

## **CARACTERIZAÇÃO SISTÊMICA DE MULHERES PELOTENSES COM SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL**

CAROLINE DA SILVA MALUE<sup>1</sup>, ANDRINY DUARTE VARGAS<sup>2</sup>; MATHEUS DOS SANTOS FERNANDEZ<sup>3</sup>; CAROLINE CARVALHO DE CARVALHO<sup>4</sup>; DOUGLAS BENDER STAPASSOLA<sup>5</sup>; HELENA LIMA DE CASTRO<sup>6</sup>.

<sup>1</sup> Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Pelotas –  
malecaroline21@hotmail.com

<sup>2</sup> Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Pelotas –  
andrinyduvargas@hotmail.com

<sup>3</sup> Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Pelotas –  
mathsantos.f@gmail.com

<sup>4</sup> Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Pelotas –  
carolinecarvalho1996@gmail.com

<sup>5</sup> Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Pelotas –  
douglasbstopassola@gmail.com

<sup>6</sup> Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Pelotas –  
helenalimacastro@hotmail.com

### **1. INTRODUÇÃO**

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é uma condição crônica mais frequente em mulheres do que em homens e é caracterizada pela sensação de ardência ou queimação na cavidade oral sem apresentar alterações clínicas ou achados laboratoriais que justifiquem estes sintomas (JAASKELAINEN, 2012). Pode atingir toda boca ou apenas alguns sítios, especialmente a língua. Quando presente, pode afetar dramaticamente a qualidade de vida (IDIOPATHIC BURNING MOUTH SYNDROME HOMEPAGE, 2001) (GORSKY et al., 1991). Essa sensação de ardência, independente da natureza do início da dor, tende a persistir por muitos anos sem períodos de cessação ou remissão (GARCIA-MEDINA, 1994). A xerostomia (sensação de boca seca) é um dos sintomas mais relatados por pacientes portadores da síndrome da ardência bucal (LÓPEZ et al., 1996) e pode ser o reflexo da diminuição da função das glândulas salivares ou do uso de fármacos, podendo haver alterações tanto na quantidade quanto na qualidade da saliva (NEDERFORS, 2000).

A etiologia da SAB vem sendo analisada ao longo dos anos e hoje os fatores mais evidenciados são os fatores salivares locais, sistêmicos, psicológicos e também idiopáticos (LÓPEZ-JORNET, 2010). Existem evidências que estabelecem uma relação entre a SAB e doenças de origem neurológicas, endócrinas, emocionais entre outras (NETTO, 2010). Pesquisadores como COCULESCU E.C (2014) tem estudado variáveis como a saúde sistêmica, fatores sociais, psicossociais e o uso de fármacos em pacientes com SAB, pois estes fatores têm sido cada vez mais relacionados com a síndrome. Os fatores psicológicos merecem especial atenção a respeito da etiologia da SAB. Estudos relatam que pacientes com distúrbios psicológicos são mais atingidos pela SAB do que pacientes mentalmente saudáveis (BERGDAHL, et al. 1995).

Devido à pluralidade de variáveis possivelmente associadas, a etiologia da SAB ainda é incerta. Os estudos visam encontrar uma etiologia mais precisa para essa condição, pois tendo um diagnóstico estabelecido será possível aprimorar a busca às terapias utilizadas no tratamento da síndrome, bem como melhorar o acolhimento destes pacientes visando um aumento da qualidade de vida dos mesmos (NETTO F.O.G et al., 2010). O objetivo deste trabalho é caracterizar o fluxo salivar e saúde sistêmica em mulheres com síndrome da ardência bucal e xerostomia na cidade de Pelotas

