



Óleo de linhaça no tratamento do olho seco de paciente com síndrome de Sjögren

Marta Halfeld Ferrari Alves Lacordia*

Mariana Maurício Matioli**

RESUMO

A Síndrome de Sjögren é uma doença auto-imune crônica que se caracteriza por infiltração linfocítica de glândulas salivares e lacrimais, resultando em xerostomia e ressecamento ocular. A utilização dos ácidos graxos essenciais na apresentação oral, como o óleo de linhaça, pode ser uma alternativa no tratamento de pacientes com deficiência lacrimal. Descreve-se o caso de uma paciente, portadora de Síndrome de Sjögren associada à artrite reumatoide, com sinais e sintomas de olho seco. A paciente foi atendida no Ambulatório de Oftalmologia, do Hospital Universitário/CAS, da Universidade Federal de Juiz de Fora. Foi adotada a administração oral de óleo de linhaça, com melhora dos sintomas. O objetivo do relato do caso é incentivar futuros estudos para melhor esclarecimento sobre o uso do óleo de linhaça no tratamento do olho seco.

Palavras-chave: Ácidos Graxos Essenciais. Ceratoconjuntivite Seca. Óleo de Semente do Linho. Síndrome de Sjögren.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sjögren é uma doença inflamatória, auto-imune, crônica que se caracteriza por infiltração linfocítica das glândulas lacrimais e salivares. Tem ocorrência mundial e maior incidência em mulheres entre a quarta e a quinta décadas de vida (KASPER et al., 2006; ROZMAN et al., 2004). Essa síndrome pode existir como doença primária e isolada das glândulas exócrinas (Síndrome de Sjögren primária) ou estar associada a outras doenças auto-ímmunes como artrite reumatoide, lupus eritematoso sistêmico, esclerose sistêmica progressiva, esclerodermia e outras (Síndrome de Sjögren secundária) (ASMUSSEN; BOWMAN, 2001).

No bulbo ocular, ocorrem alterações nos epitélios da córnea e da conjuntiva, definidas como disfunção do filme lacrimal, mais conhecida como “olho seco” (termo introduzido por Von Röth, no século passado). Segundo Murube e outros (2003), a definição mais adequada para o “olho seco” é “um desajuste entre a qualidade ou composição da lágrima e as necessidades da superfície ocular”. A partir dessa prerrogativa, surgiu a sugestão para a substituição do termo “olho seco” para “disfunção lacrimal”.

Embora a síndrome do olho seco ou disfunção lacrimal seja uma condição frequente na prática oftalmológica, acometendo 15 a 40% da população geral (GOMES; LIMA; ADAN, 1999), a falta de concordância entre seus diferentes conceitos e classificações produz dificuldades para sua detecção e conduta. Em 2003, no 14º Congresso das Sociedades Europeias de

Oftalmologia, em Madrid, um estudo multicêntrico desenvolveu uma classificação prática para os pacientes com superfície ocular seca. O diagnóstico de olho seco deve ser complementado por três notas classificatórias referentes a: etiologia, histopatologia e gravidade clínica (MURUBE et al., 2003). A classificação histopatológica ou classificação de AMLEI (sugerida pela Academia Americana de Oftalmologia) refere-se à deficiência aquosa, deficiência mucínica, anormalidades lipídicas, anormalidades na função palpebral e epitelopatía. O uso da sigla AMLEI significa: A = aquodeficiência, M = mucodeficiência, L = lipodeficiência, E = epitelopatía, I = incongruência olho-pálpebra) (FRIDMAN et al., 2004). Murube e outros (2003) orientam descrever a etiologia e acrescentar a palavra AMLEI completa, sublinhando as letras pertinentes, com uma ou mais linhas, segundo a intensidade do efeito ou colocando um ponto de interrogação, em caso de dúvida. A classificação por gravidade do quadro pode ser expressa numa escala de zero (leve) a três + (grave). Em 1995, um grupo de pesquisadores mundiais na área de olho seco produziu uma classificação que dividiu os indivíduos com a síndrome em portadores de insuficiência lacrimal e de olho seco do tipo evaporativo, com diferentes subcategorias (LEMP, 1995). As Tabelas 1 e 2 resumem as classificações. O Quadro 1 expõe a classificação do “*Report of the Nacional Eye Institute/ Industry Workshop on clinical trials in Dry Eyes*”:

* Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Hospital Universitário, Departamento de Oftalmologia – Juiz de Fora, MG.

** Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina – Juiz de Fora, MG. E-mail: marimatioli@yahoo.com.br



TABELA 1
Classificação histopatológica ou AMLEI

Letra	Classificação
A	Aquodeficiência
M	Mucodeficiência
L	Lipodeficiência
E	Epiteliopatia
I	Incongruência olho-pálpebra

Fonte: Os autores (2008)

TABELA 2
Classificação por gravidade do quadro

Grau	Classificação
	Subclínico: sem sintomas, exceto quando há exposição de fatores
1	Leve
2	Moderada
3	Severa
3+	Grave

Fonte: Os autores (2008)

I- Deficiência lacrimal

- 1- Síndrome de Sjögren
 - a- Síndrome de Sjögren primária
 - b- Síndrome de Sjögren secundária
 - Artrite reumatoide
 - Lupus eritematoso sistêmico
 - Granulomatose de Wegener
 - Esclerose sistêmica
 - Cirrose biliar primária
- 2- Deficiência lacrimal não Sjögren
 - a- Doença lacrimal
 - 1- Primária
 - Hipoglasia congênita da glândula lacrimal
 - Disfunção lacrimal primária adquirida
 - 2- Secundária
 - dacrioadenite
 - doenças da tireoide
 - uso de fármacos para hipertensão arterial, arritmias cardíacas, depressão e outros
 - déficits de androgênios (com redução de seu efeito anti-inflamatório nas glândulas lacrimais)
 - SIDA
 - sarcoidose
 - doença enxerto X hospedeiro
 - deficiência de vitamina A
 - ablação, trauma de glândula lacrimal
 - exposição à radiação ionizante
 - b- Obstrução lacrimal
 - tracoma
 - penfigoide cicatricial
 - eritema multiforme
 - queimaduras
 - c- Disfunção reflexa
 - ceratite neuro-paralítica
 - Lentes de contato
 - paralisia do VII nervo craniano
 - diabetes
 - d- Etiologia incerta
 - neuromatose múltipla
 - Síndrome do Miado de Gato

II- Olho seco evaporativo

- 1- Deficiência da camada lipídica
 - a- Primária
 - ausência de glândulas
 - distíquase
 - b- Secundária
 - blefarite/doença obstrutiva das glândulas de Meibômio
 - blefarite anterior
- 2- Relacionada às pálpebras
 - alterações do piscamento
 - alterações na abertura palpebral
 - incongruência pálpebra-superfície ocular
- 3- Lentes de contato
- 4- Alterações da superfície
 - deficiência de vitamina A

Quadro 1: Classificação baseada no "Report of the Nacional Eye Institute/ Industry Workshop on clinical trials in Dry Eyes".

Fonte: Os autores (2008)

Às vezes, pacientes com poucos sinais de olho seco apresentam sintomatologia exacerbada e queixam-se de importantes limitações nas suas atividades diárias, com piora da qualidade de vida. Entre as manifestações oculares, encontram-se: sensação de areia sob as pálpebras, queimação, acúmulo de secreções espessas nos ângulos mediais, diminuição do lacrimejamento, hiperemia, prurido, fadiga ocular e aumento da fotosensibilidade (FELBERG; DANTAS, 2006; KASPER et al., 2006; NISHIWAKI-DANTAS, 1999). Para avaliar e padronizar os sintomas, diversos questionários foram elaborados e testados como o questionário de McMonnies, o “Ocular Surface Disease Index” (OSDI) e o questionário “Visual Function Questionnaire” (VFQ-25) (MANGIONE et al., 2001; MCMONNIES, 1986; SCHIFFMAN et al., 2000).

