

A importância dos achados clínicos e microscópicos orais no diagnóstico da síndrome de Sjögren

The importance of clinical and microscopic oral findings in the Sjögren's syndrome diagnostic

Barbara C. Esberard

Fábio R. Pires

Débora L. Pereira

Juliana de N. S. Netto

Águida M. M. A. Miranda

Verônica S. Vilela

Adriana R. Fonseca

Teresa C. R. B. dos Santos

Resumo

O diagnóstico da síndrome de Sjögren depende da interação de diversos parâmetros subjetivos e objetivos, obtidos por meio de abordagem clínica e laboratorial. Além dos achados subjetivos (xerostomia e xeroftalmia), parâmetros séricos e a avaliação objetiva da função das glândulas salivares e lacrimais fazem parte da rotina diagnóstica da síndrome. A biópsia de glândulas salivares menores labiais tem sido utilizada como critério diagnóstico importante, mas a qualidade do material obtido e a subjetividade na análise dos parâmetros microscópicos podem limitar sua utilidade. Um infiltrado linfocítico, permeando o parênquima glandular na forma de focos, tem sido considerado marcador histológico importante no diagnóstico da síndrome. O objetivo deste estudo é apresentar três casos diagnosticados como síndrome de Sjögren, com auxílio dos achados histológicos observados nas glândulas acometidas. Nos três pacientes, as manifestações clínicas e as queixas orais motivaram a realização das biópsias na

mucosa labial inferior e, em todos os casos, a presença de focos linfocíticos distribuídos no parênquima glandular foi o parâmetro histológico utilizado para a definição do diagnóstico. Todos os procedimentos transcorreram sem intercorrências, com período pós-operatório e processo cicatricial dentro da evolução esperada. A biópsia de glândulas salivares menores da mucosa labial inferior é útil no diagnóstico da síndrome de Sjögren e, antes, a indicação precoce de sua realização é importante para demonstrar o infiltrado linfocítico intraglandular. A utilização precisa da análise dos parâmetros microscópicos que fundamentam o diagnóstico da síndrome é essencial, visando torná-los reprodutíveis nos casos sob investigação. A padronização da técnica, da preservação dos espécimes e da análise microscópica é fundamental para sua aplicação na investigação dos pacientes com suspeita da síndrome de Sjögren.

Descritores: *Glândulas salivares; Lábio; Síndrome de Sjögren; Biópsia.*

Abstract

The diagnosis of Sjögren's syndrome depends on the interaction of several subjective and objective parameters, which are obtained by means of clinical and laboratory investigation. Apart from the subjective findings (xerostomia e xeroftalmia), blood tests and the objective evaluation of the salivary and lacrimal gland function are part of the diagnostic routine of the syndrome. Biopsy of minor salivary glands from the lower lip has been used as an important diagnostic criteria for diagnosis of the syndrome, but the quality of the specimens and the subjective interpretation of the histological parameters by the pathologists can limit its usefulness. Focal lymphocytic infiltrate on the salivary glands has been considered an important histological marker for diagnosis. The aim of the present study is to report three cases diagnosed as Sjögren's syndrome with the aid of the histological features observed in the affected salivary glands. The three patients were submitted to biopsy of minor salivary glands from the lower lip due to oral symptoms and clinical alterations leading to the suspicion of Sjögren's syndrome. In all three specimens the presence of numerous focal lymphocytic infiltrates was the histological feature that lead to final diagnosis compatible with the syndrome. There were no complications associated with the surgical procedures and the postoperative period and tissue repairing were within normal limits. Biopsies of labial minor salivary glands are useful in diagnosing Sjögren's syndrome and the early indication of this surgical procedure seems important to demonstrate the glandular lymphocytic infiltrate. The precise interpretation of the histological features turn them reproducible and adequate technical steps, correct specimen preservation and criterious histological analysis is essential for diagnosis of the Sjögren's syndrome.

