questionário; Avaliação.

Abstract

Objectives: To evaluate the applicability and utility of unstimulated syalometry and instruments of evaluation of sicca complaints in a Sjögren's syndrome outpatient clinic.
Material and Methods: We performed unstimulated syalometry to 45 consecutive Primary Sjögren's Syndrome patients (PSS) and 21 healthy asymptomatic individuals age and sex-matched. PSS patients were further evaluated with Schirmer's test. We applied 3 published questionnaires to PSS patients: «Xerostomia Inventory» (XI), «Oral Health Impact Profile-short form» (OHIP) and «Ocular Surface Disease Index» (OSDI), and correlated the results with syalometry and Schirmer's test. Statistical analysis was performed with SPSS (Mann-Whitney *U*-test and Spearman's correlation).
Results: Salivary flux was significantly lower in PSS

*Reumatologista, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa
**Interno de Reumatologia, Instituto Português de Reumatologia, Lisboa

patients, as compared to controls (0.08±0.01 ml/ /min versus 0.38±0.25 ml/min, p=0.000), and decreased with age. Syalometry didn't correlate with Schirmer's test. OHIP scores (mean 26.8 points, ranging from 2 to 43 for a maximum of 56 points) didn't correlate with syalometry neither with Schirmer's test, but showed an association with the XI (p<0.0005) and OSDI (p<0.0005) tests. The XI questionnaire (mean 28.4 points, ranging from 11 to 41 for a maximum of 44 points) correlated with syalometry (p=0.018), with the OHIP questionary (p<0.0005) and with the OSDI scale (p=0.004), although it didn't correlate with Schirmer's test. OSDI scores (mean 56.5 points, ranging from 7 to 90 for a maximum of 100 points) didn't correlate with Schirmer's test neither with syalometry, but associated with the XI (p=0.004) and OHIP (p<0.0005) scales.
Conclusions: Unstimulated syalometry is useful in the evaluation of patients suspected of suffering from Sjögren's syndrome, since it can confirm salivary hypofunction in a quick and cheap manner, allowing to differentiate between healthy individuals and patients. In a specialized clinic, the immediate availability of a salivary functional test is important in the classification of PSS or sicca syndrome. The xerostomia and xerophtalmia impact scales were mutually concordant, and since they evaluate the effects of the disease through time, could be helpful in our daily consultation.

Keywords: Sjögren's Syndrome; Xerostomy; Syalometry; Questionnaire; Evaluation.

Introdução

O Síndroma de Sjögren Primário (SSP) é uma doença reumática sistémica de natureza auto-imune caracterizada por infiltração linfocitária e lesão das glândulas exócrinas, da qual resulta hipofunção glandular e consequentemente queixas secas, sobretudo xerostomia e xeroftalmia, mas também secura da pele, vagina e vias respiratórias.[1]

De acordo com os critérios de classificação do «*American-European Consensus Group*»,[2] de 2002, é necessária a presença de 4 entre 6 critérios, sendo obrigatória a presença de biopsia positiva ou anticorpos anti-SSA ou anti-SSB. Vários testes têm sido propostos para avaliar o envolvimento lacrimal e salivar no SSP, e embora tenham um desempenho adequado quando comparando doentes com SSP e controlos,[3,4] o seu valor preditivo na população geral é fraco.[5] Além disso, a distinção entre doentes com SS, doentes com outras patologias das glândulas salivares ou xerostomia induzida por fármacos não é possível com testes de rotina, como a sialometria.[6] A sialometria consiste na medição do fluxo glandular salivar, que pode ser realizada em condições basais (sialometria não-estimulada) ou após estimulação (habitualmente com ácido cítrico), e quantificar a saliva total ou o fluxo de cada glândula salivar *major*. Estão descritos vários métodos de recolha da saliva,[7] mas o mais prático é o da «salivação» sem estimulação, que consiste na simples expulsão da saliva acumulada no pavimento bucal para um recipiente colector.[8] Existem variações significativas entre os vários métodos quanto ao tempo de recolha na sialometria não-estimulada, mas existe consenso quanto à definição de fluxo salivar diminuído, o qual consiste em débito inferior a 0,1 ml/min.[9]

