

Associação entre síndrome da ardência bucal e hipossalialia

Association between burning mouth syndrome and hyposalivation

Juliana Donato Maidana*

Karen Cherubini**

Stela Maria Rigo Krapf ***

Resumo

A síndrome da ardência bucal (SAB) caracteriza-se pela queixa de ardência constante na boca sem que qualquer lesão seja detectada ao exame físico e, a despeito dos estudos já realizados, sua causa permanece desconhecida. O presente estudo teve por objetivo investigar a existência de associação entre hipossalialia e SAB. A amostra foi constituída por cem indivíduos do sexo feminino entre 30 e 81 anos de idade, distribuídos em dois grupos: (a) grupo-caso: cinquenta mulheres portadoras de SAB, cadastradas entre os pacientes do Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS; (b) grupo de controle: cinquenta mulheres não portadoras de SAB. Cada indivíduo foi submetido à coleta de saliva total estimulada mecanicamente, e a velocidade de fluxo salivar (VFS) foi obtida pelo método gravimétrico. Os dados obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva e do teste t de Student, considerando-se o nível de significância de 5%. O grupo-caso exibiu VFS média igual a 0,86 mL/min ($\pm 0,65$), ao passo que para o grupo de controle o valor foi de 1,01 mL/min ($\pm 0,65$), não sendo observada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos avaliados ($p > 0,05$). Com os resultados obtidos, foi possível concluir que não existe associação entre hipossalialia e síndrome da ardência bucal.

Palavras-chave: ardência, boca, xerostomia, hipossalialia.

Introdução

A síndrome da ardência bucal (SAB) caracteriza-se pela queixa de ardência na boca, que ocorre sem que qualquer lesão seja detectada ao exame físico do paciente (TROMBELLI et al., 1994). Acomete cerca de 5% da população, principalmente mulheres de meia-idade em período pós-menopausa (ZISKIN e MOUTON, 1946), e manifesta-se como uma dor constante, embora de intensidade variável (OKESON, 1998).

A causa da SAB é desconhecida, o que torna o tratamento desses pacientes empírico e, na maioria das vezes, frustrante. Entre as possíveis causas da condição são citados fatores psicogênicos (POKUPEC-GRUDEN et al., 2000), hormonais, irritantes locais (DUTRÉE-MEULENBERG et al., 1992), deficiência vitamínica (FEINMANN e PEATFIELD, 1993; FIELD, 1995), fármacos e xerostomia (OKESON, 1998).

Os irritantes locais constituem um fator comum entre os portadores de SAB (SONIS et al.,

1995). Próteses dentárias feitas de acrílico possuem monômero residual em suas bases, o que pode também causar em SAB. Como foi relatado por McCabe e Basker (1976), que observaram a diminuição dos sintomas de queimação bucal de alguns dos seus pacientes com a confecção de novas próteses com níveis menores de monômero. Num segundo estudo, Basker et al. (1978) analisaram a adaptação de próteses em 37 pacientes com SAB, tendo constatado que 50% deles apresentavam algum tipo de defeito em suas dentaduras. Outros irritantes locais, como alimentos condimentados, líquidos quentes, bebidas gasosas, café e chá muito fortes, certos sucos, dentifrícios e colutórios, podem exacerbar o desconforto (OKESON, 1998).

Lamey et al. (2001) avaliaram o fluxo salivar estimulado das glândulas parótidas direita e esquerda de 114 pacientes portadores de SAB. Dezenove desses indivíduos (17%) apresentaram velocidade de fluxo salivar (VFS) baixa, isto é, menor que 0,5 mL/min, sendo os valores da VFS idênticos entre as

*Acadêmica da Faculdade de Odontologia/PUCRS. Bolsista Fapergs.

**Professora da disciplina de Estomatologia da Faculdade de Odontologia/PUCRS. Doutora em Estomatologia PUCRS.

***Bioquímica do Laboratório de Patologia Clínica do Hospital São Lucas/PUCRS.

Recebido: 04.12.2003 Aceito: 17.06.2004

glândulas parótidas direita e esquerda em 86% dos pacientes.