Keywords: *Salivary glands; Lip; Sjögren's syndrome; Biopsy.*

Introdução

A síndrome de Sjögren (SS) é uma doença crônica de caráter autoimune que acomete a função de glândulas exócrinas, particularmente das glândulas salivares e lacrimais. A sintomatologia mais marcante da doença inclui as sensações de boca seca (xerostomia) e de olhos secos (xeroftalmia), as quais, quando presentes concomitantemente, caracterizam o quadro conhecido como 'síndrome seca'.^{1,2} A SS acomete preferencialmente mulheres e manifesta-se em duas formas básicas de apresentação: a forma primária, na qual apenas a síndrome seca está presente, e a forma associada, na qual existe superposição com outra doença autoimune, particularmente a artrite reumatoide e o lúpus eritematoso.^{1,2} Sua etiopatogenia ainda é desconhecida.^{2,3}

O diagnóstico da SS é complexo e, por vezes, pode ser um desafio para o clínico geral ou mesmo para o especialista. Informações subjetivas e objetivas com relação aos fluxos salivar e lacrimal, além de investigação clínica, sorológica e histopatológica, são utilizados para a obtenção do diagnóstico correto.³⁻⁵ Este processo envolve diferentes profissionais, particularmente reumatologistas, oftalmologistas e cirurgiões-dentistas.⁵ Estes últimos são responsáveis pela avaliação dos sinais e sintomas orais associados à síndrome, incluindo a biópsia de glândulas salivares menores labiais, considerada um critério diagnóstico importante.^{3,6,7}

Apresentaremos três casos de SS diagnosticados com auxílio de biópsias de glândulas salivares menores labiais.

Relato dos casos

Caso 1

Paciente do gênero feminino, 67 anos de idade, compareceu à consulta queixando-se de xerostomia, xeroftalmia e aumento de volume labial superior e inferior indolor há cerca de seis meses. Sua história médica revelava diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico em tratamento e

acompanhamento há cerca de 10 anos. O exame clínico mostrou aumento de volume difuso do lábio superior e do lábio inferior, e, à palpação, diversos nódulos fibrosos dispersos acima do plano muscular, muitos dos quais causando projeção na superfície da mucosa (figura 1a). Com a hipótese clínica de SS foi realizada biópsia incisional na mucosa labial inferior sob anestesia local. Durante o procedimento foram observadas glândulas salivares menores aumentadas. O exame microscópico do espécime corado com hematoxilina e eosina (HE) mostrou a presença de infiltrado linfocítico distribuído na forma de focos, permeando todas as glândulas analisadas e áreas focais onde foi observada metaplasia oncócica ductal. O diagnóstico foi compatível

com SS e a paciente foi reencaminhada ao seu reumatologista, que prosseguiu a investigação clínica e laboratorial, confirmando o diagnóstico. A paciente permanece em controle clínico desde então.

Caso 2

Paciente do gênero masculino, com 77 anos de idade, compareceu à consulta queixando-se de ressecamento labial e lingual com evolução de meses. Sua história médica revelava hipertensão arterial sistêmica controlada com o uso de anti-hipertensivos. O exame clínico revelou a presença de queilite angular, atrofia de papilas linguais, ressecamento da superfície dorsal da língua e candidose atrófica no palato duro sob prótese total. As hipóteses diagnósticas

