

Prevalência da síndrome de Sjögren primária em importante área metropolitana no Brasil

Valéria Valim¹, Eliana Zandonade², Ana Maria Pereira³, Odvaldo Honor de Brito Filho⁴, Erica Vieira Serrano³, Carlos Musso⁵, Raquel Altoé Giovelli⁶, Rozana Mesquita Ciconelli⁷

RESUMO

Não há estudo anterior sobre a prevalência de síndrome de Sjögren (SS) no Brasil. O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência de SS na população geral de Vitória, estado do Espírito Santo, Brasil. Trata-se de estudo epidemiológico, observacional e transversal com 1.205 indivíduos randomizados, cujas idades variaram de 18 a 65 anos, residentes em Vitória. Os indivíduos foram triados para xerostomia e xeroftalmia por meio de entrevista domiciliar. Aqueles com sintomas “sicca” foram convidados a comparecer ao hospital para realizar avaliação médica adicional, avaliação do fluxo salivar não estimulado, teste de Schirmer I, exame de sangue e biópsia de glândula salivar labial menor. Os sintomas “sicca” foram identificados em 18% (217 indivíduos) da amostra. Dos 217 indivíduos com sintomas “sicca”, 127 (58%) estavam disponíveis para exame. Nessa amostra, 61,7% eram mulheres e 46,8% usavam medicação. A síndrome “sicca” foi confirmada em 12% deles por pelo menos um exame (fluxo salivar ou teste de Schirmer I). Dois pacientes (0,17%) preencheram quatro critérios classificatórios americano-europeus (95% IC = 0,020–0,5983).

Palavras-chave: síndrome de Sjögren primária, prevalência, biópsia de glândula salivar menor, epidemiologia.

© 2013 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

INTRODUÇÃO

A síndrome de Sjögren primária (SSp) é uma doença autoimune sistêmica caracterizada não apenas por infiltrado linfocítico nas glândulas exócrinas, mas também por seu efeito em alguns órgãos, como pulmões e rins, nos nervos e no sangue.¹ Seu sintoma usual é a secura de boca e olhos.² Embora a SSp seja uma das doenças autoimunes mais comuns, é pouco diagnosticada, uma vez que queixas de secura não são sistematicamente investigadas por médicos.³

Estudos sobre a prevalência da SSp mostraram resultados diferentes, que variaram de 0,04% a 4,8%.^{4–14} Tais diferenças podem ser explicadas pelo uso de diferentes critérios diagnósticos, exames e valores de referência para avaliar a disfunção das

glândulas lacrimais e salivares. Outra razão poderia ser o fato de que muitos estudos foram realizados em países diferentes, inclusive alguns em populações específicas.

Ao longo dos anos, muitos critérios diagnósticos diferentes foram propostos, como os seguintes: de Boston (1965); Japonês (1971); de San Francisco (1975); de Copenhague (1976); de San Diego (1986); Grego (1986); e Europeus (1993). Os critérios aceitos atualmente são os do Grupo de Consenso Americano-Europeu de 2002.¹⁵ As principais contribuições e diferenças desses critérios incluem: os Critérios de San Francisco, que propuseram critérios histológicos para biópsia salivar; os Critérios de San Diego, que incluíram os autoanticorpos SS-A e/ou SS-B como critérios necessários; os Critérios Europeus, que incluíram anticorpo antinuclear, fator reumatoide e biópsia de glândula lacrimal. Em geral,

Recebido em 28/04/2012. Aprovado em 14/08/2012. Os autores declaram a inexistência de conflito de interesse.

Projeto PRONUCLEAR - Sociedade Brasileira de Reumatologia.

Serviço de Reumatologia, Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitário, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

1. Doutora em Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo – Unifesp; Professora Adjunta, Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES; Chefe do Serviço de Reumatologia, Hospital Universitário, UFES

2. Doutora em Estatística, Universidade de São Paulo – USP; Professora Associada, Departamento de Estatística, UFES

3. Mestre em Saúde Pública, UFES

4. Cirurgião Dentista, UFES

5. Doutor em Patologia, USP; Patologista, Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes; Professor Adjunto, UFES; Professor, Universidade Vila Velha

6. Mestranda em Medicina, UFES

7. Doutora em Reumatologia, Unifesp; Professora Livre-Docente de Reumatologia, Unifesp

Correspondência para: Valéria Valim. Rua Almirante Soido, 271, Torre 1/501, Praia de Santa Helena. CEP: 29055-020. Vitória, ES, Brasil. E-mail: val.valim@gmail.com

os critérios desenvolvidos pelo Comitê Científico Americano consideraram exames específicos e objetivos, como biopsia e títulos de autoanticorpos. Por outro lado, os Critérios Europeus enfatizaram os sintomas clínicos de *secura*. Com base nos Critérios Europeus, foi possível classificar indivíduos com apenas sintomas “sicca” e exames de disfunção lacrimal e salivar como SS. Os critérios de classificação americano-europeus mantiveram as mesmas questões clínicas e exames para disfunção glandular para a triagem da *secura*. Além disso, para fazer o diagnóstico, era necessário biopsia positiva ou presença de anti-SS-A/SS-B.¹⁵

