



## NUTRIÇÃO & SAÚDE ORAL nas Doenças Reumáticas

### Editorial

**Elsa Mateus**

Presidente da Direção



**‘Não se esqueça  
de cuidar de si,  
dando também atenção  
à sua alimentação  
e à sua saúde oral.’**

Para esta edição do nosso boletim informativo, escolhemos estes **dois temas extremamente relevantes** que nem sempre têm a devida atenção.

É inegável a importância de uma **alimentação saudável e equilibrada** para a saúde.

Recorde-se que, além de outros problemas, a obesidade é um dos fatores de risco acrescido de complicações em caso de infeção por COVID-19. O confinamento e as medidas de proteção no contexto atual têm dificultado a prática regular de atividade física, essencial para prevenir a obesidade, e produzido alterações no comportamento de compra e de consumo de alimentos. Os nutricionistas do Instituto Português de Reumatologia apresentam-nos **recomendações de particular importância** e que não podemos deixar de agradecer.

A **Saúde Oral** é outra área que **não devemos descurar**, sendo fundamental a sensibilização das pessoas com doença reumática, reumatologistas e dentistas para alguns problemas mais frequentes, como salienta a Dra. Daniela Santos Silva.

Não hesite em procurar ajuda especializada e aconselhamento personalizado, adaptado ao seu caso específico. Importa, sobretudo, que **não se esqueça de cuidar de si**, dando também atenção à sua alimentação e à sua saúde oral. ●●

# Nutrição na Reumatologia

## contexto e autores

**Alexandra Cardoso**

**Rita Fernandes**

Nutricionistas

do Instituto Português de Reumatologia

com participação

dos Nutricionistas Estagiários

**Ana Margarida Ribeirinho**

**Ana Ribeiral**

**Cristiana Silva**

**Flávia Neca**

**Marta Calei**

**Rafael Henriques Amaro**

**Ricardo Teixeira**

**Tânia Fernandes**

### IPR

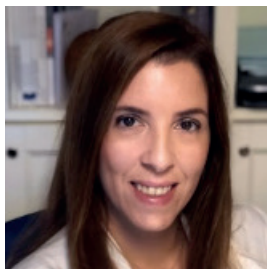
O Instituto Português de Reumatologia (IPR) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), dedicada ao estudo, investigação, prevenção e tratamento das doenças reumáticas desde 1948. O doente reumático é a sua razão de ser e é tratado de uma forma holística e integrada. Atualmente, o IPR dispõe de Unidade de Internamento, Consultas Externas, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, com apoio ao ambulatório e ao Internamento, executa um elevado número de técnicas reumatológicas e meios complementares de diagnóstico e dispõe de uma equipa multidisciplinar que também integra o Serviço Social.

website • [www.ipr.pt](http://www.ipr.pt)

protocolo LPCDR • [www.lpcdr.org.pt/associados/parcerias-e-protocolos/165-instituto-portugues-de-reumatologia](http://www.lpcdr.org.pt/associados/parcerias-e-protocolos/165-instituto-portugues-de-reumatologia)



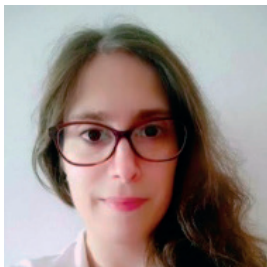
São vastos os **trabalhos de investigação** que **sugerem a nutrição** como um **complemento eficaz ao tratamento farmacológico** das doenças reumáticas, sejam inflamatórias ou autoimunes, em particular na **redução de sintomas** e **risco de complicações**, assim como numa eventual **diminuição da medicação** e no conseqüente alívio dos efeitos secundários. ●●



Alexandra Cardoso



Rita Fernandes



Ana Margarida Ribeirinho



Ana Ribeiral



Cristiana Silva



Marta Calei



Flávia Neca



Rafael Henriques Amaro



Ricardo Teixeira



Tânia Fernandes

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença inflamatória e autoimune caracterizada pela **incidência de sintomas em múltiplos órgãos** que pode englobar a **pele, articulações, rins, pulmões, sistema nervoso central e sistema hematopoiético**.

Apesar da terapia medicamentosa continuar a ser a via mais eficaz no controlo da doença, nos últimos 20 anos tem vindo a ser estudado o papel da nutrição no LES e nas **opções de tratamento complementar por meio do regime alimentar**.

A obesidade é um fator de risco independente do LES e está associado ao aumento dos níveis de mediadores inflamatórios, estando estes já elevados na própria doença, bem como na redução da mobilidade e bem-estar geral. Como tal, um **regime alimentar ajustado às necessidades calóricas individuais é fundamental**.

Uma vez que a **fotossensibilidade** é uma manifestação característica do LES, a exposição ao sol deve ser limitada. É importante a **inclusão de alimentos ricos em vitamina D** (peixes gordos como salmão, atum e sardinha, ovos e alimentos fortificados) e a sua suplementação deve ser considerada<sup>1</sup>.

Os **ómega-3** desempenham, também, um papel importante no controlo da inflamação sistémica, especialmente num regime alimentar tipicamente ocidental, onde a prevalência de **ómega-6** é superior. É **importante existir um equilíbrio entre estes dois ácidos gordos**, uma vez que a sua discrepância promove a circulação de agentes pró-inflamatórios e pró-trombóticos. Como a vitamina D, os ómega-3 podem ser encontrados em peixes gordos. Apesar da sua presença em certos óleos e frutos secos, estas fontes apresentam uma forma menos biodisponível e, geralmente, com níveis mais elevados de ómega-6 do que ómega-3. A sua **suplementação com óleo de peixe ou algas é igualmente importante**<sup>2</sup>.

O baixo consumo de fibras pode explicar, pelo menos de forma parcial, a disbiose comumente prevalente em indivíduos com LES. A **disbiose é caracterizada pelo desequilíbrio da flora intestinal** e nos últimos anos têm surgido associações entre a disbiose e as doenças autoimunes. Desta forma, **é recomendado o consumo de fibras**. Atualmente, a Direção Geral da Saúde recomenda a ingestão de, pelo menos, 25 gramas de fibras. Esta meta é facilmente cumprida através da **substituição do tradicional pão branco** por pão escuro, de mistura ou integral, a **inclusão de cereais de pequeno-almoço não açucarados e ricos em fibra** (como os flocos de aveia ou muesli sem açúcares adicionados), optar pelo consumo da **fruta inteira** em vez das suas versões em bebida, do consumo de **leguminosas** e da inclusão de **produtos hortícolas** (como alface, couve, rúcula, brócolos) no regime alimentar<sup>3</sup>.

Relativamente às vitaminas e minerais, é de destacar especial importância ao consumo de **alimentos ricos em vitamina C** (como laranja, kiwi, goiaba, pimentão, brócolos, tomate), **zinco** (como carne, ostras, caju e laticínios) e **selénio** (como castanha-do-pará, carnes brancas e peixe). ●●

# Lúpus Eritematoso Sistémico

## Recomendações Nutricionais

### Ricardo Teixeira

Nutricionista Estagiário  
Instituto Português de Reumatologia



# Relação entre a Artrite Reumatoide e a Síndrome Metabólica Dieta Mediterrânica

**Ana Ribeiral**

Nutricionista Estagiária  
Instituto Português de Reumatologia



A Artrite Reumatoide (AR) é caracterizada como uma **doença autoimune inflamatória crónica**<sup>4</sup>, envolvendo principalmente as **articulações**, mas que **pode atingir qualquer órgão**<sup>5</sup>.