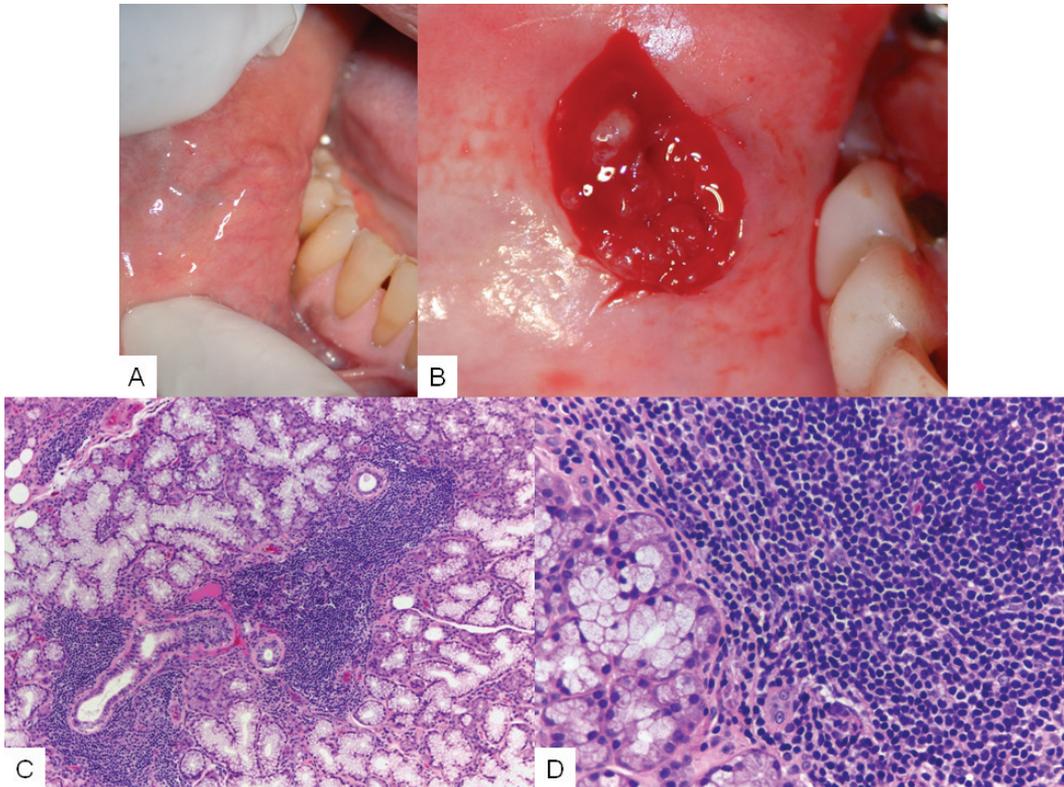


Figura 1:

(a) Aspecto clínico do aumento de volume no lábio inferior.

(b) Aspecto transoperatório mostrando a incisão cirúrgica e as glândulas salivares menores labiais.

(c) Aspecto histológico do infiltrado linfocítico permeando o parênquima glandular (hematoxilina e eosina, 10x).

(d) Detalhe do denso infiltrado predominantemente linfocítico e dos ácinos glandulares (hematoxilina e eosina, 40x).

envolveram redução do fluxo salivar induzida por medicamentos e SS. Foi realizada biópsia incisional na mucosa labial inferior e, durante o procedimento cirúrgico, foram removidas cinco glândulas salivares menores (figura 1b). O exame microscópico dos cortes histológicos corados em HE revelaram a presença de numerosos focos linfocíticos permeando os ácinos glandulares. O primeiro diagnóstico foi compatível com SS e, após encaminhamento ao médico reumatologista e solicitação de provas clínicas e laboratoriais, o diagnóstico foi confirmado.

Caso 3

Paciente do gênero feminino, 13 anos de idade, compareceu à consulta queixando-se de xerostomia, xerofthalmia, aumento de volume do lábio inferior e aftas recorrentes. Sua história médica não revelava antecedentes relevantes. O exame clínico revelou aumento de volume difuso e persistente do lábio inferior e a presença de uma ulceração com cerca de 0,5 cm localizada na mucosa interna do lábio inferior do lado esquerdo. Com a hipótese clínica de sialoadenite foi realizada biópsia incisional na mucosa labial inferior sob anestesia local. Durante o procedimento, foram observadas glândulas salivares menores aumentadas, como no caso 1, e o exame microscópico do espécime removido corado com HE mostrou a presença de infiltrado linfocítico distribuído na forma de focos, permeando todas as glândulas analisadas (figuras 1c e 1d). Os achados foram compatíveis com SS e a paciente foi diagnosticada com a forma primária da doença, após avaliação reumatológica, permanecendo sob acompanhamento especializado desde então.

Discussão

O diagnóstico da SS é complexo e depende da investigação de diversos parâmetros clínicos, imagiológicos e laboratoriais.^{4,5} Diversos critérios utilizados para seu diagnóstico envolvem a participação do cirurgião-dentista e são voltados para a análise do funcionamento e do dano causado às glândulas salivares. Estes podem incluir

critérios subjetivos (presença de xerostomia não justificada por outras causas) e objetivos (mensuração do fluxo salivar, exames de imagem e avaliação microscópica das glândulas salivares).^{3,5}

A biópsia das glândulas salivares menores labiais tem sido utilizada com frequência neste processo e estudos recentes têm reforçado sua importância no diagnóstico da SS, face à sua especificidade e capacidade de mostrar a atividade da doença no órgão-alvo.^{7,9} Embora a técnica seja considerada invasiva por alguns autores, quando realizada por profissionais experientes que conheçam a indicação e as necessidades do procedimento, intercorrências transcirúrgicas e sequelas pós-operatórias são incomuns.^{6,8}

