

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL, CORRELAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS, MEDICAMENTOSAS: REVISÃO DE LITERATURA

STUDY OF SIGNS AND SYMPTOMS OF TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS IN PEDIATRIC PATIENTS AND INTERRELATION WITH PARAFUNCTIONAL HABITS

André Destefani **MONTEIRO**¹

Andressa Corrêa Vicente de **SOUSA**²

Fernanda Zanol **MATOS**²

Artur Aburad de **CARVALHOSA**³

Diurianne Caroline Campos **FRANÇA**⁴

Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de **AGUIAR**⁵

RESUMO

A síndrome da Ardência Bucal (SAB) é uma condição onde a ausência de sinais encontrado na maioria dos casos, dificulta seu diagnóstico. Os objetivos desse trabalho são classificar os mecanismos fisiopatológicos da SAB, estabelecendo uma opção de tratamento.

UNITERMOS: Síndrome da ardência bucal, fisiopatologia; medicamentos.

INTRODUÇÃO

A síndrome da ardência bucal (SAB), é uma patologia que acomete cerca de 2,5% a 5% da população, sendo sete vezes mais comum em mulheres de meia idade, pós-menopausa, não possui predileção racial, podendo atingir todas as classes sociais^{6,9}.

A SAB é caracterizada pela ardência bucal, embora quase nunca esteja como um sintoma isolado, acompanhando-se da dor, queimação, desconforto, parestesia, prurido e disgeusia, sendo os locais mais acometidos em ordem decrescente a língua, seguida de lábios, gengiva, palato e tonsilas. Sua etiologia é inserta, porém esta também é conhecida como multifatorial, e suas causas: locais, sistêmicas, neurológicas e psiquiátricas⁶.

Para o diagnóstico da SAB, nenhuma outra lesão na boca pode estar associada, e devem ser eliminados todos os fatores locais e sistêmicos a hipótese psicogênica deve ser ressaltada²⁰.

Por ser uma doença que possui ausência de sinais, o que dificulta o seu diagnóstico, o tratamento na maioria das vezes se torna empírico, e por sua vez paliativo, através de terapias medicamentosas que discutiremos no presente artigo.

REVISÃO DE LITERATURA

Etiologia

Apesar da SAB ser considerada idiopática, a maioria dos autores consideram como uma doença multifatorial, sendo a classificação quanto a etiologia mais utilizada a de Gleber Netto⁶, que a divide da seguinte maneira:

Causas Locais: Irritação mecânica por erros na confecção da dentadura, alergia ao acrílico da dentadura, hábitos parafuncionais, disfunção da glândula salivar, disfunção do paladar, candidose, infecções virais, língua geográfica, doença periodontal, dano a nervo periférico, doenças vesículo-bolhosas⁷. Alergia a alimentos acontece por

1 – Doutorando em Implantodontia, São Leopoldo Mandic; Mestre em Biopatologia Bucal- Unesp/S. J. Campos; Professor das Disciplinas de Diagnóstico em Odontologia e de Radiologia do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG,

2 – Cirurgiã- dentista graduadas pelo UNIVAG- centro Universitário

3 - Doutor em Patologia Bucal- USP/SP; Patologista Bucal do do CEOPE – Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais; Professor da Disciplina de Patologia Bucal do Centro Universitário de Várzea Grande – UNIVAG.

4 - Doutoranda em Odontopediatria – Unesp/Araçatuba. Professora das Disciplinas de Diagnóstico em Odontologia e de Radiologia do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG, Estomatologista do CEOPE – Centro Estadual de Odontologia para Pacientes Especiais.

5 - Professora Adjunto do Departamento de Clínica Infantil e Social, Universidade Paulista Júlio Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Unesp.

conterem conservantes¹. A concorrência de fatores locais (traumatismos, xerostomia, próteses ásperas, flora oral), sistêmicos (menopausa, doenças crônicas) e psicológicos (estresse, depressão) são fatores prováveis para sua instalação¹⁹.

Causas Sistêmicas: Alterações hormonais, uma vez que as mulheres são atingidas sete vezes mais que os homens, ocorrendo com maior frequência nos 3 anos que antecedem a menopausa e nos 12 anos seguintes. Isto ocorreria devido ao hormônio feminino denominado estrogênio que começa a ser produzido na adolescência e vai até o período da menopausa, podendo este possuir ou não receptores na mucosa bucal, o que poderia estar relacionado com a ardência, porém esta hipótese não foi confirmada cientificamente, uma vez que tentativas de controle dos casos com a utilização de estrógeno não foram eficientes^{3,7,12,19}.

Distúrbios sanguíneos, como a anemia ferropriva e deficiências vitamínicas do complexo B, ácido fólico, também podem ser considerados como causas sistêmicas, pois distúrbios da glândula salivar estão presentes e estão intimamente relacionado as proteínas, potássio e fosfato⁶.

O diabetes predispõe o paciente a boca seca e candidíase, que podem ser responsáveis pela ardência bucal em 2% a 10% dos casos⁷.