Os testes de avaliação do filme lacrimal representam uma maneira objetiva de se avaliar a função lacrimal. A confirmação do diagnóstico é feita pela combinação das informações de anamnese, exame oftalmológico e dos resultados de um ou mais testes. Entre eles, destacam-se o tempo de ruptura do filme lacrimal, teste de Schirmer, e coloração com o colírio de rosa bengala a 1% (GOMES; LIMA; ADAN, 1999).

O tipo de terapêutica a ser empregado no tratamento do olho seco varia de acordo com o tipo de deficiência do filme lacrimal e da gravidade do caso. O tratamento básico consiste na reposição da lágrima com lubrificantes tópicos, preferencialmente sem conservante, para evitar a toxicidade, e que tenham o tempo de permanência e a viscosidade ideais, de acordo com a severidade do caso. A orientação do paciente em relação ao uso de medicamentos sistêmicos e tópicos que possam estar causando o quadro é fundamental. Nos casos mais resistentes, pode-se indicar a oclusão temporária ou permanente dos pontos lacrimais, com o objetivo de manter a lágrima em contato com a superfície ocular por um período mais prolongado de tempo. Nos casos mais severos, pode-se utilizar o soro autólogo puro e diluído. O soro autólogo tem componentes essenciais que se encontram presentes na lágrima, como vitamina A – fator de crescimento epitelial (EGF) e fator de crescimento transformador beta (TGF – β). Alguns casos ainda podem se beneficiar do uso de esteroides tópicos. A secreção lacrimal pode também ser estimulada farmacologicamente. O uso de ciclosporina tópica parece estimular a secreção lacrimal em cães e humanos. Bromexidina sistêmica e tópica tem sido utilizada em alguns países com resultados satisfatórios, mas seu efeito diminui após uso crônico. O transplante do ducto da parótida era realizado nos casos extremos de resistência a terapia. Os resultados, nada satisfatórios,

tem levado ao abandono dessa técnica cirúrgica. Para o olho seco tipo evaporativo a melhor estratégia é suprimir a evaporação das lágrimas (GOMES; LIMA; ADAN, 1999).

A utilização dos ácidos graxos essenciais do tipo ômega 3 na apresentação oral como o óleo de linhaça, pode ser uma alternativa no tratamento de pacientes com deficiência lacrimal. A dose ideal ainda não foi bem determinada e sua eficácia pode variar (BROWN et al., 1998; PINHEIRO JUNIOR et al., 2007).

Este relato descreve o caso de uma paciente, atendida no Ambulatório de Oftalmologia, do Hospital Universitário/CAS, da Universidade Federal de Juiz de Fora, portadora de Síndrome de Sjögren, com sinais e sintomas de olho seco, em que foi adotada, entre outras terapias, a administração oral de óleo de linhaça.

2 RELATO DE CASO

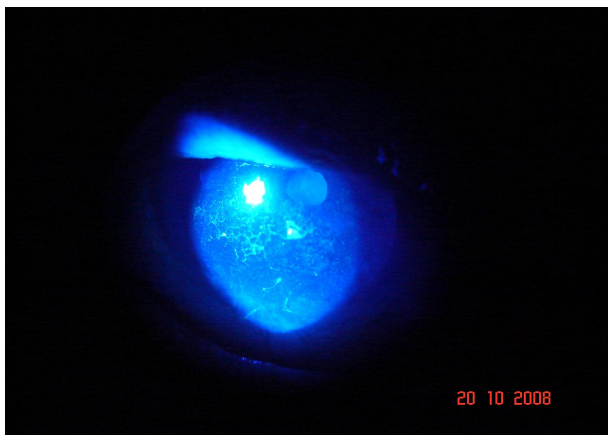
Paciente do sexo feminino, 54 anos, encaminhada ao serviço de oftalmologia do HU-CAS em abril de 2008, com queixa de olho seco, fotossensibilidade, hiperemia ocular, sensação de corpo estranho (Fotografia 1). Submetida às doze perguntas do Questionário OSDI, respondeu a dez, obtendo um escore de 97,5. Apresentava artrite reumatoide há 22 anos, com comprometimento em região tênar de mão esquerda.



