

Manifestações clínicas da Síndrome de Sjögren: um relato de caso

Júlia Carvalho Cardoso¹; Ana Laura Vasconcelos de Pina Adorno¹; Bruna Nunes Moraes¹; Caio Nathan Rodrigues¹; Maria Eduarda de Almeida Nascimento¹; Maria Isabele Barros Garcia¹; Sara Fernandes Correia²

1. Discente do curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

2. Docente curso de Medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

RESUMO: Relatar o caso de uma paciente com Síndrome de Sjögren, destacando suas principais manifestações clínicas e a evolução do quadro. Os sintomas iniciais incluíram olhos secos, coceira, vermelhidão ocular, boca e pele ressecadas, queda de cabelo difusa e dores nas articulações. A paciente apresentou episódios de dor nas mãos com fraqueza muscular, fadiga intensa e baixa tolerância a esforços físicos. O diagnóstico foi confirmado em 2013 por reumatologista, com FAN positivo e teste de Schirmer indicando ressecamento lacrimal grave. Exames adicionais confirmaram comprometimento das glândulas salivares. O tratamento incluiu imunossupressor, corticoide em esquema de desmame, colírios lubrificantes, suplementação e colocação de plugs oculares. Atualmente, a doença encontra-se controlada, embora persistam efeitos como ressecamento generalizado, cansaço, queda de cabelo, arritmia e ganho de peso. O relato evidencia a importância do reconhecimento precoce, da atuação multidisciplinar e do acompanhamento contínuo, contribuindo para o entendimento da diversidade clínica da Síndrome de Sjögren.

Palavras-chave:
Síndrome de Sjögren. Manifestações Clínicas. Boca Seca. Olho Seco. Fadiga. Doença Autoimune.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sjögren (SS) é uma doença autoimune sistêmica marcada pela infiltração linfocitária crônica nas glândulas salivares e lacrimais, levando à boca seca e ao ressecamento ocular, sintomas que afetam significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Embora seja mais conhecida pelo comprometimento das glândulas exócrinas, a SS também pode envolver outros órgãos, como articulações, pele, rins, pulmões e sistema nervoso, evidenciando sua apresentação heterogênea¹.

O diagnóstico é feito a partir da combinação de sinais clínicos, presença de autoanticorpos específicos e biópsia de glândula salivar menor, que permite identificar a infiltração inflamatória característica da doença. No entanto, a intensidade dos sintomas nem sempre reflete os achados histopatológicos, o que pode tornar a avaliação diagnóstica mais complexa².

A apresentação clínica da SS varia bastante entre os pacientes: alguns apresentam apenas sinais glandulares, enquanto outros desenvolvem manifestações sistêmicas associadas a perfis imunoinflamatórios distintos³. Essa diversidade de quadros impacta diretamente a vida diária, comprometendo tanto a saúde quanto a capacidade de realizar atividades cotidianas e profissionais⁴.

Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo relatar, de forma detalhada, uma situação clínica relevante de uma paciente com diagnóstico de Síndrome de Sjögren, contribuindo para a disseminação do conhecimento científico e para o aprimoramento das práticas em saúde. O relato busca contribuir para a compreensão da variabilidade da síndrome, dos desafios diagnósticos e da importância da abordagem multidisciplinar no manejo dessa condição autoimune.

RELATO DE CASO

Histórico Clínico

Paciente do sexo feminino, atualmente com 53 anos, refere início dos sintomas em 2008, quando apresentou queixas progressivas de ressecamento ocular (ardência, hiperemia, prurido e sensação de corpo estranho), associadas a xerostomia, xerodermia, queda de cabelo acentuada e artralgias em pequenas articulações. No primeiro episódio de maior intensidade apresentou dor intensa nas mãos com perda temporária de força, tendo sido orientada à investigação reumatológica; na avaliação inicial documentou-se fator antinuclear (FAN) positivo. Relata também diagnóstico posterior de tireoidite autoimune tipo Hashimoto, em uso de levotiroxina (Puran T4). Atualmente trabalha em regime de home office, o que, segundo relato, facilita a manutenção das atividades laborais apesar da fadiga crônica.