Ship et al.⁹ referiu que pacientes com diabetes são mais acometidos por candidíase bucal, que pode promover sensação de ardência.

Síndromes como a de Sjögren, (relação mulheres, homens 9:1) podem estar relacionadas como causa da SAB, uma vez que esta é uma desordem autoimune, onde ocorre destruição das glândulas exócrinas produtora de saliva, causando xerostomia que por sua vez pode ocasionar na ardência^{3,12,21}.

Causas neurológicas: Dentre as causas neurológicas, a injúria neural periférica ou disfunção devida a trauma sistêmico, facial ou bucal e o dano seletivo ao nervo corda do tímpano podem acarretar na ardência e na disgeusia, respectivamente⁷.

A SAB é um reflexo condicional involuntário do Sistema Nervoso Central e/ou Sistema Nervoso Parassimpático¹⁶.

Causas psiquiátricas: Gleber Netto⁶ afirma que mais de 80% de todas as sensações de queimação tem como fator causas psiquiátricas.

Soares et al.²⁰ afirmam que se forem eliminados todos os fatores locais e sistêmicos, a hipótese de origem psicogênica deve ser considerada.

Nasri et al.¹¹ relatam que a presença de paciente jovem (22 anos) com amenorréia e depressão associada reforça a importância de investigações sobre a influência de desequilíbrios hormonais, metabólicos ou fisiológicos no desencadeamento desta síndrome. Sendo assim, as alterações no perfil psicológico dos pacientes pode ser consequência da ardência bucal, e não a causa da SAB³.

A figura abaixo contém exame minucioso proposto para o diagnóstico da síndrome da ardência bucal.

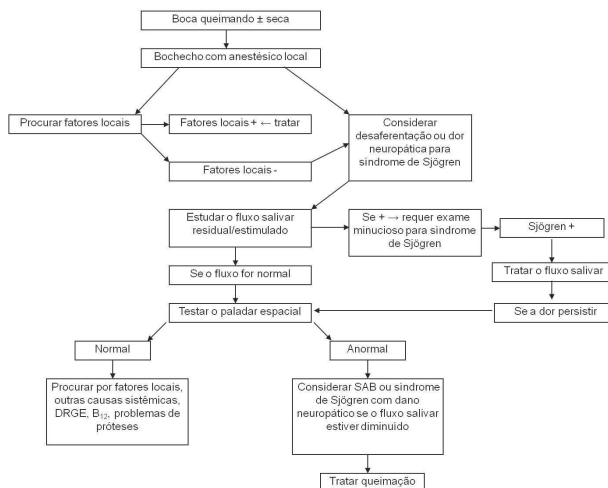


FIGURA 1- Modelo hipotético da natureza multifatorial da SAB. Fonte: Silverman et al.¹⁸

SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Para diagnóstico da SAB quando analisado clinicamente, a mucosa oral deve-se apresentar íntegra, com todos os aspectos clínicos dentro dos padrões da normalidade, pois esta condição é fundamental para o diagnóstico da síndrome¹¹.

Segundo Cherubini et al.³ e López-Jornet et al.¹⁰, a xerostomia é um importante agravante dos quadros da SAB.

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, pouco tolerada pelo paciente, conforme o seu limiar de sensibilidade¹⁹.

Portanto, justifica-se a importância do cirurgião dentista em realizar um questionamento específico sobre a dor que o paciente apresenta: início, intensidade, frequência, fatores e horários de remissão ou exacerbação, para que se possa obter um diagnóstico adequado⁴.

TERAPIA MEDICAMENTOSA

Recentemente diversos medicamentos têm sido empregados na tentativa do tratamento da SAB, entre eles estão os benzodiazepínicos que atuam seletivamente nos receptores GABA - A - (ácido gama-aminoburítico) que possui a função de mediar a transmissão sináptica inibitória do sistema nervoso central (SNC). É comumente indicado como ansiolítico, na síndrome de pânico, depressão e anti-epilético, porém sua adição no tratamento de outras síndromes como neuralgia do trigêmeo, tem-se obtido significantes resultados. É contra-indicado para mulheres grávidas e seu uso abusivo pode causar dependência^{2,13}.

Comumente, os corticóides (antiinflamatórios esteroidais) e AINES (Antinflamatórios não Esteroidais), são utilizados no tratamento paliativo da ardência, com importante ação no balanço eletrolítico (equilíbrio de íons e água, na regulação do metabolismo), e inibidora da COX-2, onde há uma resposta inflamatória induzida do organismo, respectivamente, diminuindo assim a sensação de boca seca e dor decorrentes da ardência e de possíveis infecções orais recorrentes, devido à diminuição da saliva. Este medicamento é usado comumente na Síndrome de Sjögren²¹.

Outra opção medicamentosa no tratamento da SAB é a Capsaicina, a qual é um analgésico tópico utilizado nas desordens neuropáticas. A sua atuação é de intensos efeitos terapêuticos sobre o SNC e periféricos. Sua ação é sobre as fibras nervosas do tipo C (neurônios aferentes primários), onde a longo prazo esgotaria os níveis circulantes da substância P, considerada a principal responsável pela transmissão dos impulsos dolorosos periféricos para o SNC. O tempo de duração da capsaicina no organismo é de 4 a 5 horas¹³.