Segundo Bartley (1968) e Spielman et al. (1981), a xerostomia é um importante agravante dos quadros de SAB, podendo estar associada a alterações emocionais, estresse, neuroses, doenças orgânicas, síndrome de Sjögren, quimio e radioterapia, uso de medicamentos, idade avançada, bem como aplasia, obstrução e infecção das glândulas salivares.

Se a produção de saliva é deficiente, a mucosa bucal torna-se insuficientemente umedecida e assume um aspecto brilhante, pálido ou avermelhado. Isso leva à sensação de secura, mais ou menos tolerável pelo paciente, conforme o seu limiar de sensibilidade (NAVZESH, 1989). As mesmas mudanças podem ser observadas na língua e nos lábios, que se apresentam ressecados ou fissurados. Segundo Daniels (2000), as principais queixas de pacientes com sintomas de boca seca são alterações no paladar e na sensibilidade da mucosa, dificuldade para deglutir ou problemas para utilizar próteses mucossuportadas. Sintomas de ardência bucal ou intolerância a alimentos ácidos ou condimentados também são frequentes.

A sintomatologia da SAB, tem longo tempo de evolução na maioria dos pacientes e está associada a múltiplos insucessos das terapias instituídas. Se forem eliminados todos os fatores locais e sistêmicos, a hipótese de origem psicogênica deve ser considerada (VELOSO e CUTRIM, 2000). Pokupec-Gruden et al. (2000) realizaram estudo de caso-controle com vinte pacientes portadores de SAB, verificando que a maior parte deles sofria de ansiedade e depressão. Os autores lembram que vários outros estudos têm demonstrado que o perfil psicológico desses pacientes segue um padrão, ou seja, a maioria apresenta problemas relacionados ao estresse psicológico.

Considerando a multiplicidade de possíveis agentes etiológicos associados à SAB, entre eles a xerostomia, bem como a dificuldade de manejo clínico dos portadores da condição, o presente estudo

teve por objetivo verificar se existe associação entre a síndrome da ardência bucal e hipossalialia.

Materiais e método

Foi realizado um estudo de caso-controle com casos prevalentes (FLETCHER e WAGNER, 1996), em amostra constituída por cem indivíduos do sexo feminino entre 30 e 81 anos de idade, assim distribuídos:

- a) Grupo-caso: cinquenta mulheres portadoras de SAB, cadastradas entre os pacientes do Serviço de Estomatologia do Hospital São Lucas da PUCRS;
- b) Grupo de controle: cinquenta mulheres não portadoras de SAB, pertencentes à mesma amplitude de faixa etária do grupo-caso.

Só foram incluídos no grupo-caso os indivíduos que apresentavam os exames de glicemia em jejum e hemograma dentro dos padrões de normalidade e ausência de qualquer lesão da mucosa bucal compatível com a queixa de ardência, isto é, foi respeitado o critério diagnóstico segundo o qual a SAB não está acompanhada de sinais clínicos objetivos (TROMBELLI et al., 1994).

Ambos os grupos foram submetidos à coleta de saliva total estimulada mecanicamente para posterior cálculo da velocidade do fluxo salivar (VFS) pelo método gravimétrico. Para a coleta, foram utilizados recipientes plásticos esterilizados, sendo que cada recipiente recebeu um número registrado em seu corpo e na tampa, sendo, então, pesado em balança analítica (August Sauter GMBH - 7470 Albstadt 1 Ebingen). O peso de cada recipiente vazio foi registrado em ficha-padrão.

Todas as amostras de saliva foram coletadas sob as mesmas condições ambientais, no mesmo horário e pelo mesmo investigador. Para a estimulação do fluxo salivar, foram utilizados cilindros de látex medindo 1 cm de comprimento por 0,5 cm de diâmetro, presos a um pedaço de fio dental

duplo de 20 cm de comprimento para evitar que a borracha fosse deglutida, ambos esterilizados.

Cada indivíduo recebeu as seguintes orientações previamente à coleta da saliva: (a) no momento da coleta, manter-se sentado e de olhos abertos; (b) não tocar diretamente o recipiente de coleta; (c) mastigar a borracha fornecida, alternando-a entre os lados direito e esquerdo da boca durante o tempo determinado pelo investigador; (d) conforme o acúmulo de saliva na boca, depositá-la no frasco de coleta.