Tendo em conta que uma das principais dificuldades na relação médico-doente é a diferente valorização das queixas, é importante a existência de instrumentos que permitam avaliar o grau de impacto ou morbilidade causada por cada sintoma. Isto permitir-nos-á identificar e satisfazer necessidades terapêuticas específicas numa base individual, com consequente melhoria no estado geral de saúde e qualidade de vida. No que respeita à avaliação das queixas subjectivas de disfunção glandular, existem vários questionários disponíveis, que avaliam quer o componente oral,[10,11] quer o lacrimal,[12,13] ou ambos.[14] Em língua Portuguesa apenas existe um questionário validado, a versão Brasileira do «Oral Health Impact Profile-short form» (OHIP).[15]

Com este trabalho pretendemos avaliar a utilidade e aplicabilidade da sialometria e de instrumentos de avaliação de queixas secas, com vista à sua futura inclusão na consulta de Síndroma de Sjögren. Deste modo estabelecemos dois objectivos: em primeiro lugar, avaliar o desempenho da sialometria na objectivação da hipossalivação, comparando doentes com SSP e indivíduos saudáveis sem queixas secas; e, em segundo lugar, através da aplicação de escalas, avaliar o impacto da xerostomia e xeroftalmia e a sua correlação com os testes funcionais salivares (sialometria) e lacrimais (teste de Schirmer).

Material e Métodos

No Instituto Português de Reumatologia realiza-se

semanalmente uma consulta vocacionada para o Síndroma de Sjögren/Síndroma seco, onde são acompanhados doentes com diagnóstico de Síndroma de Sjögren Primário ou Secundário, bem como doentes com queixas secas orais ou oculares ainda sem critérios de SS (ou no contexto de doenças mimetizantes, como a Sarcoidose e a Hepatite C). Todos os doentes com SSP avaliados cumpriam os critérios do «*American-European Consensus Group*»,[2] e foram seleccionados consecutivamente a partir da consulta, sendo agendada uma visita para realização da avaliação. Durante a avaliação recolheram-se dados sobre a função glandular salivar, teste de Schirmer e queixas subjectivas. Dados relativos aos aspectos clínicos e laboratoriais da doença foram recolhidos a partir dos processos clínicos individuais. Foi formado um grupo controlo constituído por indivíduos sem doença reumática inflamatória e sem queixas secas, emparelhado por sexo e idade, a quem se realizou sialometria.

Testes Glandulares Salivares

Foi realizada sialometria pelo método de salivação, sem estimulação, sendo o tempo de colheita de 10 minutos. Os doentes foram instruídos a não comer, beber ou fumar nos 90 minutos anteriores ao teste. Todas as recolhas foram efectuadas numa altura fixa do dia (neste estudo entre as 14 e as 16 horas), de modo a minimizar flutuações da função salivar relacionadas com o ritmo circadiano. Além disso, foi solicitada a suspensão de substitutos salivares, secretagogos ou pilocarpina pelo menos 6 horas antes da colheita. Os resultados foram expressos em ml/min, e consideraram-se anormais fluxos salivares inferiores a 0,10 ml/min.

Teste de Schirmer

O teste de Schirmer foi realizado com uma tira de papel absorvente com 0,5 × 30 mm, colocada na margem palpebral inferior. Os doentes foram instruídos a não utilizar substitutos lacrimais ou pilocarpina nas 6 horas anteriores ao teste. A medição da quantidade de papel molhada foi realizada após 5 minutos, e valores inferiores a 5 mm foram considerados anormais.