A **síndrome metabólica** pode ser definida como um **conjunto de anomalias clínicas, metabólicas e bioquímicas**, que incluem a **obesidade**, a **hipertensão arterial**, a **insulinorresistência** e a **dislipidemia**. Estas anomalias contribuem para o aumento do risco de **desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 e acidentes vasculares cerebrais**<sup>6</sup>.

Foram reportados possíveis efeitos terapêuticos através da **dieta mediterrânica** em pessoas com AR, nomeadamente na **redução da dor** e no aumento da função física. Destaca-se o facto de estes doentes apresentarem um risco acrescido no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, sendo que a dieta mediterrânica demonstra ser capaz de prevenir este desenvolvimento<sup>7</sup>. Verificaram-se igualmente efeitos benéficos aquando da **ingestão de doses moderadas a altas de ácidos gordos Ómega-3** (EPA e DHA), em vários parâmetros da atividade da doença<sup>8</sup>. Os ácidos gordos Ómega-3 têm demonstrado efeitos protetores contra as doenças cardiovasculares – podendo apresentar efeitos benéficos secundários a estes doentes, e uma ação anti-inflamatória – e potencial na diminuição da atividade e da sintomatologia na artrite reumatoide<sup>9</sup>.

**A AR está associada a alterações consideráveis da composição corporal, dos lípidos e da sensibilidade à insulina** – especialmente quando se encontra num estado ativo da doença, sendo que estas alterações também estão implícitas à maioria da componente da síndrome metabólica<sup>10</sup>. Os doentes com AR têm uma elevada prevalência de obesidade, pois apresentam alterações significativas na sua composição corporal, especificamente na **redução da massa muscular** e no **aumento da massa gorda corporal e visceral**. Esta condição foi denominada como “caquexia reumatoide”, onde acredita-se haver uma associação com o aumento da morbilidade e mortalidade da AR e, novamente, uma associação entre esta doença e a síndrome metabólica. Essa associação é também suportada pelo reporte de uma **elevada ocorrência de insulinorresistência** em doentes com AR<sup>11,12</sup>.

O aconselhamento nutricional deve focar-se em **assegurar uma alimentação completa, equilibrada e variada**, que atinja as recomendações nutricionais de **antioxidantes, ácidos gordos polinsaturados Ómega-3, vitaminas e minerais**, de forma a reduzir a severidade da sintomatologia e evolução da AR. Devem **evitar-se alimentos com características inflamatórias**, como as gorduras, principalmente **gorduras saturadas**, o **açúcar** presente em alimentos industrializados, os **farináceos** muito processados, dando preferência a cereais integrais. É importante fazer um **reforço na ingestão de verduras e frutas** maximizando o aporte multivitamínico, e de **peixes de mar**, como a sardinha, a cavala, o salmão, entre outros. ●●

**OBESIDADE**

É um problema de saúde pública e uma doença crónica, definida como uma patologia em que o excesso de gordura corporal acumulada pode afetar a saúde. Pode ser avaliada pelo índice de massa corporal (IMC) que permite saber se o peso se adequa à altura. É calculado dividindo o peso (em kg) pela altura ao quadrado (em metros).

**cálculo IMC**

$IMC = \text{Peso} \div (\text{Altura} \times \text{Altura})$  ou  $IMC (kg/m^2) = \text{peso} (kg) / \text{altura}^2 (m^2)$

**interpretação do IMC**

**baixo peso**  $\leq 18,5$

**peso normal** = 18,5 – 24,9

**excesso de peso** = 25

**pré-obesidade** = 25 – 29,9

(peso corporal excessivo)

**obesidade** > 30

classe 1 = 30 – 34,9 (moderada)

classe 2 = 35 – 39,9 (grave)

classe 3 = 40 (mórbida)

adaptado • [www.sns24.gov.pt/](http://www.sns24.gov.pt/)

tema/doencas-chronicas/obesidade

**HIPERTENSÃO ARTERIAL**

A Pressão Arterial (PA) é a força com que o sangue circula pelo interior das artérias no corpo. A Hipertensão Arterial (HTA) ocorre quando esta pressão se encontra elevada de forma crónica. A PA tem duas medidas: a pressão arterial sistólica ou “máxima” e a pressão arterial diastólica ou “mínima”.

Considera-se que uma pessoa é hipertensa quando apresenta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, um dos valores de PA (sistólica ou diastólica) ou ambos, iguais ou superiores a 140/90mmHg, determinados por um profissional treinado e utilizando um aparelho calibrado e validado.

adaptado • [www.sphta.org.pt/pt/base8\\_detail/24/89](http://www.sphta.org.pt/pt/base8_detail/24/89)

**INSULINORRESISTÊNCIA**

Resistência das células à ação da insulina. Ou seja, os transportadores de glicose não respondem à insulina que circula no sangue e a sua função não se realiza plenamente. Como resposta e porque o organismo continua a enviar sinais de que falta energia nas células, o pâncreas produz ainda mais insulina. Numa fase inicial, consegue compensar esta falha e os níveis de açúcar no sangue mantêm-se em valores normais. No entanto, pode progredir, fazendo com que o organismo perca progressivamente a sensibilidade à insulina.

adaptado • [www.diabetes365.pt/saber/a-insulinorresistencia-explicada](http://www.diabetes365.pt/saber/a-insulinorresistencia-explicada)

**DISLIPIDEMIA**

Termo utilizado para designar todas as anomalias quantitativas ou qualitativas dos lípidos (gorduras) no sangue. As dislipidemias podem ser de vários tipos:

- podem-se manifestar por um aumento dos triglicéridos (TG's);
- por um aumento do colesterol;
- por uma combinação dos dois factores anteriores (a dislipidemia mista);
- e ainda por uma redução dos níveis de HDL (o chamado “bom” colesterol).

adaptado • [www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/dislipidemia](http://www.fpcardiologia.pt/saude-do-coracao/factores-de-risco/dislipidemia)

**DIABETES MELLITUS TIPO 2**

É o tipo mais comum de Diabetes, causada por um desequilíbrio no metabolismo da insulina. O défice de insulina e a resistência à insulina fazem com que seja necessária uma maior quantidade de insulina para a mesma quantidade de glicose no sangue.

As pessoas com maior resistência à insulina podem, numa fase inicial, apresentar valores mais elevados de insulina e valores de glicose normais. À medida que o tempo passa, o organismo vai tendo maior dificuldade em compensar este desequilíbrio e os níveis de glicose sobem. A Diabetes tipo 2 tem como principais factores de risco a obesidade, o sedentarismo e a predisposição genética.

adaptado • <https://apdp.pt/diabetes/abc-da-diabetes>

**ACIDENTES VASCULARES**

**CEREBRAIS (AVC)**

Vulgarmente conhecido por trombose ou embolia cerebral, o AVC acontece quando o fornecimento de sangue para uma parte do cérebro é impedido, devido a um bloqueio ou derrame. É uma emergência médica que exige uma atuação rápida

adaptado • [www.inem.pt/2017/05/29/acidente-vascular-cerebral](http://www.inem.pt/2017/05/29/acidente-vascular-cerebral)

**ÓMEGA-3**

Os ácidos gordos da série ómega-3 são ácidos gordos polinsaturados essenciais ao organismo, ou seja, temos que os obter exclusivamente a partir da nossa alimentação uma vez que não os conseguimos produzir. Existem 3 tipos de ácidos gordos da série ómega-3:

- ácido alfa linolénico (ALA – C18:3);
- ácido eicosapentaenoico (EPA – C20:5);
- ácido docosaexaenoico (DHA – C22:6).