Uma vez coletada a saliva, os recipientes de coleta foram pesados novamente e o peso do recipiente de coleta vazio foi subtraído do peso do recipiente com saliva. O valor obtido em gramas correspondeu à quantidade de saliva produzida em dez minutos. Dividindo-se esse valor por dez, obteve-se a quantidade de saliva produzida num minuto, que correspondeu à VFS do paciente.

Os valores obtidos foram analisados por meio de estatística descritiva e do teste t de Student, considerando-se o nível de significância de 5%.

Resultados

O grupo-caso exibiu VFS média igual a 0,86 mL/min com um desvio-padrão de 0,65. Nesse grupo, o menor valor de VFS correspondeu a 0,004 mL/min e o maior, a 3,31 mL/min, sendo que 17 pessoas obtiveram um fluxo acima de 1 mL/min. Já o grupo de controle apresentou VFS média de 1,01 mL/min com um desvio-padrão de 0,65, e os valores 0,03 mL/min e 3 mL/min corresponderam, respectivamente, ao menor e ao maior fluxo nesse grupo. Não foi observada diferença estatisticamente significativa de VFS entre os grupos estudados (Teste t de Student, $p=0,25$). A Tabela 1 e as figuras 1 e 2 exibem os resultados obtidos.

A Figura 1 ilustra o valor médio da VFS obtido para os grupos caso (0,86 mL/min) e de controle (1,01 mL/min). Já na Figura 2 estão representados os valores de VFS obtidos para cada um dos pacientes de ambos os grupos. Esses

valores estão dispostos em ordem crescente, da esquerda para a direita, e evidenciam que, embora o grupo de controle tivesse exibido, constantemente, valores de VFS superiores aos do grupo-caso, quando aplicado o teste t de Student, essa diferença não foi significativa ($p=0,25$). A Figura 2 evidencia ainda que alguns indivíduos do grupo-caso e, portanto, portadores da síndrome da ardência bucal exibiram VFS superior a 2 mL/min.

Tabela 1 - Velocidade do fluxo salivar de indivíduos portadores e não portadores da síndrome da ardência bucal, Porto Alegre, 2003

	VFS Média	Desvio-padrão	P
Grupo-caso	0,86mL/min	0,65	0,25
Grupo-de-controle	1,01mL/min	0,65	

VFS: velocidade do fluxo salivar

Valores diferem significativamente se $p<0,05$ (teste t de Student)

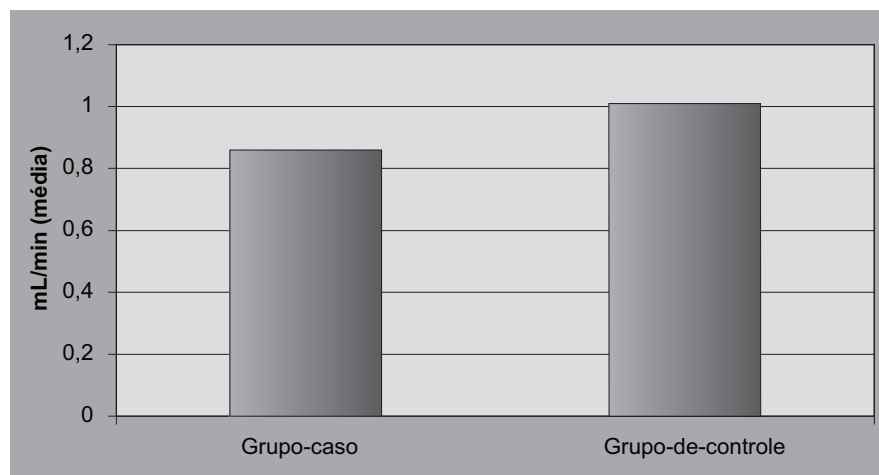


Figura 1 - Velocidade média do fluxo salivar de indivíduos portadores e não portadores da síndrome da ardência bucal, Porto Alegre, 2003