Utilizando-se os critérios europeus preliminares,¹⁶ a prevalência estimada em mulheres de comunidade rural na Grécia foi de 0,6%.⁴ Resultados semelhantes foram encontrados na Eslovênia (0,6%) e na Dinamarca (0,6%–2,1%).^{10,11} Utilizando-se os critérios de Copenhague, a prevalência foi de 2,7% na Suécia e 0,7% na China.^{6,12} Em estudo conduzido nos EUA por Hochberg (1996), a prevalência foi de 0,04% para indivíduos com idade entre 65 e 84 anos. Essa taxa baixa resulta da utilização de autoanticorpos para classificar os pacientes.¹³ Em outros estudos, a prevalência de SS variou de 2% a 4,8%.^{5,12,15} No Reino Unido, a prevalência foi estimada em 3%–4%, utilizando-se os critérios europeus preliminares.⁸ Ao usar o Consenso Americano-europeu, a prevalência variou de 0,1% a 0,4%.⁹

Como não houve estudo anterior sobre a prevalência de SS no Brasil, este estudo teve por objetivo determinar a prevalência de SS em cidade brasileira, usando amostra randomizada.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico, observacional e transversal com 1.205 pacientes randomizados, cujas idades variaram de 18 a 65 anos, residentes em Vitória, capital do estado do Espírito Santo, localizado na região sudeste do Brasil. Vitória é uma ilha, com área de 93.381 km², rodeada por manguezais, sendo 40% montanhosa com clima tropical e temperatura média anual de 23°C. Em 2010, sua população era de 320.156 habitantes, sendo 95% dos adultos alfabetizados. Há mistura de diferentes grupos étnicos no Brasil, incluindo índios, negros e caucasianos (portugueses, franceses, alemães e italianos).

A amostra foi proporcional aos dados do censo demográfico de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foi uma amostra probabilística, por conglomerados, múltiplos estágios em estratos homogêneos, sendo o domicílio a unidade amostral. Na definição de classe socioeconômica, a renda mensal do chefe da família foi

expressa nas seguintes faixas com base no salário mínimo (SM): até 2 SM (US\$ 318,00); de 2 a 5 SM (US\$ 318,00 a 795,00); de 5 a 10 SM (US\$ 795,00 a 1.590,00); e acima de 10 SM (US\$ 1.590,00). A média obtida foi de 7,5 SM (US\$ 1.193,18), com desvio-padrão de 4,55 SM (US\$ 723,86). Adotou-se tamanho amostral proporcional à população. Considerando-se o tamanho da população como infinito (grande), precisão desejada de 0,7% e um nível de significância de 5%, o tamanho da amostra foi calculado como 1.158 indivíduos. Ao final do estudo, o intervalo de confiança foi calculado com base no resultado obtido.

Durante a primeira parte do estudo, visitas domiciliares aleatórias foram realizadas. Seis perguntas-padrão (sintomas “sicca”) dos critérios de classificação americano-europeus foram feitas.¹⁵ Os entrevistadores eram alunos de graduação de cursos da área da saúde, treinados.

Os domicílios foram escolhidos aleatoriamente de acordo com os seguintes critérios: domicílios localizados na parte direita extrema do mapa, no lado direito da rua, tendo-se observado o sentido horário, sempre à direita, com intervalo de três casas entre as visitadas. A escolha da pessoa da casa em participar da entrevista também foi aleatória no que diz respeito a gênero, idade e data de nascimento.

Na segunda fase, todos os pacientes foram avaliados por reumatologista. Os seguintes exames complementares foram realizados para investigar doença reumática: teste de Schirmer; fluxo salivar não estimulado; pesquisa de fator reumatoide, fator antinuclear (FAN), anti-SS-A/Ro e anti-SS-B/La; e biopsia de glândula salivar labial. Pacientes com testes HIV/HTLV positivos e linfoma foram excluídos.

O fluxo salivar total não estimulado em 15 minutos foi coletado pela manhã (8–10 h) e armazenado em recipientes plásticos limpos. A amostra foi pesada em balança de precisão. Considerou-se que havia 1 mg de saliva em cada 1 mL coletado. Os pacientes foram instruídos a não comer nem beber alimentos com cafeína, não fumar e não mascar chiclete no dia do exame. A temperatura ambiente foi mantida entre 20 °C e 30 °C, e o ar condicionado, desligado.

Amostras de sangue foram coletadas e armazenadas a –20 °C para a pesquisa de autoanticorpos, vírus C e HIV. Todos os indivíduos foram submetidos à biopsia de glândula salivar labial.¹⁷ As glândulas salivares foram fixadas em formol até o exame histopatológico ser realizado por patologista especializado. Nas glândulas salivares menores (obtidas por meio da mucosa de aparência normal), a presença de sialadenite focal linfocítica, com escore de foco ≥ 1 , definido como o número de focos linfocíticos (contendo mais de 50 linfócitos) por 4 mm² de tecido glandular, foi considerado como SS. Pacientes que

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3327205>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3327205>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)