Fotografia 1: Paciente apresentando intensa fotofobia e acúmulo de secreção nos ângulos mediais de ambos os olhos.

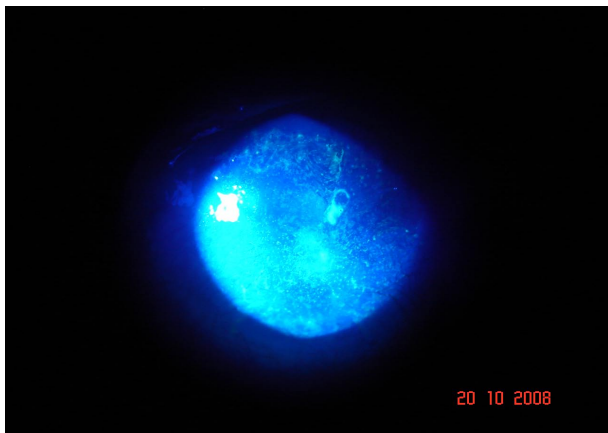
Fonte: Os autores (2008)

Ao exame de biomicroscopia, apresentava hiperemia conjuntival em ambos os olhos e leucoma em quadrante nasal de córnea do olho esquerdo com neovascularização. Notava-se quebra do filme lacrimal (tempo menor que cinco segundos) com pontos escuros (ausência de fluoresceína) em ambos os olhos, ao ser examinada sob a luz azul de cobalto na lâmpada de fenda (Biomicroscopias 2 e 3).



Biomicroscopia 1: Detalhe da biomicroscopia sob luz azul de cobalto do olho direito da paciente. Percebe-se diminuição do filme lacrimal e intensa ceratite.

Fonte: Os autores (2008)



Biomicroscopia 2: Detalhe da biomicroscopia sob luz azul de cobalto do olho esquerdo da paciente. Presença de leucoma (seta). Diminuição do filme lacrimal e ceratite.

Fonte: Os autores (2008)

O teste de Schimer tipo I, sem anestesia tópica, demonstrou valores menores que 10 mm. A acuidade visual com correção era de 0,3 para longe e de Jaeger 2 para perto em AO.

Fazia uso de lágrimas artificiais (dextrano e hipromelose) e metotrexato (10mg por semana por via oral). Foi instituído o tratamento com polietilenoglicol de duas em duas horas, ácido poliacrílico na forma em gel e pomada de acetato de retinol, aminoácidos, metionina e cloranfenicol à noite. Após 30 trinta dias de uso das medicações descritas, a paciente apresentava os mesmos sinais e sintomas, sem melhora subjetiva do quadro. Foi então instituída administração oral de óleo de linhaça, adquirida em farmácia de manipulação, sob a forma de cápsulas, na dose de um grama ao dia. A dose de um grama foi adotada baseado no trabalho de Pinheiro Junior e outros (2007), além de ser a apresentação mais encontrada nas drogarias, farmácias de manipulação e lojas de produtos naturais.

Com quinze dias de medicação, a paciente referia melhora dos sintomas. Refeitas as questões de OSDI, obteve o escore de 52,5, embora os sinais de comprometimento corneano ainda fossem evidentes (tempo de ruptura do filme lacrimal de cinco segundos, teste de Schimer tipo I, com valores entre sete e oito mm em AO). Realizado o exame refracional, a paciente apresentou melhora da acuidade visual com correção (OD: 0,8 e OE: 0,5 para longe e de Jaeger 1 para perto em AO).