Queixas subjectivas

As queixas dos doentes foram avaliadas utilizando 3 questionários publicados na literatura internacional – o «Xerostomia Inventory» (XI),[10] o «Oral Health Impact Profile-short form» (OHIP)[11] e o «Ocular Surface Disease Index» (OSDI).[13] O questionário XI consiste em 11 questões relativas às queixas do último ano, pontuadas de 0 (nunca) a 4 (sempre), sendo o resultado obtido pelo somatório da pontuação de todas as questões, variando entre 0 e 44. O questionário OSDI consiste em 12 questões referentes ao impacto da xeroftalmia em diversas actividades na última semana, pontuadas de 0 (nunca) a 4 (sempre), sendo o resultado expresso de 0 a 100, após a aplicação de uma fórmula de conversão ao somatório da pontuação das 12 questões. Para utilização neste estudo, estes dois questionários foram traduzidos por um indivíduo bilingue cuja língua materna era o Português. O questionário OHIP foi utilizado na sua versão em português do Brasil,[15] após ligeiras alterações ao vocabulário, e consiste em 14 questões relativas às limitações sentidas, no mês anterior, devido a problemas na boca, dentes ou próteses, sendo pontuado de 0 (nunca) e 4 (sempre), variando de 0 a 56. Em cada um dos questionários, valores mais elevados traduzem maior impacto das queixas secas.

Análise estatística

A análise estatística dos dados foi realizada com o SPSS, versão 13.0 (SPSS Inc., Chicago IL, USA). Foram utilizados os testes de Mann-Whitney e a Correlação de Spearman, com um nível de significância de $p < 0,05$.

Resultados

População

Foram avaliados 45 doentes com SSP e 21 controlos. Todos os indivíduos com SSP eram do sexo feminino, tal como os do grupo controlo. Deste modo, a idade média dos doentes e controlos foi igualmente semelhante (55,4 ± 12,6 anos *versus* 55,1 ± 12,2 anos, respectivamente). Os doentes com SSP apresentavam uma evolução média da doença de 10,5 anos com desvio padrão (DP) de 8,1 anos (variando entre 1 e 38 anos). Todos os doentes referiam queixas de xerostomia, e 96,6% (43 doentes) referiam xeroftalmia. As principais características clínicas e laboratoriais encontram-se resumidas na Tabela I.

Sialometria

O fluxo salivar foi anormal em 71,1% dos doentes com SSP, enquanto que no grupo controlo apenas em um indivíduo (4,8%) este se encontrava diminuído. Em valores absolutos, no grupo de doentes

Tabela I. Características clínicas e laboratoriais da população com SSP

Manifestações	n	Percentagem
Artralgias	39/41	95,1%
Artrite	7/41	17,1%
Envolvimento Sistema Nervoso		
Central	2/41	4,9%
Periférico	4/39	10,3%
Envolvimento Gastro-Intestinal	5/39	12,8%
Envolvimento Cutâneo	14/41	34,1%
Envolvimento Cardio-Pulmonar	3/39	7,7%
Envolvimento Renal	3/41	7,3%
Linfoma	0/41	0%
Vasculite	3/41	7,3%
Fenómeno de Raynaud	17/43	39,5%
Tumefacção parótidas	13/44	29,5%
Anti-SSA	27/38	71,1%
Anti-SSB	19/38	50,0%
Hipergamaglobulinémia	20/37	54,1%
Crioglobulinas	4/26	15,4%
Factores Complemento baixos	9/35	25,7%

com SSP a média de fluxo foi de 0,08 ml/min, variando de 0,00 a 0,45 ml/min, sendo a mediana de 0,06 ml/min e DP de 0,09 ml/min. Nos controlos, o valor médio foi de 0,38 ml/min com mediana de 0,30 e DP de 0,25 ml/min, variando de 0,08 a 0,95 ml/min. O fluxo salivar nos doentes com SSP foi significativamente inferior ao dos controlos, sendo $p<0,0005$. Verificou-se uma correlação inversa entre o resultado da sialometria e o tempo de evolução da doença (p=0,003) após correcção para a idade (Tabela II).