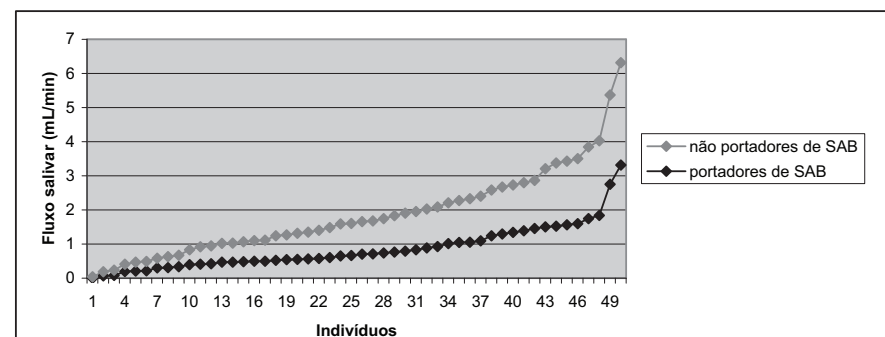


Figura 2 - Velocidade do fluxo salivar, por indivíduo, nos grupos portador e não portador da síndrome da ardência bucal, Porto Alegre, 2003

Discussão

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam que, apesar de o valor da VFS do grupo-caso ter sido inferior ao do grupo de controle, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Togashi e Montanha (1998) observaram que a prevalência da hipossialia na infância é de 70%, na idade adulta, de 30% e, nos idosos, de 90%. Assim, pode-se inferir que, se a hipossialia fosse a causa da SAB, a prevalência da síndrome, que é de 5% (ZISKIN e MOUTON, 1946), deveria ser maior, pois a baixa VFS acomete uma elevada parcela da população.

Navazesh (1989) e Okeson (1998) citam a xerostomia como causa da SAB justificando que a hipossialia leva à secura bucal e, conseqüentemente, à sensação de ardência. Porém, deve-se levar em conta o quão tolerante à ardência é o paciente, pois, conforme o seu limiar de sensibilidade, essa sintomatologia pode existir ou não, a despeito da xerostomia. Por outro

lado, no presente estudo, alguns indivíduos do grupo-caso e, portanto, portadores de SAB apresentaram VFS dentro da normalidade, com uma quantidade de saliva considerada alta, chegando até a 3,31 mL/min. Assim, como explicar que indivíduos com um bom fluxo salivar também apresentem SAB?

Embora os antidepressivos e os ansiolíticos já tenham sido apontados como causa da SAB em razão de sua associação com a xerostomia, a alta frequência de uso dessas drogas pode estar evidenciando a comum ocorrência de distúrbios psíquicos entre esses indivíduos. Tal fato foi constatado por Pokupec-Gruden et al. (2000) ao realizarem estudo de caso-controle com vinte pacientes portadores de SAB, no qual verificaram que a maior parte dos indivíduos sofria de ansiedade e depressão. Com base nesse fato, Grushka, Epstein e Gorshy (2002) sugerem o uso de ansiolíticos e antidepressivos como uma opção terapêutica para a SAB, ao invés de apontá-los como causa da síndrome. Blachman et al. (2001), por sua vez, desenvolveram um estudo em que verificaram que 95% dos pacientes com SAB apresentavam deficiência de lítio sérico, cuja reposição faz desaparecerem os sintomas em 88,1% deles. A reposição de lítio mostrou-se uma conduta satisfatória para a síndrome, restando saber se somente a reposição dos níveis de lítio sérico seria suficiente para controlar esse mal a longo prazo.