Evolução dos Sintomas

Houve piora progressiva das queixas oculares ao longo de 2012, culminando em crise ocular intensa em janeiro de 2013, o que motivou avaliação oftalmológica. Na ocasião, foi realizado o teste de Schirmer com resultado de 2 mm (referência 0–20 mm), evidenciando hipolacrimia importante, e o oftalmologista suspeitou de Síndrome de Sjögren, encaminhando a paciente ao reumatologista. Na avaliação reumatológica, foram observados títulos de FAN elevados, fadiga e astenia persistentes; exames das glândulas salivares foram compatíveis com redução da secreção e a biópsia de glândula salivar menor mostrou infiltrado linfocitário consistente com diagnóstico de Síndrome de Sjögren primária. Durante a investigação, foi considerada a hipótese de lúpus eritematoso sistêmico, a qual foi posteriormente descartada; contudo, a paciente mantém rastreamento anual para LES por precaução.

Diagnóstico e Conduta Terapêutica

O diagnóstico definitivo de Síndrome de Sjögren primária foi estabelecido em março de 2013. Foi instituído tratamento com hidroxicloroquina (Requinol, 1x/dia) como agente imunomodulador, corteídeo (deflazacorte/Deflasacorti) inicialmente em uso diário e em momento mais recente em esquema de desmame intermitente, colírio de ciclosporina (Restases/Restasis 2x/dia) e lágrimas artificiais de uso contínuo. Introduziu-se também suplementação vitamínica e levotiroxina pela tireoidite de Hashimoto. Em virtude da xerose ocular refratária, foi realizado implante de plug lacrimal aproximadamente há dois anos, com melhora da lubrificação; a paciente relata adesão adequada ao regime terapêutico e acompanhamento regular com reumatologia e oftalmologia.

Manifestações Clínicas Associadas

Desde o diagnóstico, a paciente apresentou manifestações extraglandulares, incluindo episódios de arritmia (em investigação/seguimento cardiológico), fadiga crônica e alopecia. Entre os efeitos adversos atribuíveis à terapia destacam-se ganho ponderal associado ao uso prolongado de corteídeo e dificuldade no desmame. As queixas residuais atribuídas à própria doença incluem xerose generalizada, cansaço persistente e queda capilar.

Situação Atual

A paciente encontra-se em acompanhamento multiprofissional regular (reumatologia, oftalmologia, cardiologia e endocrinologia quando indicado), com doença considerada controlada sob o esquema terapêutico instituído desde 2013. Mantém uso de hidroxicloroquina, colírios lubrificantes, uso intermitente de corteídeo em processo de redução e levotiroxina. Trabalha em home office e relata que essa modalidade de trabalho tem permitido continuidade profissional apesar da fadiga; não há relatos de incapacidade laboral total. Monitorização periódica de efeitos adversos e rastreio para outras doenças autoimunes continuam em curso.

CID e Classificação

M35.0 – Síndrome de Sjögren.

E06.3 / E03.9 – Tireoidite de Hashimoto / hipotireoidismo (em uso de levotiroxina).

I49.9 – Arritmia cardíaca não especificada (manifestação associada).

Aspectos Éticos

O presente relato será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, em cumprimento aos princípios éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/2012 e na Carta Circular 166/2018.

O principal risco do relato é a quebra de sigilo, que será minimizado com identificação em código numérico para manter o anonimato dos dados coletados. Ademais, os dados serão transcritos e armazenados onde somente os pesquisadores e o orientador terão acesso, não sendo permitido o acesso a nenhum outro membro.

Os benefícios diretos e indiretos relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa: Manifestações clínicas da Síndrome de Sjögren: um relato de caso. Os principais benefícios incluem a contribuição para o avanço do conhecimento científico sobre a síndrome e o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais eficazes.

Os dados coletados serão destinados para o desenvolvimento de um relato de caso que posteriormente será apresentado na 29^a Mostra de Saúde da UniEVANGÉLICA e publicado em revistas científicas da área, periódicos ou cadernos de resumos.