Teste de Schirmer

O teste de Schirmer foi realizado em 43 doentes, sendo anormal (< 5 mm) em 19 indivíduos (44,2%). O valor médio foi de 7,8 mm (DP de 6,0 mm), variando entre 0 e 20 mm. Não se encontrou correlação entre o teste de Schirmer e o fluxo salivar por sialometria (p=0,182). Verificou-se uma associação inversa próxima da significância entre o teste de Schirmer e o tempo de evolução da doença (p=0,085), mas que já não se verificou após correcção para a idade.

Queixas Subjectivas

A Tabela III resume os resultados obtidos nos 3 questionários aplicados, expressos em média, DP, mínimo e máximo.

A pontuação média do questionário OHIP foi de 26,8 (DP de 10,7), com valores entre 2 e 43. A distribuição dos 45 doentes é apresentada na Tabela IV, considerando a escala dividida em 4 quartis.

A pontuação do questionário OHIP não se correlacionou com o fluxo salivar, conforme determinado pela sialometria, mas demonstrou uma forte associação com a a escala XI (p<0,0005). Apesar de não se correlacionar com o teste de Schirmer, a escala OHIP demonstrou, no entanto, uma associação à escala de impacto da xeroftalmia - OSDI (p<0,0005).

Em relação ao questionário XI, cuja pontuação vai de 0 a 44, o valor médio obtido foi de 28,4 (DP de 9,0), com valores entre 11 e 41. Considerando a escala dividida em 4 quartis, a distribuição dos 45 doentes é apresentada na Tabela V.

O questionário XI, correlacionou-se com o questionário OHIP (p<0,0005), mas demonstrou, além disso, uma correlação negativa com a sialometria (p=0,018) não verificada com o OHIP. Tal como a anterior, a escala XI correlacionou-se com a escala OSDI (p=0,004), apesar de não se correlacionar com o teste de Schirmer.

A pontuação média do questionário OSDI foi de 56,5 (DP de 22,0), com valores entre 7,1 e 90,0. Considerando a escala dividida em 4 quartis, a distribuição dos 44 doentes é apresentada na Tabela VI.

A pontuação OSDI não se correlacionou com o

Tabela II. Sialometria no SSP e controlos

Sialometria	SSP (n= 45)	Controlos (n= 21)	
Fluxo <0,10 ml/min	71,1% (32 indivíduos)	4,8% (1 indivíduo)	
Fluxo médio (ml/min) ± DP	0,08 ± 0,09	0,37 ± 0,25	p<0,0005
Mediana (ml/min)	0,06	0,30	
Mínimo (ml/min)	0,00	0,08	
Máximo (ml/min)	0,45	0,95	

Tabela III. Pontuações dos questionários de avaliação de queixas secas

	OHIP-sf (0-56)	Xerostomia Inventory (0-44)	OSDI (0-100)
Média	26,8	28,4	56,5
DP	10,7	9,0	22,0
Mínimo	2	11	7,1
Máximo	43	41	90,0

Tabela IV. Distribuição das pontuações do questionário OHIP

Quartil (pontuação)	Percentagem (N)
1° (0-14)	8,9% (N=4)
2° (15-28)	37,8% (N=17)
3° (29-42)	46,6% (N=21)
4° (43-56)	6,7% (N=3)

Tabela V. Distribuição das pontuações do questionário XI

Quartil (pontuação)	Percentagem (N)
1° (0-11)	4,4% (N=2)
2° (12-22)	20,0% (N=9)
3° (23-33)	46,6% (N=21)
4° (34-44)	28,9% (N=13)

Tabela VI. Distribuição das pontuações do questionário OSDI

Quartil (pontuação)	Percentagem (N)
1° (0-25)	11,4% (N=5)
2° (26-50)	31,8% (N=14)
3° (51-75)	34,1% (N=15)
4° (76-100)	22,7% (N=10)

fluxo lacrimal, conforme determinado pelo teste de Schirmer. Apesar de não se correlacionar com a sialometria, a escala OSDI demonstrou, no entanto, uma forte associação às escalas de impacto da xerostomia – XI (p=0,004) e OHIP (p<0,0005).