Hershkovich e Nagler (2004) investigaram a sialoquímica, o fluxo salivar e distúrbios gustatórios em pacientes portadores de SAB. Os autores mediram o fluxo salivar em repouso e verificaram que os portadores de SAB apresentavam valores entre 0,04 mL/min e 0,9 mL/min, ficando o valor médio do grupo em 0,28 mL/min. Já, para o grupo de controle, a amplitude do fluxo salivar em repouso foi de 0,04 mL/min a 1,5 mL/min e o valor médio do fluxo salivar ficou em 0,34 mL/min. Os resultados mostraram que, embora a VFS fosse menor nos portadores de SAB do que no grupo de controle, essa diferença não era estatisticamente significativa ($p>0,05$). Por outro lado, o estudo evidencia

alterações da bioquímica salivar dos portadores de SAB sem, no entanto, ocorrerem alterações concomitantes do fluxo salivar. Os autores sugerem que a alteração sialoquímica determinaria uma neuropatia ou interrupção da neurotransmissão, levando à sensação de ardência.

Hershkovich e Nagler (2004) empregaram em seu estudo a coleta de saliva não estimulada ao passo que, no presente estudo, a saliva foi coletada sob estímulo mecânico. Aqueles autores obtiveram o valor médio de VFS igual a 0,28 mL/min para os portadores de SAB, e o presente estudo obteve o valor de 0,86 mL/min. Fica, portanto, difícil a comparação direta dos resultados da VFS entre os dois estudos. Entretanto, observa-se que, em ambas as pesquisas, embora a VFS fosse ligeiramente menor no grupo portador de SAB do que no grupo de controle, uma vez aplicado o tratamento estatístico, essa diferença não foi significativa.

Já Lamey et al. (2001), ao avaliarem a VFS estimulada da glândula parótida em portadores de SAB, verificaram que era expressivamente baixa (menor que 0,5 mL/min) em 17% desses indivíduos. Entretanto, esses autores não avaliaram essa variável num grupo de controle, não sendo possível, portanto, afirmar que o baixo fluxo salivar da glândula parótida estaria associado à SAB. Outro aspecto importante a salientar é o fato de que o estudo desses autores avaliou a VFS da glândula parótida estimulada quimicamente, ao passo que o presente estudo empregou a análise da VFS da saliva total estimulada mecanicamente.

Embora não seja acompanhada de alterações orgânicas evidentes e não envolva qualquer risco de vida ao paciente, a SAB é um transtorno na vida desses indivíduos, levando-os a uma rotina interminável de consultas médicas e odontológicas, na maioria das vezes frustrantes, já que a causa específica da condição permanece desconhecida. Os resultados do presente estudo sugerem que a hipossialia não está associada à SAB, uma vez que a diferença da VFS não foi significativa entre os

grupos portador e não portador da condição. Deve-se, portanto, investigar em novas pesquisas o possível papel de outros fatores, como idade, uso de medicamentos e distúrbios psicológicos, uma vez que esses pacientes parecem apresentar um padrão de comportamento caracterizado pelo perfil de um indivíduo deprimido, ansioso e solitário. Ainda, de acordo com os resultados de Hershkovich e Nagler (2004), a interação de um mediador químico salivar com fatores neurológicos também deve ser considerada.

Conclusão

Com base nos resultados obtidos neste estudo, conclui-se que não existe associação entre síndrome da ardência bucal e hipossialia.

Abstract

Burning mouth syndrome (BMS) is characterized by a burning sensation in the oral cavity, although the oral mucosa is clinically normal. Despite the studies already conducted, the etiology of this condition remains unclear. The aim of this work was to investigate the association between BMS and hyposalivation. The sample was composed by 100 women with ages between 30 and 81 distributed into two groups: a) case group: 50 women with BMS attended at Department of Stomatology at Hospital São Lucas – PUCRS; b) control group: 50 women without BMS. The mechanical stimulated salivary flow rates of the individuals were recorded using the gravimetric method. The results were analyzed through descriptive statistics and Student t test, with significance level of 5%. The median flow rate observed in the case group was 0.86 mL/min (+0.65), whereas, for the control group, it was 1.01 mL/min(+0.65). There was no statistically significant difference of flow rate between the groups analyzed ($p>0.05$). Based on results, it was concluded that there is no association between BMS and hyposalivation.

Key words: xerostomia, mouth,

burning, hyposalivation.