DISCUSSÃO

O caso relatado evidencia a ampla variabilidade clínica e fisiopatológica da Síndrome de Sjögren (SS) primária, uma doença autoimune sistêmica de evolução lenta e progressiva, cujo diagnóstico costuma ser desafiador devido à diversidade de manifestações⁵. Essa heterogeneidade decorre da interação entre fatores genéticos, ambientais e imunológicos, que influenciam a intensidade da resposta inflamatória e determinam se o paciente apresentará apenas sintomas glandulares ou acometimentos extraglandulares mais extensos⁶.

Dessa forma, a análise do presente caso possibilita abordar os principais aspectos relacionados à Síndrome de Sjögren, incluindo suas manifestações clínicas, mecanismos fisiopatológicos, estratégias diagnósticas, condutas terapêuticas e impacto na qualidade de vida. A compreensão integrada desses elementos é essencial para promover o diagnóstico precoce, orientar o tratamento individualizado e favorecer o acompanhamento interdisciplinar, fundamentais para o controle eficaz da doença e para a manutenção da funcionalidade dos pacientes^{5;6}.

As manifestações glandulares, eixo central da SS, foram evidenciadas no caso por sintomas de ressecamento ocular e oral acentuados. O teste de Schirmer de 2 mm e a biópsia de glândula salivar menor confirmaram o comprometimento glandular característico da síndrome. O envolvimento das glândulas lacrimais e salivares compromete significativamente a qualidade de vida, uma vez que interfere na fala, na deglutição e na visão, além de predispor a infecções orais e oculares recorrentes⁶.

Por outro lado, as manifestações extraglandulares também se mostraram relevantes no caso. A paciente apresentou fadiga persistente, fraqueza muscular, dor articular, alopecia e arritmia, sintomas que indicam comprometimento sistêmico. Essas alterações extrapolam o quadro clássico da síndrome e demonstram a natureza multissistêmica da doença⁷. Além disso, a coexistência de tireoidite de

Hashimoto reforça a predisposição autoimune e a tendência à poliautoimunidade, com base em mecanismos genéticos e epigenéticos comuns⁸.

A fadiga crônica, um dos sintomas mais incapacitantes da SS, é frequentemente descrita como fator determinante na limitação funcional e na piora da qualidade de vida, mesmo em pacientes com controle clínico satisfatório⁵. Já a alopecia e a xerodermia, embora menos mencionadas na literatura, podem decorrer tanto da atividade inflamatória sistêmica quanto de efeitos adversos das terapias empregadas. Dessa forma, torna-se essencial o acompanhamento dermatológico e a orientação contínua quanto ao cuidado com a pele e o couro cabeludo.

A fisiopatologia da Síndrome de Sjögren reflete o caráter multifatorial da doença, marcada pela perda da tolerância imunológica e a ativação desregulada de linfócitos T e B, que promovem a inflamação crônica das glândulas exócrinas. O mecanismo inicial envolve o reconhecimento anômalo de抗ígenos glandulares, que estimula linfócitos T CD4⁺ a liberar citocinas pró-inflamatórias, capazes de ativar e expandir clones de linfócitos B autorreativos. Esses linfócitos passam a produzir autoanticorpos, como anti-Ro/SSA e anti-La/SSB, que promovem destruição progressiva do tecido glandular e comprometem sua função secretora⁸.

Estudo sugere que variações em genes como HLA-DR, STAT4 e IRF5 podem influenciar a suscetibilidade à doença e modular a intensidade da resposta inflamatória. Essas diferenças genéticas ajudam a explicar a grande diversidade de manifestações clínicas observadas entre os pacientes, variando desde o predomínio de sintomas glandulares até o acometimento sistêmico mais extenso⁸.

Além dos fatores genéticos, tem-se destacado o papel do microbioma salivar na modulação da inflamação local. A redução da diversidade bacteriana oral e a predominância de espécies pró-inflamatórias têm sido associadas à intensificação do infiltrado linfocitário e à piora da hipofunção glandular⁹. Nesse contexto, a manutenção da microbiota saudável e o acompanhamento odontológico regular são medidas indispensáveis no manejo desses pacientes.