Discussão

O principal objectivo deste trabalho foi a aquisição de experiência com métodos simples de avaliação funcional e escalas de avaliação de queixas secas, com vista à sua aplicação numa consulta específica de Síndroma de Sjögren. De facto, esta é uma das doenças reumáticas sistémicas em que a avaliação dos doentes é mais difícil, quer pela ausência de escalas universais de actividade e impacto da doença, quer pela frequente coexistência de outros problemas clínicos que podem condicionar a interpretação dos sinais e sintomas apresentados pelos doentes. As queixas secas têm sido avaliadas em diversos estudos publicados na literatura através de vários questionários, onde se incluem os que utilizámos. Actualmente existe grande interesse no desenvolvimento de instrumentos de avaliação clínica no SSP, tendo sido publicadas escalas de dano e actividade sistémica da doença por dois grupos distintos de investigadores,[16-18] um dos quais recentemente apresentou uma escala de avaliação global.[19] Com vista à elaboração de instrumentos de avaliação que conjuguem os aspectos sistémicos e glandulares da doença numa única escala consensual, foi constituído um grupo de trabalho internacional sob os auspícios da EULAR, para elaboração de uma escala global de avaliação para o SSP, cuja publicação se aguarda.

A sialometria não-estimulada revelou-se um método de aplicação fácil, tendo os doentes apreendido a técnica após uma breve explicação. No entanto, verificámos a ocorrência de algum constrangimento quanto à técnica de recolha utilizada, a salivação, que se ultrapassou com a realização do teste em privacidade, num gabinete isolado. Merece também discussão o tempo de duração da prova, uma vez que nos critérios actuais de SSP a sialometria é considerada com tempo de recolha de 15 minutos, embora na literatura internacional estejam descritas outras durações, até ao mínimo de 5 minutos, para o método de salivação. Com o objectivo de tornar a prova mais rápida e exequível, e considerando como valor de referência a secreção por minuto (0,1 ml/min), adoptámos a duração de 10 minutos. Esta duração, na nossa opinião, é a que mais se adequa à realidade do nosso exercício clínico e ao bem-estar dos doentes, uma vez que nos minutos finais do teste vários doentes referiram sentir-se desconfortáveis por permanecer sem deglutir ou sem realizar estimulação mecânica para lubrificação da boca.

A sialometria mostrou boa capacidade para dis-

tinguir entre doentes com SSP e controlos sem queixas secas. Os nossos resultados apoiam a utilização da sialometria não-estimulada na avaliação de doentes com suspeita de SSP, uma vez que pode confirmar a hipofunção salivar de um modo rápido e barato. Verificou-se, no entanto, que alguns doentes (28,9%) apresentavam fluxos superiores ao valor de referência utilizado (0,1 ml/min), aspecto já referido por outros autores.[20] Esta discrepância pode dever-se à influência de outros factores, não avaliáveis pela sialometria não-estimulada, na origem e impacto da xerostomia, como o fluxo glandular individual,[21] o fluxo após estimulação e as características imuno-químicas da saliva.[22] Também não pode ser excluída a flutuação temporal das queixas relacionada com a variação circadiana do fluxo salivar e com a presença de «reserva salivar», sobretudo em doentes com menor tempo de evolução e menor gravidade da doença. Deverão ser utilizados outros exames para avaliação da função glandular salivar, como a cintigrafia, sempre que se verifique discrepância entre os dados objectivos e subjectivos, mas deverão também ser considerados factores confundentes, como a utilização de medicações xerogénicas e presença de doenças endocrino-metabólicas.[23]

Como instrumento rápido de avaliação de hipofunção glandular, a sialometria teve um melhor desempenho que o teste de Schirmer, que na nossa avaliação foi positivo em apenas 44,2% dos doentes com xeroftalmia. Este desempenho deve-se em parte a limitações do método, dado que não foi utilizado anestésico ocular, mas também da técnica em si, porque se sabe que outros factores além da quantidade de lágrima intervêm no desenvolvimento da xeroftalmia, como as características imuno-químicas da lágrima e a integridade do filme lacrimal e da superfície da córnea, aspectos não avaliáveis por esta técnica. No entanto, o teste de Schirmer mantém interesse como um teste rápido e simples de avaliação da hipo-lacrimação.