## 2. METODOLOGIA

Estudo transversal por amostragem de conveniência, em mulheres maiores de 40 anos atendidas no Centro de Diagnóstico das Doenças da Boca (Faculdade de Odontologia da UFPel), com sintomas compatíveis com SAB. Para a determinação do fluxo salivar (VFS), cirurgiões dentistas previamente treinados e alunos de odontologia supervisionados pelos profissionais, coletaram saliva não estimulada dos participantes em um tubo de centrífuga de 50 ml Falcon®, pré-pesado e rotulado de acordo com o protocolo descrito por Navazesh (NAVZESH, 1993). Foi aplicado o protocolo estabelecido por Scala e Fox para avaliar presença e severidade dos sintomas. Foi feito uma análise descritiva de frequências para a análise de doenças sistêmicas e uso de fármacos. Para comparar as variáveis numéricas, foi utilizada o teste de Mann-Whitney, considerando um valor de  $p < 0,05$  como estatisticamente significativo.

## 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 66 mulheres com uma idade média de 58,9 anos, das quais 32 apresentaram sintomas compatíveis com SAB, 22 com apenas xerostomia e 13 sem sintomas. A média da VFS no grupo com SAB, somente com Xerostomia e grupo controle foi 0,348, 0,304 e 0,620 ml/min, respectivamente ( $p < 0.005$ ). Embora alguns estudos estabeleçam que um baixo fluxo salivar possa determinar o padecimento da SAB (SPADARI et al., 2014), nosso estudo revela a diminuição do fluxo salivar poderia estar relacionado tanto com a SAB como com a Xerostomia.

21 (65,6%), 6 (27,30%) dos pacientes apenas com xerostomia e 7 (63%) dos pacientes do grupo controle, apresentam hipertensão arterial. Existe escassa evidência que associe a síndrome com esta doença em termos fisiológicos, mas vários estudos sugerem que a SAB possa ser uma consequência do uso de fármacos anti-hipertensivos como por exemplo, os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECAs) (DIMITRIS TRIANTOS, 2010). (SALORT LORCA, 2008). Segundo Tarkkila e cols (TARKILLA et. al, 2008) e Marques (MARQUES, 2004) o uso de fármacos anti-hipertensivos aumenta significativamente o risco de padecer de ardência bucal. Temos que considerar que em nosso estudo, os pacientes com diagnóstico de HTA estava em tratamento farmacológico, fenômeno que poderia explicar em parte o padecimento da SAB em associação com esta doença. Porém, uma porcentagem importante de mulheres sem sintomas, também tinha diagnóstico de HTA e estava em tratamento farmacológico, fenômeno que além de afetar a grande parte da população mundial, não explicaria pelo menos em nosso estudo, a associação entre a doença e a síndrome.

Seis (18,75%) dos pacientes com SAB, 2 (10%) dos pacientes com apenas xerostomia e 0 (0%) do grupo controle, apresentavam diabetes. Em nosso estudo, quase o dobro dos pacientes com SAB em comparação com pacientes com apenas xerostomia, têm diabetes melito diagnosticada (tipo I ou II). Alguns autores têm estudado a associação entre SAB e diabetes melito e associam a ardência com complicações de uma diabetes mal controlada como a neuropatia diabética produto de um controle glicêmico deficiente. Em 1995, Zarkrzeska afirmou que pacientes com diabetes são mais acometidos por candidíase bucal, o que pode promover sensação de ardência. Por sua vez, as alterações do paladar e as disfunções sensitivas podem sugerir alterações neuropáticas, primárias como na SAB, ou secundárias a crônicas, ou condições sistêmicas, que originam neuropatias periféricas (NASRI et al., 2007).