O ALA está naturalmente presente em alimentos de origem vegetal e o EPA e DHA no pescado e óleos de peixe. Quando ingerimos ácidos gordos da série ómega-3 na forma de ALA este vai sofrer processos enzimáticos que o vão converter em EPA e DHA, mas esta conversão não se dá a 100%, por isso devemos preferencialmente incluir fontes que já contenham EPA e DHA e não apenas fontes de ALA.

**MORBILIDADE**

Morbilidade ou morbidade é a relação entre o número de casos de uma doença e o total de indivíduos de uma determinada população, num dado momento ou ao longo de determinado período.

adaptado • [www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/morbilidade](http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/morbilidade)

**Artrite Reumatoide**

doença autoimune inflamatória crónica que envolve principalmente as articulações



# Síndrome de Sjögren

## Cuidados Alimentares

**Flávia Neca**

Nutricionista Estagiária  
Instituto Português de Reumatologia



### GLOSSÁRIO

#### REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Consiste na passagem de conteúdo do estômago, habitualmente ácido, para o esófago na ausência de vômito.

#### DISFAGIA

Dificuldade em deglutir (engolir).

#### DISPEPSIA

Dificuldade em digerir; com dor e sintomas de desconforto; indigestão.

#### OBSTIPAÇÃO

Também chamada “prisão de ventre”, caracteriza-se por uma dificuldade persistente em evacuar ou por uma evacuação que exige um grande esforço e que ocorre menos de uma a duas vezes por semana. Neste caso, as fezes tornam-se frequentemente mais secas, duras, fragmentadas e difíceis de expelir, causando vários sintomas de mal-estar e desconforto.

adaptado • [www.obstipacao.pt/entender\\_a\\_obstipacao-saber-mais](http://www.obstipacao.pt/entender_a_obstipacao-saber-mais)

#### MOTILIDADE

Faculdade de mover ou de se mover.

#### SIALOGOGO

Que provoca salivação.

A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença reumática autoimune sistémica, caracterizada pela **inflamação crónica das glândulas exócrinas**, particularmente das glândulas salivares e lacrimais, ocasionando **sintomas de secura** (xerostomia e xerofalmia, respetivamente). Outros sintomas característicos incluem **fadiga** e **dor músculo-esquelética**. Pode ocorrer na forma primária, não associada a outras doenças reumáticas, ou ser secundária a outras enfermidades, como a artrite reumatoide.

Ao **nível do trato gastrointestinal**, pode ainda ocorrer **refluxo, disfagia, dispepsia e obstipação**, causadas por problemas de motilidade no esófago, estômago ou intestinos, podendo também estar relacionadas com a **diminuição do fluxo salivar**<sup>13</sup>. As complicações inerentes a esta diminuição incluem **infecções orais** (candidíase; doença periodontal; cáries), **diminuição da mineralização** (formação de cáries) e **diminuição da lubrificação**, surgindo problemas na fala, dificuldade na deglutição, sensação de secura e queimadura, dificuldade na mastigação e insalivação, perturbação no paladar e sensibilidade aumentada para alimentos quentes, por exemplo.

Essas manifestações podem afetar a ingestão de alimentos, sendo **fundamental uma alimentação saudável e orientação nutricional adequada, aliadas ao tratamento farmacológico**, de forma a minimizar as consequências da SS na vida dos pacientes acometidos.

O tratamento é focado principalmente no **controlo dos sintomas e prevenção ou tratamento de complicações** resultantes da doença. A abordagem terapêutica da secura oral passa pelo aconselhamento e educação sobre a necessidade de monitorização regular da saúde oral e cuidados para prevenir a doença periodontal, como terapia de primeira linha.

**Manter uma boa prática de higiene oral** no geral, recorrendo a outros tratamentos se necessário, como o uso de substitutos e géis salivares, pastilhas sem açúcar (para estimulação salivar por via mecânica), flúor, soluções antibacterianas (clorexidrina, por exemplo) e sialogogos orais (por exemplo, pilocarpina, cevimelina)<sup>14,15</sup>. Recomenda-se o humedecimento frequente da cavidade oral com **água** e ingestão de outros líquidos, bem como uma **alimentação com baixo consumo de açúcares** – de forma a diminuir o risco de cárie – e evitar alimentos com consistência dura e seca – que podem causar desconforto nas mucosas devido à falta de solubilização pela redução de saliva.

**Alimentos que devem ser evitados** são: condimentos e temperos industrializados (picante e salgado), conservas e enlatados, queijos secos e duros, alimentos e bebidas quentes, bebidas com cafeína e álcool (aumentam a secura bucal), tostas ou bolachas de água e sal (exceto misturadas com líquidos ou sopas).

**Alimentos recomendados** incluem: temperos naturais, proteínas (carnes de aves, peixe, feijão, ovos, leguminosas cozidas), laticínios (leites magros, iogurte, queijos com consistência mole), frutas moles, frutas cozidas ou em sumos, vegetais (cozidos, tenros, na sopa ou em sumos), pão de consistência mole ou adicionado à sopa. **Alimentos ricos em ómega-3** (salmão, sardinha, atum, linhaça e azeite) são recomendados por terem efeito anti-inflamatório. Estudos recentes associam a **dieta mediterrânica** (baseada no consumo de frutas, vegetais, grãos inteiros, peixes e baixa ingestão de carnes vermelhas e açúcar) a uma redução da inflamação e das doenças cardiovasculares tão frequentemente associadas a esta patologia<sup>16,17</sup>.

Caso se identifique **carência de vitamina D**, verificada em pacientes com SS, poderá ser suplementada, se necessário. Esta carência pode estar relacionada a vários fatores, como exposição insuficiente ao sol devido à fotossensibilidade ou à sensibilidade à luz solar relacionada com a secura ocular (xerofalmia), ingestão insuficiente devido a má absorção e, com menos frequência, envolvimento renal.

Em situações mais graves, poderá ser necessário recorrer a dietas líquidas, sendo importante assegurar nestes casos que o paciente recebe as quantidades nutricionais recomendadas e adaptadas às suas necessidades. ●●

A Gota, conhecida como “a doença dos reis”, é a **forma mais comum de artrite inflamatória no mundo**. É uma desordem do metabolismo das purinas, caracterizada por um **nível elevado** (no entanto variável) de **ácido úrico no sangue** (hiperuricemia) e por um início repentino de artrite aguda severa resultante da **deposição de cristais de ácido úrico nos tecidos conjuntivos e na cartilagem articular**, sobretudo nos membros inferiores<sup>18,19</sup>.

O aumento continuado dos níveis de ácido úrico no sangue é o principal fator de risco no desenvolvimento da Gota. Os **fatores genéticos**, a **função renal comprometida**, o **sobrepeso**, o sexo **masculino**, o aumento da **idade**, a **alimentação** e a **medicação** são os principais fatores que contribuem para a hiperuricemia<sup>20</sup>.

Dado que a Gota é uma **doença multifatorial**, a intervenção da alimentação (**dieta pobre em purinas**) e no estilo de vida, nomeadamente o **aumento da atividade física** pode beneficiar o doente, pois o sobrepeso é um fator de risco conhecido na Gota<sup>21</sup>.