Numa consulta especializada de Sindroma de Sjögren, a disponibilidade imediata de testes funcionais, como a sialometria e o teste ocular de Schirmer, constitui uma mais-valia na triagem e classificação do SSP ou sindroma seco. No entanto, deve ter-se em conta que a evolução do compromisso salivar e lacrimal não segue em paralelo em muitos doentes, podendo resultar na inexistência de critérios suficientes para classificação apenas por estes testes.

Os testes de avaliação das queixas subjectivas e do impacto da hipofunção glandular foram desenvolvidos para aplicação em estudos e ensaios clínicos. Neste estudo pretendíamos testar a aplicabilidade deste tipo de questionários na prática clínica, utilizando traduções das escalas XI e OSDI e a versão Brasileira do OHIP após ligeira adaptação do vocabulário. Uma vez que não se encontra realizado o processo de adaptação e validação para a língua portuguesa dos questionários XI e do OSDI, não temos qualquer garantia de que as propriedades psicométricas das escalas originais se mantenham. No entanto, a sua utilização permite quantificar vários aspectos da saúde e vida social e familiar que podem ser afectados pela doença, e permite ao mesmo tempo estratificar os doentes de acordo com o grau de disfunção que sentem. Este aspecto é importante na gestão dos recursos de saúde, porque permite identificar indivíduos com maiores necessidades de cuidados, e ao mesmo tempo orientar a intervenção do médico de modo a ir ao encontro de problemas que de outro modo poderiam não ser detectados ou valorizados.

Em relação à escada OHIP, a versão Brasileira demonstrou manter as propriedades psicométricas da versão original de língua inglesa. Para aplicação neste estudo, foi feita uma adaptação gramatical ao português de Portugal, que não alterou o significado das questões. No entanto, devido à diferença esperada entre a população Brasileira estudada e a nossa população, poderá ser aconselhável no futuro a realização de uma adaptação e validação trans-cultural.

Os três testes utilizados resultaram em pontuações elevadas para a maioria dos doentes, como anteriormente referido. Isto significa que a maior parte dos doentes considera ser bastante afectada pelas queixas secas, quer orais, quer oculares. Merece destaque o facto de se ter verificado uma boa concordância entre os três testes utilizados. Apenas o teste XI se correlacionou com a sialometria, mas as limitações da técnica e o facto de não dispormos de versões validadas destas escalas não nos permite estabelecer conclusões sobre esta associação.

Enquanto os testes funcionais têm uma função principalmente de rastreio nas fases iniciais do acompanhamento médico e estão incluídos nos critérios de classificação, as escalas de impacto das queixas secas são instrumentos fundamentais para avaliação da sua repercussão ao longo do tempo. No âmbito da consulta, a sua aplicação deverá ser periódica, em intervalos pré-estabelecidos (por

exemplo, de 6 meses), ou após modificações da terapêutica (por exemplo, após 3 meses). Uma vez que existe concordância entre as três escalas utilizadas e não existem estudos comparativos entre elas, não é possível recomendar uma em deterimento de outras, embora seja aconselhável a avaliação de ambos os componentes, salivar e lacrimal.