Embora tecnicamente o procedimento de obtenção das glândulas salivares menores seja simples, a interpretação microscópica dos espécimes obtidos pode ser particularmente desafiadora, em virtude da subjetividade que pode permear a análise por parte de diferentes patologistas.¹⁰ Estudos recentes têm buscado reiterar e consolidar os critérios que devem ser utilizados no diagnóstico microscópico da SS,^{7,9,10} baseando-se no trabalho inicial de Chisholm & Mason em 1968.¹¹ A análise cuidadosa dos espécimes buscando o preenchimento de todos os critérios necessários para o diagnóstico da síndrome é essencial para o aumento da sensibilidade e da especificidade da técnica.^{9,10} Além disso, o acompanhamento dos pacientes com resultados microscópicos não compatíveis com a doença é importante para que, caso esta seja confirmada posteriormente ou por meio de outros critérios, o padrão microscópico observado possa ser reavaliado buscando indícios precoces de sua evolução. Pacientes que não são investigados precocemente por meio das biópsias das glândulas salivares menores podem iniciar o tratamento da doença, por exemplo, com corticoterapia, possibilitando que os imunossupressores alterem o padrão microscópico do infiltrado linfocítico glandular e, consequentemente, dificultem o diagnóstico da SS.¹²

As alterações microscópicas associadas ao diagnóstico da SS observadas nas lâminas cora-

das com HE incluem especialmente a presença dos focos linfocíticos.^{12,13} Outros parâmetros como lipossustituição, fibrose glandular, atrofia acinar e alteração na relação acinar/ductal podem ser observados nas glândulas alteradas pela doença e podem mostrar relação com a redução do fluxo salivar, mas sua utilidade diagnóstica ainda não é estabelecida.^{3,14} A diferenciação do padrão microscópico na forma de focos linfocíticos ou na forma de sialoadenite inespecífica esclerosante parece ser essencial, visto que os sintomas associados à síndrome mostram-se estatisticamente relacionados à presença do primeiro padrão.⁷ Nos três casos exemplificados no presente estudo, a presença de focos linfocíticos permeando o parênquima glandular foi marcante.

A investigação da presença de autoanticorpos séricos, particularmente anti-Ro e anti-La, para a definição do diagnóstico da SS tem sido rotineiramente utilizada.⁴ Tem sido observado que nem sempre há uma correlação direta entre a presença dos autoanticorpos séricos e a presença microscópica dos focos linfocíticos compatíveis com a síndrome.^{3,9} Um extenso estudo multicêntrico recente demonstrou forte associação entre a presença dos focos linfocíticos nas biópsias de glândulas salivares menores e os parâmetros sorológicos, e baixa correlação com xerostomia e xeroftalmia.⁷ A heterogeneidade das características dos pacientes acometidos pela síndrome, assim como as diferentes sequências diagnósticas utilizadas em sua investigação, podem ser responsáveis, ao menos em parte, pela limitação nestas correlações.

Conclusão

A padronização da solicitação precoce da biópsia de glândulas salivares menores na investigação da doença, limitando os efeitos da sua evolução e dos tratamentos efetuados, pode permitir uma avaliação mais adequada da infiltração linfocítica nas glândulas e a confirmação de sua utilidade diagnóstica e evolutiva na síndrome de Sjögren.

Agradecimentos

Os autores agradecem a Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), pelo apoio na realização do estudo.