Deve ser reduzida a ingestão alimentar de alimentos ricos em purinas (**carne de porco, carne vermelha, vísceras de animais, produtos de charcutaria, marisco, conservas de peixe e álcool**) e incentivada a **ingestão de laticínios com baixo teor de gordura**<sup>22</sup> (pelo seu efeito uricosúrico – aumento da excreção de ácido úrico através da urina)<sup>23</sup>, o consumo de **alimentos de origem vegetal** e a **ingestão de água abundante** desde que não haja contraindicação<sup>24,25</sup>.

A **ingestão controlada de fruta ainda é um tema não consensual** na comunidade científica, havendo necessidade de mais estudos relativamente ao efeito hiperuricemiante da frutose. Contudo, publicações recentes demonstraram que a ingestão de fruta apresentou um efeito protetor (efeito uricosúrico), sobretudo em indivíduos submetidos à dieta “DASH” (uma dieta rica em frutas, legumes e laticínios magros) predominantemente utilizada em casos de hipertensão arterial<sup>26,27,28</sup>.

No entanto, apesar dos benefícios de alteração do estilo de vida, **o tratamento primário é a terapêutica medicamentosa** que deve ser iniciada segundo indicação do médico<sup>25</sup>. ●●

## Gota

### Dieta DASH

#### Rafael Henriques Amaro

Nutricionista Estagiário

Instituto Português de Reumatologia



mais informação sobre GOTA

website • [www.agotanaonospara.pt](http://www.agotanaonospara.pt)

webinar • o essencial sobre Gota • <https://youtu.be/kPp4NbjfzIA>



23<sup>o</sup> Fórum de Apoio ao Doente Reumático

3 DEZEMBRO  
18:30 - 19:30

**Novos Desafios WEBINAR 5<sup>a</sup> Sessão**  
**O ESSENCIAL SOBRE GOTA**

Abertura e moderação  
Ana Vieira, Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas

O Essencial sobre Gota  
Dr.ª Susana Capelo, Vice-Presidente da LPCDR, Reumatologista,  
Coordenadora da Consulta de Subespecialidade de Gota no Hospital de Santa Maria

Q&A

Apresentação do website [agotanaonospara.pt](http://agotanaonospara.pt)

Q&A e Encerramento  
Ana Vieira

APÓIO:

IGP INSTITUTO GENEALÓGICO DE DOENÇAS REUMÁTICAS  
L. MANUELA HENRIQUES

#### GLOSSÁRIO

##### DIETA DASH

Dietary Approches to Stop Hypertension -  
Abordagem Alimentar contra a Hipertensão

[www.sptha.org.pt/pt/base8\\_detail/25/104](http://www.sptha.org.pt/pt/base8_detail/25/104)

# Doença Celíaca e Inflamação

## Cuidados Alimentares

**Ricardo Teixeira**

Nutricionista Estagiário  
Instituto Português de Reumatologia



A doença celíaca (DC) é uma doença autoimune **desencadeada pela ingestão alimentar de glúten**. Como consequência desta exposição, **os indivíduos geneticamente suscetíveis desenvolvem reações autoimunes**, resultando em **alterações estruturais e inflamação crónica da mucosa do intestino delgado**, com **influência na absorção de nutrientes** como o ferro, ácido fólico, cálcio, vitaminas lipossolúveis e água.

O **glúten** é uma **proteína vegetal** composta por prolaminas e glutaminas, sendo a gliadina a principal componente tóxica, **presente em vários cereais**, principalmente no trigo, centeio, cevada e aveia, mas também no malte, espelta, triticale, bulgur e kamut.

O quadro clínico da DC é diverso, com um **número significativo de doentes celíacos assintomáticos**. A manifestação clássica da DC é caracterizada pela má absorção nutricional evidente que apresenta **diarreia crónica, esteatorreia, distensão abdominal, perda de peso e atraso de crescimento em crianças**. Existem, também, sintomas como **fadiga, osteopenia, deficiência de ferro, anemia e distúrbios neurológicos**, como a depressão.

**Os doentes celíacos apresentam um risco aumentado de desenvolver doenças autoimunes**, particularmente diabetes mellitus tipo I e tiroidite autoimune, mas também hepatite autoimune, artrite reumatoide, síndrome de Sjögren, entre outras. Da mesma forma, **indivíduos com doenças autoimunes apresentam uma prevalência significativamente maior no desenvolvimento da DC** em relação à população geral.

O **diagnóstico da DC requer biópsia duodenal** enquanto o paciente se encontra a realizar um regime alimentar que contém glúten e, na maioria dos indivíduos adultos, análises sanguíneas. A biópsia permanece essencial para o diagnóstico da DC em adultos, não podendo ser substituída pela serologia.

Um **regime alimentar isento de glúten** tem sido considerado como o **único tratamento eficaz** para a DC. Foi demonstrado que a adesão a este regime resulta na cura parcial ou completa da mucosa duodenal, juntamente com a resolução sintomática e sinais de má absorção. Foi observado que a recuperação da mucosa leva mais tempo e é, frequentemente, mais incompleta em adultos do que em crianças.

A DC **não tem cura**, mas pode ser **perfeitamente controlada pela eliminação total do glúten da dieta**. Existem inúmeros produtos alimentares com glúten, como os cereais, pães, massas, pizza, bolos, bebidas, entre muitos outros, sendo essencial a ingestão exclusiva de alimentos com rótulo explícito de “sem glúten”. No mercado alimentar, estão disponíveis vários alimentos para substituição dos cereais restritos, como farinhas sem glúten à base de arroz, milho, batata, feijão, soja, quinoa, tapioca, mandioca, millet e amaranto<sup>29,30</sup>.

É importante **evitar a contaminação cruzada**:

- evitar armazenar alimentos sem glúten em recipientes onde tenham anteriormente acondicionado alimentos com glúten, sem os lavar primeiro;
- um doente celíaco não deve usar a mesma torradeira que é usada por uma pessoa não celíaca;
- preparar primeiro os alimentos sem glúten e isolá-los dos restantes alimentos com glúten;
- ter atenção ao consumo de fritos em cafés e/ou restaurantes e verificar sempre todos os ingredientes de todos os alimentos que consome;
- deve, também, alertar o seu médico acerca da sua condição, uma vez que existem medicamentos que apresentam glúten na sua composição<sup>29,30</sup>. ●●

## GLOSSÁRIO

### ESTEATORREIA

Presença de gordura nas fezes, devido a má digestão e absorção destas; caracteriza-se por fezes moles, de cheiro fétido.

### DISTENSÃO ABDOMINAL

Sensação de inchaço ao nível do estômago ou abdómen, habitualmente associada à acumulação de gases.

adaptado • [www.spg.pt/publico/gastroenterologia-saiba-mais](http://www.spg.pt/publico/gastroenterologia-saiba-mais)

### OSTEOPENIA

Diminuição progressiva da densidade dos ossos, menor do que a verificada em casos de osteoporose; perda de massa óssea.

adaptado • [www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/osteopenia](http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/osteopenia)

### ANEMIA

Situação clínica que resulta da diminuição do número de eritrócitos (glóbulos vermelhos) no sangue, ou do conteúdo de hemoglobina para valores inferiores aos considerados normais para a idade, sexo e etapa de crescimento.

adaptado • <https://awgp.pt/perguntas-frequentes>

### DIABETES MELLITUS TIPO I

Também conhecida como Diabetes Insulino-Dependente, neste tipo de Diabetes do Tipo I as células  $\beta$  do pâncreas deixam de produzir insulina pois existe uma destruição maciça dessas células. As pessoas com Diabetes Tipo I necessitam de terapêutica com insulina para toda a vida porque o pâncreas deixa de a poder fabricar.