A utilização de escalas para avaliação das queixas subjectivas no SSP poderá ser um valioso auxiliar de consulta e permitir-nos melhorar significativamente a qualidade dos cuidados, não só médicos, mas também de áreas complementares como a Nutrição, Odontologia e Psicologia

Correspondência para
Filipe Barcelos
Instituto Português de Reumatologia
Rua da Beneficência, 7
Apartado 13051
1050-051 Lisboa
E-mail: fduartebarcelos@gmail.com

Referências

1. Talal N. Sjögren's syndrome: Historical overview and clinical spectrum of disease. Rheum Dis Clin N A 1992;18:507-515.
2. Vitali C, et al. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. Ann Rheum Dis 2002;61:554-558.
3. Vitali C, HM Moutsopoulos, S Bombardieri. The European Community Study Group on diagnostic criteria for Sjögren's syndrome. Sensitivity and specificity of tests for ocular and oral involvement in Sjögren's syndrome. Ann Rheum Dis 1994;53:637-647.
4. Kalk WW, et al. Oral and ocular manifestations in Sjögren's syndrome. J Rheumatol 2002; 29:924-930.
5. Hay EM, et al. Weak association between subjective symptoms and objective testing for dry eyes and dry mouth: results from a population based study. Ann Rheum Dis 1998;57: 20-24.
6. van den Berg I, J Pijpe, A Vissink. Salivary gland parameters and clinical data related to the underlying disorder in patients with persisting xerostomia. Eur J Oral Sci 2007;115:97-102.
7. Navadesh M. Methods for collecting saliva. Ann NY Acad Sci 1993;694:72-77.
8. Rosas Gómes de Salazar J, et al. Afectación oral, in Síndroma de Sjögren, M. Ramos Casals, Editor. 2003, Masson: Barcelona. 139-155.
9. Vitali C, et al. Assessment of the European classification criteria for Sjögren's syndrome in a series of clinical defined cases: results of a prospective multicentre study. The European Study Group on Diagnostic Criteria for Sjögren's Syndrome. Ann Rheum Dis 1996;55:116-121.
10. Thomson W, et al. The Xerostomia Inventory: a multi-item approach to measuring dry mouth. Community Dent Health 1999;16:12-17.
11. Slade G, A Spencer. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. Community Dent Health 1994;11:3-11.
12. Nichols K, G Mitchell, K Zadnik. Performance and repeatability of the NEI-VFQ-25 in patients with dry eye. Cornea 2002;21:578-583.
13. Schiffman R, et al. Reliability and validity of the Ocular Surface Disease Index. Arch Ophthalmol 2000;118:615-621.
14. Bowman S, et al. Validation of the Sicca Symptoms Inventory (SSI) for clinical studies of Sjögren's syndrome. J Rheumatol 2003;30:1259-1266.
15. Oliveira B, P Nadanovsky. Psychometric properties of the Brazilian version of the Oral Health Impact Profile-short form. Community Dent Oral Epidemiol 2005;33:307-314.
16. Vitali C, et al. Sjögren's Syndrome Disease Damage Index and disease activity index: scoring systems for the assessment of damade and disease activity in Sjögren's syndrome, derived from an analysis of a cohort of Italian patients. Arthritis Rheum 2007;56: 2223-2231.
17. Bowman S, et al. The Sjögren´s Syndrome Systemic Clinical Activity Index (SCAI)-a systemic disease activity measure for use in clinical trials in primary Sjögren's syndrome. Rheumatology (Oxford) 2007;46: 1845-1851.
18. Barry R, et al. The Sjögren's Syndrome Damage Index-a damage index for use in clinical trials and observational studies in primary Sjögren's syndrome. Rheumatology (Oxford) 2008;47:1193-1198.
19. Vitali C. Measurement of disease activity and damage in Sjögren's syndrome. Rheum Dis Clin N A 2008; 34:963-971.
20. Speight P, A Kaul, R Melson. Measurement of whole unstimulated salivary flow in the diagnosis of Sjögren's syndrome. Ann Rheum Dis 1992;51:499-502.
21. Pijpe J, et al. Progression of salivary gland dysfunction in patients with Sjögren's syndrome. Ann Rheum Dis 2007;66:107-112.
22. Helenius L, et al. Oral and salivary parameters in patients with rheumatic diseases. Acta Odontol Scand 2005;63:284-293.
23. Atkinson J, A. Wu. Salivary gland dysfunction: causes, symptoms, treatment. J Am Dent Assoc 1994;125: 409-416.