3 DISCUSSÃO

As queixas de olho seco são muito frequentes na clínica oftalmológica e o diagnóstico inicia-se com a história do paciente. Muitas vezes, as respostas aos questionários não correspondem aos achados clínicos. Há pacientes com queixas muito intensas, mas que não apresentam exames oculares proporcionalmente alterados. Da mesma forma, pacientes cujos exames demonstram grande comprometimento ocular tem poucas queixas, por provável redução da sensibilidade corneana (BARBOZA et al., 2008). A paciente deste estudo referia melhora dos sintomas com o uso de óleo de linhaça, mas ainda apresentava defeitos corneanos compatíveis com comprometimento severo da disfunção lacrimal. A qualidade de vida foi aprimorada, uma vez que a paciente relatou que já executava tarefas cotidianas (leitura prolongada, televisão, costura), que antes eram impossíveis.

Pinheiro Junior e outros (2007), em estudo clínico randomizado, selecionaram 38 mulheres com artrite reumatoide ou lupus eritematoso sistêmico associadas à ceratoconjuntivite seca e síndrome de Sjögren e as submeteram a tratamento com óleo de linhaça. Obtiveram melhora nos sintomas de forma estatisticamente significativa. Utilizaram a dose de um e dois gramas por dia, obtendo resultados semelhantes nos dois grupos.

Outros trabalhos confirmaram melhora significativa da inflamação da superfície ocular em grupos tratados com ácidos graxos essenciais, quando comparados a grupo tratado com placebo e lágrimas artificiais (BARABINO et al., 2003).

Os ácidos graxos essenciais presentes no óleo de linhaça aliviam sintomas da artrite e de outras doenças auto-imunes, pois contem compostos anti-inflamatórios naturais, como ômega 6 e o ômega 3, em proporção considerada ideal (CLARK et al., 2001). O uso oral de óleo de linhaça, como auxiliar no tratamento de diversas formas de deficiência lacrimal, tem demonstrado benefícios, pois há um aumento local de prostaglandinas tipo 1 (ARAGO-

NA; GIUFRIDA; BUCOLO, 2001; PINHEIRO JUNIOR et al., 2007).

Portadores de olho seco tem processo inflamatório que compromete a superfície ocular e as glândulas lacrimais, influenciado por citocinas mediadas por receptores. A capacidade dos esteroides e dos agentes imuno-moduladores em melhorar o quadro de portadores de olho seco moderado a severo fortalece a hipótese de que um importante processo inflamatório contribui muito para o ciclo

vicioso de sinais e sintomas apresentados por esses pacientes (STEVENSON; TAUBER; REIS, 2000).

4 CONCLUSÃO

A terapia com cápsulas de óleo de linhaça, um grama por dia, auxiliada com o uso de lágrimas artificiais, na paciente com Síndrome de Sjögren reduziu a inflamação na superfície ocular e melhorou os sintomas da ceratoconjuntivite seca. Entre-

Flaxseed-Oil in the treatment for a dry-eye Sjögren 's syndrome patient

ABSTRACT

Sjögren's syndrome is a chronic autoimmune disease characterized by lymphocytic infiltration of the lacrimal and salivary glands leading to xerostomia and ocular dryness. Oral treatment with flaxseed (linseed)-oil capsules may help to improve lacrimal deficiency. We describe the case of a patient with Sjögren's syndrome associated with rheumatoid arthritis, seen at the Ophthalmology Division of the Federal University of Juiz de Fora Hospital. The patient, with dry-eye symptoms, was treated with oral flaxseed (linseed)-oil capsules, reducing her surface ocular inflammation and alleviating the symptoms of Keratoconjunctivitis sicca. The aim of this study was to report the case and encourage future long term studies to confirm the role of this therapy for Keratoconjunctivitis sicca in Sjögren's syndrome.