### TIROIDITE AUTOIMUNE

Tiroidite, significa inflamação da glândula tiroide. A tiroide é uma pequena glândula situada na base do pescoço, logo abaixo da maçã-de-Adão, que produz hormonas que coordenam muitas das nossas funções corporais, como a temperatura do corpo ou a velocidade a que queimamos as calorias. No início do século XX um médico japonês, de nome Hakaru Hashimoto, identificou esta doença que recebeu o seu nome: tiroidite de Hashimoto. A tiroidite crónica ou de Hashimoto também pode ser chamada tiroidite linfocítica ou tiroidite autoimune.

adaptado • <https://adti.pt/2017/10/04/tiroidite-chronica-ou-de-hashimoto>

### HEPATITE AUTOIMUNE

Doença inflamatória do fígado, progressiva, que pode evoluir para cirrose hepática. Pode surgir associada a outras doenças autoimunes como: diabetes mellitus, colite ulcerosa, artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistémico.

adaptado • [www.spg.pt/publico/gastroenterologia-saiba-mais](http://www.spg.pt/publico/gastroenterologia-saiba-mais)

### BIÓPSIA DUODENAL

A endoscopia digestiva alta é um procedimento utilizado para visualizar o tubo digestivo superior, incluindo o esófago, estômago e duodeno, através de um tubo flexível equipado com uma pequena câmara na extremidade que transmite a imagem para um monitor.

O tubo flexível (endoscópio) é inserido na boca e passa através da garganta para o esófago, estômago e duodeno. O endoscópio possui também componentes que permitem colher, de forma indolor, fragmentos de tecido (biópsia).

adaptado • [www.celiacos.org.pt/diagnostico](http://www.celiacos.org.pt/diagnostico)  
• Endoscopia digestiva alta com biópsias do duodeno (bulbo e segunda porção) • [www.sped.pt/index.php/publico/exames-endoscopicos/endoscopia-digestiva-alta](http://www.sped.pt/index.php/publico/exames-endoscopicos/endoscopia-digestiva-alta)

### CONTAMINAÇÃO CRUZADA

Ocorre quando dois alimentos diferentes entram em contacto e o alimento "seguro" passa a conter uma pequena quantidade do alimento alergénico, tornando-se assim perigoso para o indivíduo com doença celíaca ou alergia, mesmo que essa quantidade seja ínfima.

adaptado • [www.celiacos.org.pt/contaminacao-cruzada](http://www.celiacos.org.pt/contaminacao-cruzada)

## Dieta Sem Glúten



## DOENÇA CELÍACA

### A SABER



## INGREDIENTES PROIBIDOS

- **MALTE** extrato e xarope
- **CEREAIS** que não indiquem a origem
- **AMIDOS** de qualquer cereal são proibidos
- **PROTEÍNA VEGETAL** que não indique a origem
- **FIBRAS ALIMENTARES** que não indiquem a origem
- **ADITIVOS ALIMENTARES** dos grupos **E-14XX**

## COM GLÚTEN GRÃOS, FARINHAS e AMIDOS

- **AVEIA**  
excepto se for  
certificada como  
*isenta de glúten*  
e não tenha sofrido  
contaminação cruzada
- **CENTEIO**
- **CEVADA**
- **CUSCUZ**
- **DURUM**
- **EINKORN**
- **ESPELTA**
- **GRAHAM**
- **KAMUT**
- **STEITAN**
- **SEMOLINA**
- **TRICALE**
- **TRIGO**  
farelo, gérmen, amido

## SEM GLÚTEN GRÃOS, FARINHAS e AMIDOS

- **ARROZ**
- **AMARRANTO**
- **ARARUTA**
- **FARINHAS de LEGUMINOSAS**  
feijão, ervilha, fava,  
grão de bico
- **FARINHAS de FRUTOS OLEAGINOSOS**  
avelã, amêndoa, noz
- **FARINHA de SOJA**
- **FÉCULA e AMIDO de BATATA**
- **MILHO**
- **MILLET**
- **SEMENTES de LINHAÇA**
- **QUINOA**
- **TRIGO-SARRACENO**
- **TAPIOCA**
- **TEFF**