Referências

- BARTLEY, A. G. Suppression of the saliva. *Med Times Gazette*, v. 54, p. 603, 1968.
- BASKER, R. et al. Patients with BMS: a clinical investigation of causative factors including the climate. *Br Dent J*, v. 145, p. 9-16, 1978.
- BLACHMAN, I.T. et al. A carência do nível sérico de lítio e a síndrome da boca ardente: da observação à ação. *Rev Odontol UNESP*, v. 30, n. 2, p. 271-275, 2001.
- DANIELS, T.E. Evaluation, differential diagnosis, and treatment of xerostomia. *J Rheumatol Suppl*, Toronto, v. 61, p. 6-10, Dec. 2000.
- DUTRÉE-MEULENBERG, R.O.G.M. et al. Burning mouth syndrome: a possible etiologic role for local contact hypersensitivity. *J Am Acad Dermatol*, Saint Louis, v. 26, n. 6, p. 935-40, 1992.
- FEINMANN, C.; PEATFIELD, R. Diagnosis and treatment guidelines. *Orofacial Neuralgia*, Drugs (Sydney), v. 46, n. 2, p. 263-8, Aug. 1993.
- FIELD, A. E. Oral signs and symptoms in patients with undiagnosed vitamin B12 deficient. *J Oral Pathol Med*, Copenhagen, v. 24, n. 10, p. 468-70, Nov. 1995.
- FLETCHER, R.H.; FLETCHER, S.W.; WAGNER, E.H. *Epidemiologia clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- GRUSHKA, M.; EPSTEIN, J.B.; GORSKY, M. Burning mouth syndrome. *Am Fam Physician*, v. 65, n. 4, p. 615-20, Feb. 2002.
- HERSHKOVICH, O.; NAGLER, R.M. Biochemical analysis of saliva and taste acuity evaluation in patients with burning mouth syndrome, xerostomia and/or gustatory disturbances. *Arch Oral Biol*, v. 49, n. 7, p. 515-22, July/2004.
- LAMEY, P.J. et al. The secretion of parotid saliva as stimulated by 10% citric acid is not related to precipitating factors in burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med*, Copenhagen, v.30, n.2, p.121-4, Feb. 2001.
- MCCABE, J.F.; BASKER, R.M. Tissue sensitivity to acrylic resin. A method of measuring the residual monomer content and its clinical application. *Br Dent J*, London, v.140, n.10, p.347-50, 1976.
- NAVAZESH, M. D. M. D. Xerostomia in the aged. *Dent Clin of N Amer*, v. 33, n. 1, p. 75-80, Jan. 1989.
- OKESON, J.P. *Dores bucofaciais de Bell*. 5. ed. Chicago: Quintessence, 1998.
- POKUPEC-GRUDEN, J.S. et al. psychogenic factors in the aetiology of stomatopyrosis. *Coll Antropol*, v. 24, n. 1, p. 119-26, 2000.
- SONIS, S.T. et al. *Principles and practice of oral medicine*. 2. ed. Philadelphia: Saunders, 1995.
- SPIELMAN, A. et al. Xerostomia: diagnosis and treatment. *Oral Surg.*, v. 51, n. 2, p. 144-7, Feb. 1981.

TOGASHI, A.Y.; MONTANHA, F.P. Levantamento epidemiológico do fluxo salivar da população da cidade de Bauru, na faixa etária de 3 a 90 anos. *Rev FOB*, v. 6, n. 2, p. 47-52, abr./jun. 1998.

TROMBELLI, L. et al. Aspetti psicologici nei pazienti affetti da burning mouth syndrome. *Minerva Stomatol*, Torino, v. 43, n. 5, p. 215-21, 1994.

VELOSO, K. M. M.; CUTRIM, M. C. F. N. Síndrome da ardência bucal (2000). Disponível em <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp>. Acesso em: jul. 2001.

ZISKIN, D.E.; MOUTON, R. Glossodynia: a study of idiopathic orolingual pain. *J Am Dent Assoc*, Chicago, v.33, n.21, p.1422-32, 1946.

Endereço para correspondência

Karen Cherubini
Av. Ipiranga, 6690 / 231 – 2º andar
Serviço de Estomatologia - PUCRS
90610-000 – PORTO ALEGRE – RS
E-mail: kebini.ez@terra.com.br