Referências

1. Rehman H. Sjögren's syndrome. *Yonsei Med J*. 2003 Dec 30;44(6):947-54.
2. Margaix-Muñoz M, Bagán JV, Poveda R, et al. Sjögren's syndrome of the oral cavity. Review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 Jul 1;14(7):E325-30.
3. Delaleu N, Jonsson MV, Appel S, et al. New concepts in the pathogenesis of Sjögren's syndrome. *Rheum Dis Clin N Am*. 2008 Nov;34(4):833-45. doi: 10.1016/j.rdc.2008.08.004.
4. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, 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 Jun;61(6):554-8.
5. Shiboski SC, Shiboski CH, Criswell L, et al. American College of Rheumatology classification criteria for Sjögren's syndrome: a data-driven, expert consensus approach in the Sjögren's International Collaborative Clinical Alliance Cohort. *Arthritis Care Res* 2012 Apr;64(4):475-87.
6. Caporali R, Bonacci E, Epis O, et al. Safety and usefulness of minor salivary gland biopsy: retrospective analysis of 502 procedures performed at a single center. *Arthritis Rheum*. 2008 May 15;59(5):714-20. doi: 10.1002/art.23579.
7. Daniels TE, Cox D, Shiboski CH, et al. Associations between salivary gland histopathologic diagnoses and phenotypic features of Sjögren's syndrome among 1,726 registry participants. *Arthritis Rheum*. 2011 Jul;63(7):2021-30. doi: 10.1002/art.30381.
8. Yazisiz V, Avci AB, Erbasan F, et al. Diagnostic performance of minor salivary gland biopsy, serological and clinical data in Sjögren's syndrome: a retrospective analysis. *Rheumatol Int*. 2009 Feb;29(4):403-9. doi: 10.1007/s00296-008-0698-1.
9. Langerman AJ, Blair EA, Sweiss NJ, et al. Utility of lip biopsy in the diagnosis and treatment of Sjögren's syndrome. *Laryngoscope*. 2007 Jun;117(6):1004-8.
10. Stewart CM, Bhattacharyya I, Berg K, et al. Labial salivary gland biopsies in Sjögren's syndrome: still the gold standard? *Oral*

- Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2008 Sep;106(3):392-402. doi: 10.1016/j.tripleo.2008.04.018.
11. Chisholm DM, Mason DK. Labial salivary gland biopsy in Sjogren's disease. J Clin Pathol. 1968 Sep;21(5):656-60.
 12. Zandbelt MM, van den Hoogen FHJ, de Wilde PC, et al. Reversibility of histological and immunohistological abnormalities in sublabial salivary gland biopsy specimens following treatment with corticosteroids in Sjögren's syndrome. Ann Rheum Dis. 2001 May;60(5):511-13.
 13. Greenspan JS, Daniels TE, Talal N, et al. The histopathology of Sjögren's syndrome in labial salivary gland biopsies. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1974 Feb;37(2):217-29.
 14. Bookman AA, Shen H, Cook RJ, et al. Whole stimulated salivary flow: correlation with the pathology of inflammation and damage in minor salivary gland biopsy specimens from patients with primary Sjögren's syndrome but not patients with sicca. Arthritis Rheum. 2011 Jul;63(7):2014-20. doi: 10.1002/art.30295.

Titulação dos Autores

Editorial

Maria Isabel de Castro de Souza

Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ricardo G. Fischer

Departamento de Procedimentos Clínicos Integrados. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

German Villoria

Departamento de Periodontia. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo 1: A importância dos achados clínicos e microscópicos orais no diagnóstico da síndrome de Sjögren

Fábio R. Pires

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Débora L. Pereira

Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Juliana de N. S. Netto

Departamento de Patologia e Diagnóstico Oral. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Águida M. M. A. Miranda

Departamento de Estomatologia e Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial. Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Verônica S. Vilela

Unidade Docente Assistencial de Reumatologia. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Adriana R. Fonseca

Serviço de Clínica Médica, Setor de Reumatologia Pediátrica. Hospital Federal dos Servidores do Estado. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Teresa C. R. B. dos Santos

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Departamento de Diagnóstico e Cirurgia. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Boulevard 28 de Setembro, 157, sala 503
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030.
Telefone: 55 21 2868 8284
E-mail: ramoafop@uerj.br

Artigo 2: Síndrome da ardência bucal: aspectos clínicos e tratamento

Gabriella Mundim Rocha Oliveira

Curso de Especialização em Estomatologia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Geraldo Oliveira Silva-Júnior

Departamento de Ciências Básicas. Universidade Federal Fluminense. Nova Friburgo, RJ, Brasil.

Bruna Lavinias Sayed Picciani

Departamento de Patologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.

Ruth Tramontani Ramos

Programa de Pós-graduação em Estomatologia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Silvana Gama Pestana

Setor de Fonoaudiologia, Coordenação Odontológica de Ensino. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Marília Heffer Cantisano

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro.