## REFERENCIAS

- 1 Md Asiful Islam, Shahad Saif Khandker, Przemyslaw J. Kotyla. Immunomodulatory Effects of Diet and Nutrients in Systemic Lupus Erythematosus (SLE): A Systematic Review. *Front. Immunol.*, 22 July 2020. doi: 10.3389/fimmu.2020.01477.
- 2 Huerta MDR, Trujillo-Martin MM, Rua-Figueroa I, et al. Healthy lifestyle habits for patients with systemic lupus erythematosus: a systemic review. *Semin Arthritis Rheum.* 2016 Feb;45(4):463-70. doi: 10.1016/j.semarthrit.2015.09.003.
- 3 Direção Geral da Saúde. "Fibra". Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/nutriente/fibra/> Acedido a: 19 de Setembro de 2020.
- 4 Angelotti F, Parma A, Cafaro G, Capecci R, Alunno A, Puxeddu I. One year in review 2017: pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2017 May-Jun;35(3):368-378. Epub 2017 Jun 7.
- 5 Queiroz, M.V. (2011). Doenças reumáticas - guia & exercícios para doentes. Lisboa: Lidel.
- 6 Zafar U, Khaliq S, Ahmad HU, Manzoor S, Lone KP. Metabolic syndrome: an update on diagnostic criteria, pathogenesis, and genetic links. *Hormones (Athens, Greece).* 2018 Sep;17(3):299-313. doi: 10.1007/s42000-018-0051-3.
- 7 Forsyth, C., Kouvari, M., D'Cunha, N.M. et al. The effects of the Mediterranean diet on rheumatoid arthritis prevention and treatment: a systematic review of human prospective studies. *Rheumatol Int* 38, 737–747 (2018). doi:10.1007/s00296-017-3912-1.
- 8 Tedeschi, S.K., Costenbader, K.H. Is There a Role for Diet in the Therapy of Rheumatoid Arthritis?. *Curr Rheumatol Rep* 18, 23 (2016). doi:10.1007/s11926-016-0575-y.
- 9 Kostoglou-Athanassiou I, Athanassiou L, Athanassiou P. The Effect of Omega-3 Fatty Acids on Rheumatoid Arthritis. *Mediterr J Rheumatol.* 2020 Jun 30;31(2):190-194. doi: 10.31138/mjr.31.2.190.
- 10 Crowson CS, Roloffstad S, Ikeda E, et al. Impact of risk factors associated with cardiovascular outcomes in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases Published Online First: 06 September 2017.* doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211735.
- 11 Amaro, I.F., Juanatey, C. G., Mejias, R. L., Zarrabeitia, L. R. e Gay, M.A. G. Metabolic syndrome in rheumatoid arthritis. *Mediators of Inflammation*, vol. 2013, Article ID 710928, 11 pages, 2013. doi:10.1155/2013/710928.
- 12 Kerekes, G., Nummohamed, M., González-Gay, M. et al. Rheumatoid arthritis and metabolic syndrome. *Nat Rev Rheumatol* 10, 691–696 (2014). doi:10.1038/nrrheum.2014.121
- 13 Ebert EC. Gastrointestinal and hepatic manifestations of Sjogren syndrome. *J Clin Gastroenterol.* 2012 Jan;46(1):25-30. doi: 10.1097/MCG.0b013e3182329d9c.
- 14 Kuklinski E, Asbell PA. Sjogren's syndrome from the perspective of ophthalmology. *Clin Immunol.* 2017 Sep;182:55-61. doi: 10.1016/j.clim.2017.04.017.
- 15 Valim, V., Trevisani, V., Pasoto, S. et al. Recommendations for the treatment of Sjögren's syndrome. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 55 (5), 446-457, 2015. doi: 10.1016/j.rbre.2015.08.002
- 16 Machowicz A, Hall I, de Pablo P, et al. Mediterranean diet and risk of Sjögren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol.* 2020 Jul-Aug;38 Suppl 126(4):216-221. PMID: 33095150.
- 17 C.Y. Castrejón-Morales, et al. Omega-3 and omega-6 fatty acids in primary Sjögren's syndrome: clinical meaning and association with inflammation. *Clin Exp Rheumatol.* 2020 Jul-Aug;38 Suppl 126(4):34-39. PMID: 32896265.
- 18 Nielsen, S. M., Zebbe, K., Kristensen, L. E., & Christensen, R. Nutritional recommendations for gout: An update from clinical epidemiology. *Autoimmunity reviews*, 17(11), 1090-1096, November 2018. doi: 10.1016/j.autrev.2018.05.008.
- 19 Richette, P., & Bardin, T. Gout. *The Lancet*, 375(9711), 318-328, January 23, 2010. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60883-7.
- 20 Dalbeth, N., Choi, H.K., Joosten, L.A.B. et al. Gout. *Nat Rev Dis Primers* 5, 69 (2019). doi: 10.1038/s41572-019-0115-y.
- 21 Matsumoto H et al. *Clin Rheumatol.* 2017 Aug;36(8):1839-1847.
- 22 Li, R., Yu, K., & Li, C. Dietary factors and risk of gout and hyperuricemia: a meta-analysis and systematic review. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2018;27(6):1344-1356. doi: 10.6133/apjcn.201811\_27(6).0022.
- 23 Zgaga L, Theodoratou E, Kyle J, Farrington SM, Agakov F, Tenesa A, Walker M, McNeill G, Wright AF, Rudan I, Dunlop MG, Campbell H. The association of dietary intake of purine-rich vegetables, sugar-sweetened beverages and dairy with plasma urate, in a cross-sectional study. *PLoS One.* 2012;7(6):e38123. doi: 10.1371/journal.pone.0038123.
- 24 Beyl RN Jr, Hughes L, Morgan S. Update on Importance of Diet in Gout. *Am J Med.* 2016 Nov;129(11):1153-1158. doi: 10.1016/j.amjmed.2016.06.040.
- 25 Miguel, C., & Mediavilla, M. J. Abordagem actual da gota. *Acta Med Port.* 2011; 24(5):791-798.
- 26 Nakagawa T, Lanaspas MA, Johnson RJ. The effects of fruit consumption in patients with hyperuricaemia or gout. *Rheumatology (Oxford).* 2019 Jul 1;58(7):1133-1141. doi: 10.1093/rheumatology/kez128.
- 27 Rai SK, Fung TT, Lu N, Keller SF, Curhan GC, Choi HK. The Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet, Western diet, and risk of gout in men: prospective cohort study. *BMJ.* 2017 May 9;357:j1794. doi: 10.1136/bmj.j1794.
- 28 Tang O, Miller ER 3rd, Gelber AC, Choi HK, Appel LJ, Juraschek SP. DASH diet and change in serum uric acid over time. *Clin Rheumatol.* 2017 Jun;36(6):1413-1417. doi: 10.1007/s10067-017-3613-x.
- 29 Itzlinger A, Branchi F, Elli L, Schumann M. Gluten-Free Diet in Celiac Disease- Forever and for All? *Nutrients.* 2018 Nov 18;10(11):1796. doi: 10.3390/nu10111796.
- 30 Associação Portuguesa de Celíacos. Disponível em: [https://www.celiacos.org.pt/wp-content/uploads/2020/01/CARTAO\\_3Ps\\_final2.pdf](https://www.celiacos.org.pt/wp-content/uploads/2020/01/CARTAO_3Ps_final2.pdf) Acedido a: 21 de Setembro de 2020.

# Saúde Oral e Doenças Reumáticas

## Quais os Principais Problemas a Vigiar

### Prevenção e Tratamento

**Daniela Santos Silva**

Médica Dentista  
Instituto de Periodontologia  
Faculdade de Medicina  
da Universidade de Coimbra



As **doenças reumáticas inflamatórias**, como a Artrite Reumatoide (AR), a Esclerose Sistémica (ES), o Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) e a Síndrome de Sjögren (SS), são um grupo de condições distintas caracterizadas pela produção de autoanticorpos que podem provocar lesões em diversas estruturas do organismo.

Muitos dos **indivíduos portadores deste tipo de doenças apresentam manifestações orais** que podem, inclusivamente, ser o primeiro sinal clínico ou sintoma da doença sistémica. Apesar da **evidência clínica e científica** nos mostrar claramente a **inter-relação com a saúde oral**, esta é ainda uma área à qual é dada pouca importância, seja por doentes ou por profissionais de saúde.

Pela sua **incidência e importância**, irei abordar essencialmente **quatro manifestações orais no contexto das doenças reumáticas**: doença periodontal, microstomia, aftas e xerostomia (boca seca).

### DOENÇA PERIODONTAL

A doença periodontal (DP) é a **doença infecciosa crónica mais comum** no Ser Humano, é **causada por bactérias e afecta os tecidos de suporte do dente** (gengiva, osso e ligamento periodontal). Pode iniciar-se por um processo reversível e relativamente simples de resolver - a gengivite - evoluindo, no caso de ausência de tratamento adequado, para um processo crónico - a periodontite (**Figura 1**). Esta condição pode levar à mobilidade do dente e consequente perda dentária.

Recentemente, vários estudos têm sugerido uma **associação de prevalência e gravidade, entre DP e AR**<sup>1,2</sup>. Além disso, há evidência de que ambas as doenças apresentam semelhanças ao nível da patogénese (desenvolvimento e origem das doenças), já que partilham a natureza inflamatória crónica<sup>3</sup>. Apesar de não ser clara uma relação de causa-efeito e de a DP apresentar manifestações clínicas locais, **a sua natureza inflamatória crónica pode contribuir para alterar e até mesmo agravar o curso da AR e de outras doenças reumáticas inflamatórias**.

**Estima-se que a periodontite afecte cerca de 70% dos pacientes com LES**, que apresentam um risco aumentado de desenvolver a doença, comparativamente com a população geral<sup>4</sup>. **Em cerca de 40% dos pacientes com ES verifica-se um aumento do espaço do ligamento periodontal** (espaço entre o osso e o dente), o que, juntamente com a difícil higiene oral, pode explicar a **alta prevalência de perda dentária** nestes pacientes<sup>5</sup>.

Como doença crónica, **a Periodontite não tem cura**, mas **pode ser controlada e estabilizada**. O tratamento, feito por um médico dentista especialista, depende do grau e evolução e é, essencialmente, focado no controlo bacteriano através de um conjunto de técnicas que envolvem **desbridamento da superfície dentária** ou até mesmo **antibioterapia**. Associado a este tratamento especializado é fundamental a cooperação do doente com uma **adequada higiene oral**. No contexto da doença reumática inflamatória, existe alguma evidência que nos indica que **após a terapia periodontal**, além da melhoria da condição oral, existe uma **redução dos processos inflamatórios sistémicos**<sup>2</sup>.

## MICROSTOMIA

A microstomia afecta cerca de **70% dos pacientes com ES**, sendo o achado oral mais frequente nesta patologia. Desenvolve-se devido à deposição de colagénio nos tecidos periorais, causando **limitação da abertura da boca, rigidez do palato mole, da laringe e da mucosa oral**<sup>6</sup>.