O diagnóstico da Síndrome de Sjögren é baseado na integração entre achados clínicos, sorológicos e histopatológicos, que em conjunto permitem confirmar a disfunção exócrina característica da doença. Entre os principais parâmetros utilizados estão o teste de Schirmer, que avalia a produção lacrimal, a pesquisa de autoanticorpos específicos (anti-Ro/SSA e anti-La/SSB) e a biópsia de glândula salivar menor, responsável por evidenciar o infiltrado linfocitário típico⁶. Entretanto, a grande variabilidade clínica frequentemente contribui para o atraso no diagnóstico, o que reforça a importância de um olhar atento aos sintomas iniciais de ressecamento ocular e fadiga persistente⁵.

A partir dessa confirmação diagnóstica, a conduta terapêutica foi direcionada para o controle da inflamação e o alívio dos sintomas glandulares. O tratamento instituído com hidroxicloroquina como agente imunomodulador, corticoide em esquema de desmame, colírio de ciclosporina e suplementação vitamínica, resultou em melhora progressiva dos sintomas e estabilização do quadro. Essa abordagem

está de acordo com as recomendações atuais, que priorizam o manejo individualizado e o uso de terapias convencionais para modular a resposta imune e preservar a função glandular¹⁰. Embora agentes biológicos tenham sido amplamente estudados, nenhum demonstrou eficácia consistente que justifique sua aprovação para o tratamento de rotina, o que reforça o papel central dos imunomoduladores clássicos no manejo da SS.

Considerando o caráter multissistêmico da doença, a abordagem multidisciplinar mostrou-se indispensável. O acompanhamento conjunto com reumatologia, oftalmologia, cardiologia, endocrinologia e odontologia permitiu monitoramento integral das manifestações extraglandulares e prevenção de complicações associadas ao tratamento¹⁰. No caso relatado, essa estratégia contribuiu para o controle clínico estável, permitindo que a paciente mantivesse suas atividades laborais, mesmo com limitações decorrentes da fadiga.

Mesmo com a doença controlada, muitos pacientes com Síndrome de Sjögren (SS) permanecem com sintomas residuais, como fadiga intensa e ressecamento persistente, que comprometem o bem-estar e a funcionalidade. No caso descrito, a paciente apresentou melhor adaptação após iniciar o trabalho remoto, evidenciando que o manejo da SS também exige ajustes pessoais e ocupacionais^{5;7}.

Assim, o tratamento da SS deve ir além do uso de medicamentos, englobando suporte físico, psicológico e social para preservar a autonomia e a qualidade de vida. O acompanhamento clínico regular é igualmente essencial para prevenir complicações sistêmicas e promover um controle mais eficaz da doença. Dessa forma, o caso reforça a importância do diagnóstico precoce, da adesão terapêutica e da abordagem interdisciplinar como pilares no manejo integral da Síndrome de Sjögren.

CONCLUSÃO

Este relato de caso ilustra a complexidade e a diversidade de manifestações da Síndrome de Sjögren primária. O acompanhamento da paciente por mais de uma década mostra que a condição vai muito além do quadro clássico de ressecamento glandular. Além disso, as manifestações extraglandulares como fadiga crônica, dor articular, alopecia e arritmia cardíaca foram proeminentes, demonstrando o caráter sistêmico da doença e, consequentemente, a necessidade de uma investigação ampla desde os primeiros sintomas.

Nesse contexto, o longo caminho até a confirmação diagnóstica em 2013 reflete um desafio comum na prática clínica: a dificuldade em identificar a síndrome em seus estágios iniciais, dada sua apresentação gradual e variada. A presença simultânea de tireoidite de Hashimoto, por sua vez, reforça a tendência à poliautoimunidade, um ponto de atenção na avaliação de pacientes com histórico autoimune.

No que diz respeito à abordagem terapêutica, o controle clínico alcançado pela paciente evidencia a importância de uma abordagem multidisciplinar. Isso é visto na colaboração contínua entre

reumatologia, oftalmologia, cardiologia e endocrinologia foi fundamental para estabilizar o quadro e gerenciar os efeitos do tratamento a longo prazo. No entanto, o caso revela uma verdade central no manejo da síndrome: controlar a atividade da doença não significa eliminar todos os sintomas. A fadiga persistente e o ressecamento, mesmo com a doença controlada, impactam diretamente a qualidade de vida, exigindo adaptações como a transição para o trabalho remoto.