Boulevard 28 de Setembro, 157
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030.
Telefone: 55 21 2587 6455
E-mail: mcantisano@terra.com.br

Artigo 3: Alterações no Seio Maxilar e sua Relação com Problemas de Origem Odontológica

Antonio J. R. Castro

Programa de Doutorado em Clínica Odontológica.
Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Luciana M. Sassone

Departamento de Procedimentos Clínicos Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Georgiana Amaral

Programa de Doutorado em Endodontia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Antonio J. R. Castro
Rua Fonte da Saudade, 246/201
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22471-210.
Telefone: 55 21 8778 6665

Artigo 4: Telerradiologia: uma nova era para a radiologia odontológica

Marcelo D. B. Faria

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Luciana F. Bastos

Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Paulo J. Medeiros

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Fábio R. Pires

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado
do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Marília H. Cantisano

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado
do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Branca H. O. Vieira

Departamento de Odontologia Preventiva
e Comunitária. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo 5: Tratamento multidisciplinar de deformidades dentofaciais

Marco Antônio de O. Almeida

Departamento de Odontologia Preventiva
e Comunitária. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.

Ione Helena V. P. Brunharo

Programa de Pós-Graduação em Ortodontia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado
do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Ione Helena V. P. Brunharo
Largo do Machado 54/305, Flamengo
Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22210-020.
E-mail: ionoportella@yahoo.com.br

Artigo 6: A relação entre maloclusão e desordens temporomandibulares: uma breve digressão pelos últimos 80 anos

Francisco J. Pereira Júnior

Departamento de Prótese. Faculdade de Medicina
de Petrópolis – Arthur Sá Earp Neto. Petrópolis, RJ,
Brasil.

Endereço para correspondência:
Francisco J. Pereira Júnior

Rua Visconde de Pirajá, 595/702
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22410-003
Fone: 21 2511 1513
E-mail: francisco@occlusaoedtm.com.br

Artigo 7: Periodontite e ômega 3: o papel dos ácidos graxos no processo inflamatório

Manuela R. C. Sete

Programa de Mestrado em Periodontia. Faculdade
de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Carlos Marcelo S. Figueredo

Departamento de Procedimentos Clínicos
Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Departamento de Procedimentos Clínicos
Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.
Boulevard 28 de Setembro, 157, 2º andar
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030.
Telefone: 55 21 2868 8082
E-mail: cmfigueredo@hotmail

Artigo 8: Periodontite e Doença Renal Crônica

Susyane Antunes

Programa de Doutorado em Periodontia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Rachel Bregman

Departamento de Especialidades Médicas.
Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Carlos Marcelo Silva Figueredo

Departamento de Procedimentos Clínicos
Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.

Ricardo G. Fischer

(Vide Editorial.)

Endereço para correspondência:
Departamento de Procedimentos Clínicos
Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Boulevard 28 de Setembro, 157, 2º andar
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030.
Telefone: 55 21 2868 8031
E-mail: ricfischer@globo.com

Artigo 9: Antissépticos bucais no controle da bacteremia de origem oral

German Villoria

(Vide Editorial.)

Lúcia Helena C. Costinha

Departamento de Periodontia. Faculdade de Odontologia. Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
German E. M. Villoria
Rua Visconde de Pirajá, 82/1005
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22410-000.
E-mail: villoria@me.com

Artigo 10: Efeito do tratamento periodontal em pacientes com diabetes mellitus tipo 2

Maria Emília Felipe

Programa de Doutorado em Periodontia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Maria Chomyszyn-Gajewska

Periodontal Department. Dental School.
Jagiellonian University. Cracóvia, Polônia

Ricardo G. Fischer

(Vide Editorial.)

Endereço para correspondência:
Departamento de Procedimentos Clínicos
Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Boulevard 28 de Setembro, 157, 2º andar
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030.
Telefone: 55 21 2868 8031
E-mail: ricfischer@globo.com

Artigo 11: A doença periodontal e o idoso frágil

Rivail A. S. Fidel Júnior

Coordenação Central de Extensão, Departamento de Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Roberto A. Lourenço

Departamento de Medicina Interna. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ricardo G. Fischer

(Vide Editorial.)

Endereço para correspondência:
Departamento de Procedimentos Clínicos
Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Boulevard 28 de Setembro, 157, 2º andar
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030.
Telefone: 55 21 2868 8031
E-mail: ricfischer@globo.com