Apesar das alterações orais em pacientes com ES serem responsáveis por consideráveis **limitações nas atividades diárias** (como comer ou efetuar uma correta higiene oral – com as respectivas consequências), são frequentemente pouco valorizadas. O espessamento da pele dos dedos e das mãos acaba também por dificultar o correto manuseamento da escova dentária e de outros meios de higiene inter-dentária (fio dentário, escovilhão...).

Devido à **falta de informação sobre a ES**, muitos médicos dentistas acabam por deferir tratamentos nestes pacientes, o que deve ser contrariado. É de extrema importância um **controlo apertado por parte do médico dentista**, dadas as manifestações orais e periorais desta doença, atuando na prevenção das consequências e deteção precoce. **Recomenda-se a utilização de escovas dentárias elétricas** ou, sendo manuais, com cabeças mais pequenas, associadas a irrigadores orais, o que proporciona uma optimização da higiene oral em pacientes com reduzidas aberturas bucais.

figura 1  
Periodontite



## GLOSSÁRIO

### GENGIVITE

Inflamação das gengivas provocada pelo crescimento da placa bacteriana na zona entre o dente e a gengiva.

adaptado • [www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/gengivite.aspx](http://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/gengivite.aspx)

### MICROSTOMIA

Dimensões reduzidas da boca.

fonte • [www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/microstomia](http://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/microstomia)

## REFERÊNCIAS

- 1 Mercado F, Marshall RI, Klestov AC, Bartold PM. Relationship between rheumatoid arthritis and periodontitis. *J Periodontol*. 2001; 72(6):779–87.
- 2 S. Kaur, R Bright, S.M. Proudman, P.M. Bartold, Does periodontal treatment influence clinical and biochemical measures for rheumatoid arthritis? A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2014 Oct; 44(2):113-22
- 3 De Smit MJ, Brouwer E, Vissink A, van Winkelhoff AJ. Rheumatoid arthritis and periodontitis; a possible link via citrullination. *Anaerobe*. 2011;17(4):196–200.
- 4 Rutter-Locher, Z.; Smith, T.O.; Giles, I.; Sofat, N. Association between Systemic Lupus Erythematosus and Periodontitis: A Systematic Review and Meta-analysis
- 5 Dagenais, M.; MacDonald, D.; Baron, M.; Hudson, M.; Tatibouet, S.; Steele, R.; Gravel, S.; Mohit, S.; El Sayegh, T.; Pope, J.; et al. The Canadian Systemic Sclerosis Oral Health Study IV: Oral radiographic manifestations in systemic sclerosis compared with the general population. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol*. 2015, 120, 104–111.
- 6 Leader, D.; Papas, A.; Finkelman, M. A survey of dentists' knowledge and attitudes with respect to the treatment of scleroderma patients. *J. Clin. Rheumatol*. 2014, 20, 189–194.

**TERAPÊUTICA TÓPICA**

A administração pela via tópica ou cutânea consiste na aplicação de medicamento sobre a pele ou mucosa. São, por exemplo, pomada, gel, creme, pó, pasta ou spray.

**AFTAS**

As aftas são manifestações clínicas muito frequentes em pacientes com doenças reumáticas, como a doença de **Behçet**<sup>7</sup> e o **LES**<sup>8</sup>. Nesta última estão incluídas em diversos índices de atividade da doença, embora também possam surgir nestes doentes outras lesões orais (do tipo líquen plano) (Figura 2).

Localizam-se preferencialmente na língua, mucosa jugal (bochecha interna), lábios e palato. Alguns estudos apontam também no sentido de uma maior prevalência deste tipo de lesões em **pacientes com AR sujeitos a medicação com metotrexato**. No entanto, sabe-se que a terapia com ácido fólico reduz essa incidência.

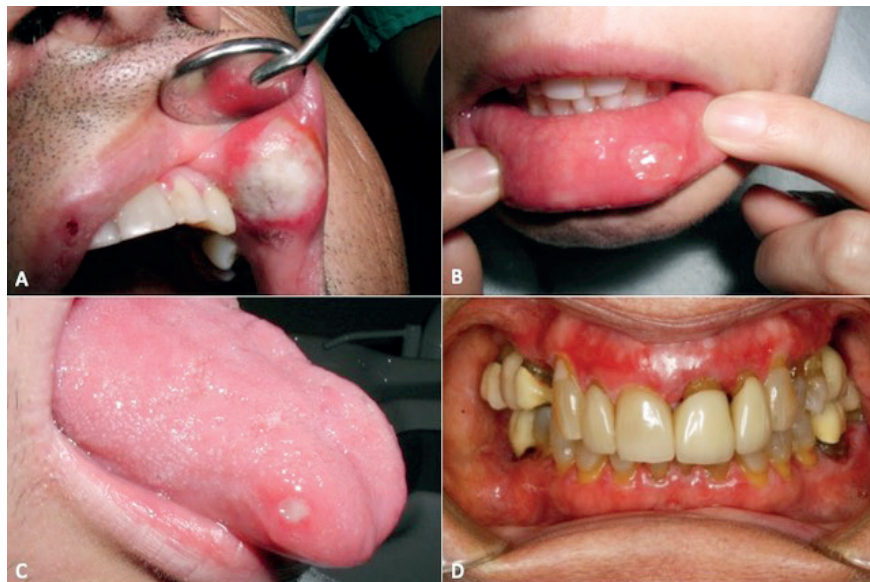
Clinicamente aparecem como uma placa esbranquiçada com uma zona central avermelhada, são dolorosas e, dependendo da localização, quantidade e recorrência, podem afetar mais ou menos a qualidade de vida dos pacientes.

O tratamento é predominantemente sintomático. Os principais objetivos passam pelo **alívio da dor, acelerar a cicatrização das úlceras, diminuir a severidade do seu aparecimento e prevenir complicações, como infecções bacterianas secundárias**. Em casos não complicados, juntamente com medidas de higiene oral, costuma ser suficiente a terapêutica tópica. Esta consiste na aplicação de substâncias com efeito anestésico (ex. colutório de benzidamina), anti-inflamatório (corticosteroides de aplicação tópica), antimicrobiano (clorexidina em solução ou gel a 0,1-0,2%) ou cicatrizante-protetor. Em determinados casos pode haver indicação para tratamentos mais específicos e sistêmicos.

Figura 2

A + B + C • Aftas Recorrentes

D • **Lesão Tipo Líquen Plano** em paciente de LES  
cortesia • Dr. Francisco Marques (CHUC)



## Sinais Clínicos de Xerostomia

A Lesões de Cárie • B + C Língua Despapilada • D Queilite Angular  
cortesia • Prof. Dra. Isabel Poiars Baptista (FMUC) e Dr. Francisco Marques (CHUC)



## XEROSTOMIA

A xerostomia refere-se ao **sintoma de boca seca** reportado pelo paciente com redução ou não do fluxo salivar. É uma **manifestação importante da SS e, secundariamente, da AR ou do LES**<sup>9</sup>.

A perda de lubrificação e do efeito antimicrobiano da saliva levam a um aumento da incidência de **infecção oral/dentária** (cárie e infecções fúngicas) e **sintomas de ardor e irritação oral**. Os lábios podem ficar secos e rachados (nas comissuras labiais – queilite angular) e a língua fissurada e despapilada (lisa e brilhante) (Figura 3). Muitas vezes estes doentes apresentam distúrbios da voz, já que a lubrificação das cordas vocais é feita pela saliva.