Dezenove (59,4 %) dos pacientes com SAB, 6 (27,3%), 3 (10%) dos pacientes com apenas xerostomia e 3 (18,8 %) do grupo controle, apresentavam depressão. O grupo de mulheres com SAB apresentaram frequência de transtorno depressivo quase três vezes maior do que o grupo controle. Esse resultado vai de encontro com estudos que estabelecem associação entre a presença da síndrome e quadros depressivos (SCHIAVONE et al., 2012). Na literatura é possível achar controvérsias respeito de considerar a SAB um fator precipitante para o aparecimento da depressão (BOGETTO, et al., 1998) ou que possa ser consequência de uma depressão diagnosticada anos antes da aparecimento dos sintomas da SAB (DE SOUZA et al., 2012). Outros estudos sugerem que a SAB é um transtorno psiquiátrico específico (SHIP, 1995; GRAHAM 1996). Em nosso estudo, a maioria dos pacientes com depressão diagnosticada está em tratamento farmacológico (tanto para depressão como para a ansiedade). Porém, estudos estabelecem a SAB está mais relacionada com a SAB do que com os medicamentos utilizados para seu tratamento como por exemplo os benzodiazepínicos (Grushka et al., 1998). Além da depressão, outros quadros psiquiátricos ou psicológicos como ansiedade, obsessão e hostilidade também foram associados com a SAB (LOPEZ-JORNET, 2010), (LAMEY, 2005), (TORGERSON, 2010), (ABETZ E SAVAGE, 2009).

#### 4. CONCLUSÕES

O presente estudo revela um grande desafio na descoberta da correta etiologia da SAB devido a subjetividade dos sintomas na realização do diagnóstico por não haver sinais de lesão ou outras manifestações clínicas na cavidade oral. Porém, fatores importantes que possivelmente estão associados à SAB foram evidenciados em nosso estudo como o padecimento de doenças como depressão e diabetes melito. Pelo menos em nosso estudo, estas variáveis poderiam ser importantes no padecimento da síndrome considerando sua natureza aparentemente multifatorial. Além disso, foi demonstrado que a xerostomia, é um sintoma muito associado com a síndrome. A realização constante de estudos que pesquisem de maneira mais aprofundada as variáveis que podem estar intimamente relacionadas na etiologia desta síndrome é muito importante, para que então seja possível determinar terapias cada vez mais eficazes no tratamento da SAB e assim melhorar a qualidade de vida das pessoas acometidas. Seria preciso no futuro, avaliar mais detalhadamente os fármacos

utilizados por estas mulheres e utilizar uma amostra maior além de fazer estudos de carácter longitudinal avaliando as variáveis ao longo do tempo.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GARCIA-MEDINA, M.R. Síndrome de la boca que arde. Rev. **Asoc Odontol Argent**, v.82, p.140-145,1994.

GRUSHKA M.; EPSTEIN J.; MOTT A. An open-label, dose escalation pilot study of the ef-fect of clonazepam in burning mouth syndrome. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod**, v. 86, p.557-561, 1998.

GORSKY M.; SILVERMAN JR S.; CHINN H. Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. An open study of 130 patients. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v. 72, p.192-195, 1991.

HERSHKOVICH O, NAGLER RM. Biochemical analysis of saliva and taste acuity evaluation in patients with burning mouth syndrome, xerostomia and/or gustatory disturbances. **Arch Oral Biol**, 2004, Vol. 49, n. 7, p. 515-522.

JAASKELAINEN SK. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome. **Clin Neurophysiol**, v.123, p.71-77, 2012.

LÓPEZ-JORNET P, CAMACHO-ALONSO F, Andujar-Mateos P, Sánchez-Siles M, Gómez-García F. Burning mouth syndrome: an update. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, 2010, Vol. 15, p.562-568.

NETTO, F. O. G.; DINIZ, I. M. A.; GROSSMANN, S. M. C.; CARMO, M. A. V.; AGUIAR, M. C. F. Síndrome da ardência bucal: uma revisão sobre aspectos clínicos, etiopatogenia e manejo. **Revista Cubana Estomatol**, v.47, n.4, 2010.

SARDELLA A.; LODI G.; DEMAROSI F.; UGLIETTI D.; CARRASSI A. Causative or precipitating aspects of burning mouth syndrome: a case-control study. **J Oral Pathol Med**, v.35, p.466-471, 2006.