Conclui-se, portanto, que o manejo integral da Síndrome de Sjögren depende de um diagnóstico precoce e de uma abordagem terapêutica interdisciplinar contínua. É igualmente fundamental reconhecer o impacto da doença na vida do paciente, adotando estratégias que vão além dos medicamentos. A compreensão desses fatores é essencial para otimizar os resultados clínicos e, acima de tudo, preservar o bem-estar e a autonomia do paciente.

REFERÊNCIAS

- 1 YASSEN, Kinanah Síndrome de Sjögren. In: **Manuais MSD: Versão para a Família.** [S. I.], 2024. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/casa/distúrbios-ósseos-articulares-e-musculares/doenças-reumáticas-sistêmicas/síndrome-de-sjögren>. Acesso em: 28 set. 2025.
- 2 JANKA, Mária; ZALATNAI, Attila Correlations between the histopathological alterations in minor salivary glands and the clinically suspected Sjögren's syndrome. **Pathology & Oncology Research**, v. 29, art. 1610905, 2023. DOI: 10.3389/pore.2023.1610905. Acesso em: 28 set. 2025.
- 3 XU, Jingyi et al. Genetic insight into dissecting the immunophenotypes and inflammatory profiles in the pathogenesis of Sjögren syndrome. **Journal of Translational Medicine**, v. 23, art. 56, 2025. DOI: 10.1186/s12967-024-05993-z. Acesso em: 28 set. 2025.
- 4 BEJARANO, Marisel Vanessa et al. Work productivity and activity impairment in patients with primary Sjögren's syndrome. **Clinical and Experimental Rheumatology**, v. 39, suppl. 133, p. 93-99, 2021. DOI: 10.55563/clinexprheumatol/6rd9mr. Acesso em: 28 set. 2025.
- 5 NEGRINI, Simone et al. Sjögren's syndrome: a systemic autoimmune disease. **Clinical and Experimental Medicine**, v. 22, p. 9-25, 2022. DOI: 10.1007/s10238-021-00728-6. Acesso em: 17 out. 2025.
- 6 BÖCKLE, Barbara C.; ANDRÉ, Fiona Sjögren's syndrome. **Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft**, v. 20, n. 7, p. 980-1002, 2022. DOI: 10.1111/ddg.14823. Acesso em: 17 out. 2025.
- 7 NGUYEN, Yann et al. Identification of distinct subgroups of Sjögren's disease by cluster analysis based on clinical and biological manifestations: data from the cross-sectional Paris-Saclay and the prospective ASSESS cohorts. **The Lancet Rheumatology**, v. 6, n. 4, p. e216–e225, 2024. DOI: 10.1016/S2665-9913(23)00340-5. Acesso em: 17 out. 2025.
- 8 THORLACIUS, Gudny Ella; BJÖRK, Albin; WAHREN-HERLENIUS, Marie Genetics and epigenetics of primary Sjögren syndrome: implications for future therapies. **Nature Reviews Rheumatology**, v. 19, p. 288–306, 2023. DOI: 10.1038/s41584-023-00932-6. Acesso em: 17 out. 2025.
- 9 KIM, Donghyun et al. Correlation Between Salivary Microbiome of Parotid Glands and Clinical Features in Primary Sjögren's Syndrome and Non-Sjögren's Sicca Subjects. **Frontiers in Immunology**, v. 13, art. 874285, 2022. DOI: 10.3389/fimmu.2022.874285. Acesso em: 17 out. 2025.

10 ARENDs, Suzanne *et al.* Selection of study endpoints and patients for clinical trials in primary Sjögren's syndrome. **Clinical and Experimental Rheumatology**, v. 40, n. 5, p. 2225-2232, 2022. DOI: 10.55563/clinex-prheumatol/yagocb. Acesso em: 17 out. 2025.