De forma a detetar e tratar precocemente as lesões de cárie, **recomendam-se visitas regulares ao médico dentista, com realização de limpezas dentárias profissionais**. Em casa, o doente deve adotar por uma higiene oral adequada, com **escovagem dentária após cada refeição** (escova de cerdas macias e pasta fluoretada), **utilização de fio dentário e a redução da ingestão de doces ou alimentos ricos em hidratos de carbono**, nomeadamente mais pastosos.

Alguns cuidados básicos podem proporcionar alívio dos sintomas de xerostomia, tais como: **beber pequenas quantidades de água frequentemente; evitar elixires à base de álcool**, pelo aumento de desidratação da mucosa oral, **bem como bebidas ácidas** (refrigerantes ou bebidas energéticas) e **a cafeína**; em pacientes cuja dentição ainda está presente, **recomenda-se o uso de pastilhas elásticas sem açúcar** (à base de xilitol) com efeitos bastante satisfatórios, consequentes da estimulação salivar realizada.

O tratamento específico da xerostomia é um tratamento sintomático e envolve a utilização de **substituintes salivares e estimuladores das glândulas salivares**. Alguns produtos em forma de gel, colutório para bochecho ou spray aliviam os sintomas, sendo que alguns estudos apontam para a superioridade dos que contêm ácido málico na sua composição<sup>10</sup>. ●●

## REFERÊNCIAS

- Greco, A.; De Virgilio, A.; Ralli, M.; Ciofalo, A.; Mancini, P.; Attanasio, G.; de Vincentis, M.; Lambiase, A. Behcet's disease: New insights into pathophysiology, clinical features and treatment options. *Autoimmun. Rev.* 2018, 17, 567–575.
- Khatibi, M.; Shakoopour, A.H.; Jahromi, Z.M.; Ahmadzadeh, A. The prevalence of oral mucosal lesions and related factors in 188 patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus* 2012, 21, 1312–1315.
- Brito-Zeron, P.; Baldini, C.; Bootsma, H.; Bowman, S.J.; Jonsson, R.; Mariette, X.; Sivils, K.; Theander, E.; Tzioufas, A.; Ramos-Casals, M. Sjögren syndrome. *Nat. Rev. Dis. Primers* 2016, 2, 16047.
- da Mata AD, de Almeida Rato Amaral JP, Thomson WM, Barcelos F, Vaz Patto J, Pereira RM, da Silva Marques DN. Patient Related Outcomes in Sjögren Syndrome Treated with Stimulants of Salivary Secretion: Randomized Clinical Trial. *Oral Diseases*. 2019

### Conclui-se

que as manifestações orais em pacientes com doenças reumáticas são problemas comuns, podendo ser claramente associadas a determinadas doenças ou pouco específicas, mas muito frequentes.

### É fundamental

a sensibilização do doente, do médico reumatologista e do médico dentista de forma a otimizar a prevenção, diagnóstico e tratamento das complicações orais decorrentes das doenças reumáticas.

## Benefícios de Sócio da Liga

Receção deste **Boletim** - trimestral • Participação gratuita no **Fórum** anual - outubro • Participação gratuita, a preços especiais ou simbólicos, em **atividades ou eventos culturais** organizados pela Liga • Participação em **encontros de associados, amigos e familiares** • Empréstimo de **Ajudas Técnicas** • **Apoio ao Doente** • **Parcerias & Protocolos**

## Parcerias & Protocolos

Os associados da Liga (e familiares nalguns casos) podem beneficiar de diversos protocolos e parcerias com entidades das áreas de **saúde, lazer, cultura, etc.** Os associados interessados em qualquer um dos protocolos devem **solicitar-nos antecipadamente uma credencial**, sendo os contactos posteriores feitos diretamente para as respetivas entidades, mencionando o protocolo em questão e apresentando a credencial. **É indispensável ter as quotas em dia.**

Absolute Bliss – Health Neuropsychology & Psychology • ANDITEC • Associação Portuguesa Apoio à Mulher com Cancro da Mama • Centro de Talassoterapia - Thalasso Nazaré • Clínica Bessa • Clínica Dr. Daniel Leal • Clínica Médica FeelSaúde • Clínica S. João de Ávila • Clínica Sintra Saúde • Club Clínica das Conchas • Desfrutemcasa • Ergovisão • Farmácia Oliveira • Farmácia Central de Rio Tinto • Gabinete de Fisioterapia na UA • Good4Life • GrandVision Portugal • Health & Wellness Coaching • ID saúde • Inatel • Inimiga da Fuligem • Instituto Português de Reumatologia • ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada • LabMed Saúde (Norte) • MedLink Clinic • NatyCare • Ô Hotels & Resorts • Ortopedia Luapharma • Ortopedia Universo Sénior • Osteopata e Posturologia Clínica • Psicólogo • Saúde Prime • Sem Obstáculos • Stannah Mobilidade • Termas de Monfortinho • Termas de Monte Real • Termas de Portugal • Termas de São Pedro do Sul • Thalasso Costa de Caparica • Unidade Psiquiátrica Privada de Coimbra • VivaFisio

**Veja a descrição e condições de cada entidade**  
em [www.lpcdr.org.pt/associados/parcerias-e-protocolos](http://www.lpcdr.org.pt/associados/parcerias-e-protocolos)

## Ajudar a LPCDR

com a **CONSIGNAÇÃO de 0,5%** de **IRS 2020**

a submeter de abril a junho colocando o

**NIF 501 684 107**

**Instituições Particulares de Solidariedade Social**

art.º 32 (n.º 6), da Lei n.º 16/2001, de 22 de junho

## Contactos

### Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas

Rua Quinta do Loureiro, 13 - loja 2  
1350-410 Lisboa

#### Secretaria

Dias Úteis • 14:00 / 18:00

21 364 87 76 • 92 560 99 37

[lpcdr@lpcdr.org.pt](mailto:lpcdr@lpcdr.org.pt)

#### Direção

92 560 99 19 • [direccao@lpcdr.org.pt](mailto:direccao@lpcdr.org.pt)

#### Apoio ao Doente

92 560 99 40 • 96 806 12 09

[voluntariado@lpcdr.org.pt](mailto:voluntariado@lpcdr.org.pt)

**website** [www.lpcdr.org.pt](http://www.lpcdr.org.pt)

**facebook** [lpcdr.org.pt](https://www.facebook.com/lpcdr.org.pt)

#### IBAN

PT50 0036 000 399 1000 49 547 44

## Faça-se Sócio

**toda a informação em**

[www.lpcdr.org.pt/](http://www.lpcdr.org.pt/)

[associados/faca-se-socio](http://www.lpcdr.org.pt/associados/faca-se-socio)

## Ficha Técnica

**Propriedade • Edição • Redação**

Liga Portuguesa

Contra as Doenças Reumáticas

Rua Quinta do Loureiro, 13 - loja 2

1350-410 Lisboa

**NIF** 501 684 107

**Direção** Elsa Mateus

**Estatuto Editorial** disponível em

[www.lpcdr.org.pt/lpcdr/estatuto-editorial](http://www.lpcdr.org.pt/lpcdr/estatuto-editorial)

**Design** IR • Inês Ribeiro

**Composição** IR • Inês Ribeiro

**Impressão** Publirep

Rua Particular APM, Armazém 6

Valejas, 2790-192 Carnaxide

**Depósito Legal** n.º 391211-15

**N.º Registo** ERC 123896

**Tiragem** 2 000 exemplares