Keywords: Fatty Acids, Essential. Keratoconjunctivitis Sicca. Linseed Oil. Sjögren 's Syndrome.

tanto, estudos futuros são necessários para maiores esclarecimentos sobre a ação a longo prazo no tratamento do olho seco.

REFERÊNCIAS

ARAGONA, P.; GIUFRIDA, S.; BUCOLO, C. Tear PGE1 levels in dry eye patients after treatment with essential fatty acids. **Investigative Ophthalmology & Visual Science**, Rockville, v. 42, p. 259, 2001.

ASMUSSEN, K. H.; BOWMAN, S. J. Outcome measures in Sjögren syndrome. **Rheumatology**, Oxford, v. 40, p. 1085-1088, 2001.

BARABINO, S. et al. Systemic Linoleic and [gamma]-Linolenic acid therapy in dry eye syndrome with inflammatory component. **Cornea**, Atlanta, v. 22, p. 97-101, 2003.

BARBOZA, M. N. C. et al. Correlação entre os sinais e sintomas de olho seco em pacientes portadores da síndrome de Sjögren. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 71, p. 547-552, 2008.

BROWN, N. A. et al. Nutrition supplements and the eye. **Eye**, Hampshire, v. 12, p. 127-133, 1998.

CLARK, W. F. et al. Flaxseed in lupus nephritis: two-year nonplacebo-controlled crossover study. **Journal of the American College of Nutrition**, Clearwater, v. 20, p. 143-148, 2001.

FELBERG, S.; DANTAS, P. E. Sjögren 's syndrome: diagnosis and treatment. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 6, p. 959-963, 2006.

FRIDMAN, D. et al. Olho seco: conceitos, história natural e classificações. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 67, p. 181-185, 2004.

GOMES, J. A. P.; LIMA, A. L. H., ADAN, C. B. D. **Manual do CBO – Doenças externas oculares e córnea**. São Paulo: Cultura Médica, 1999. p. 57-109.

KASPER, D. L. et al. **Harrison Medicina Interna**. 16 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006. v. 2, p. 2088-2090.

LEMP, M. A. Report of National Eye Institute/Industry Workshop on Clinical Trials in Dry Eyes. **The Contact Lens Association of Ophthalmologists Journal**, Ontario, v. 21, p. 221-232, 1995.

MANGIONE, C. M. et al. National Eye Institute Function Questionnaire Field Test Investigators. Development of the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. **Archives of Ophthalmology**, Madison, v. 119, p. 1050-1058, 2001.

MCMONNIES C. W. Key questions in dry history. **Journal of the American Optometric Association**, Sewickley, v. 57, p. 512-517, 1986.

MURUBE, J. et al. Triple clasificación de Madrid para El ojo seco. **Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología**, Madrid, v. 78, p. 587-594, 2003.

NISHIWAKI-DANTAS, M. C. Atualização em olho seco. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 62, p. 101-105, 1999.

PINHERO JUNIOR, M. N. et al. Uso Oral do óleo de linhaça (*Linum usitatissimum*) no tratamento do olho seco de pacientes portadores da síndrome de Sjögren. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 70, p. 649-655, 2007.

ROZMAN, B. et al. Epidemiology and diagnostics of primary Sjögren's syndrome. **Reumatizam**, Croatia, v. 51, p. 9-12, 2004.

SCHIFFMAN, R. M. et al. Reliability and validity of the Ocular Surface Disease Index. **Archives of Ophthalmology**, Madison, v. 118, p. 615-621, 2000.

STEVENSON, D.; TAUBER, J.; REIS, B. L. Efficacy and safety of cyclosporine. A ophthalmic emulsion in the treatment of moderate-to-severe dry eye disease: a dose-ranging, randomized trial. The Cyclosporin A Phase 2 Study Group. **Ophthalmology**, Baltimore, v. 107, p. 967-974, 2000.

Enviado em 4/12/2008

Aprovado em 21/9/2009