O Ácido Alfa-Lipóico (AAL), uma coenzima mitocondrial essencial para o ciclo de Krebs e glicólise, é um potente antioxidante capaz de eliminar os radicais livres. Um estudo espanhol, investigou as formas de tratamento da patologia e comprovou que o ácido alfa-lipóico pode ser importante auxiliar terapêutico. O estudo contou com 192 pacientes portadores da síndrome, nos quais foram comparados três tipos de tratamento: psicoterapia (com duas sessões semanais), ácido alfa-lipóico (600mg/dia, por dois meses) e a combinação das duas terapias (psicoterapia e ácido alfa-lipóico). A um quarto grupo — controle — os pesquisadores administraram placebo. O objetivo do estudo, como é percebido, foi examinar a eficácia da psicanálise e da psicoterapia cognitiva, comparada com a terapia farmacológica, em contraste com a interação das duas práticas, explicam os pesquisadores no estudo. Tanto os pacientes tratados com psicoterapia, quanto os que receberam somente ácido alfa-lipóico (ALA) obtiveram melhoras significativas da sintomatologia. Contudo, os pesquisadores apontam que maior número de beneficiados foi encontrado no grupo que receberam os dois tratamentos, simultaneamente. E mais, esses pacientes teriam conseguido manter a ausência de sintomas da síndrome por seis meses após o término do tratamento⁵.

Já a pilocarpina na atualidade é basicamente utilizada em oftalmologia, para o tratamento do glaucoma (agente colinérgico muscarínicos), possui efeitos sobre as glândulas, como as sudoríparas e salivares, são especialmente acentuados, tendo portanto já sido utilizada para aumentar a salivação e induzir a sudorese¹.

DISCUSSÃO

A síndrome da ardência bucal (SAB) caracteriza-se pela queimação e dor na cavidade oral, com mucosa clinicamente normal sem etiologia conhecida. Outros sintomas são a sensação de boca seca, sede, irritabilidade, depressão e diminuição do interesse de socialização²².

Acomete cerca de 2,5% a 5% da população, principalmente mulheres de meia-idade em período pós menopausa^{6,7}.

Doenças da mucosa bucal, infecções fúngicas, infecções bacterianas, alergias, dentes com áreas rugosas, restaurações quebradas, tratamentos de cálculo e disfunção temporomandibulares, podem ser consideradas possíveis causas da SAB⁷.

A medicação crônica ou xerostomia induzida por doença sistêmica, comum em idosos, podem ser uma coincidência ou estar relacionada a ardência bucal¹⁵.

A injúria ao nervo corda do tímpano pode produzir mudanças na percepção do paladar, produção de saliva das glândulas submandibular e sublingual e dor devida a perda da inibição do nervo trigêmeo⁷.

Mudanças de personalidade e humor como causas da SAB têm ganhado popularidade recentemente, evidenciada pela mudança de opinião em relação ao tratamento.

Nos casos em que a etiologia é desconhecida, o tratamento para a SAB é sintomático⁷.

O clonazepam, derivado benzodiazepínico, possui uso clínico há mais de 10 anos, este faz inibição leve do SNC, permitindo com isto uma ação anticonvulsivante, alguma sedação, relaxamento muscular e efeito tranqüilizante, sendo eficazes para alterações dolorosas orofaciais, incluindo a SAB².

Com o objetivo de avaliar os efeitos tópicos do clonazepam no tratamento da SAB, Gremeau-Richard et al.⁸ realizaram um estudo-controle com 48 pacientes, utilizando pastilhas de 1 mg, três vezes ao dia, durante duas semanas. Estudo demonstrou que a administração do clonazepam tópico, embora não sendo eficientes em todos os pacientes, apresentou um percentual de eficácia de cerca de 66%.

Vários estudos^{8,10,17} constataram que a aplicação tópica de Capsaicina em forma de colutório, 3 vezes ao dia, durante 7 dias consecutivos, mostrou-se uma excelente alternativa no tratamento da sintomatologia da SAB.

Contudo, atualmente reconhece-se que a administração crônica apenas inibe a função periférica da inervação².

Estudo realizado em ratos constatou que a pilocarpina, apresentou ação sialogoga (aumento da salivação), indicada para o tratamento da

hipossalivação, encontrada na xerostomia e na síndrome de Sjögren, como citado anteriormente¹⁴.

A capsaicina utilizada como analgésico tópico possui ótimos resultados, porém sua ação é somente periférica e assim como o ácido alfa-Lipóico se torna apenas um auxiliar terapêutico. Já a pilocarpina, demonstra ser um medicamento importante na administração da SAB, pois quando relacionada com xerostomia possui bons resultados (ação sialogoga), apesar de ser recentemente aplicado, encontramos dificuldades de se encontrar estudos que estejam relacionados a síndrome.

CONCLUSÃO

Apesar de citado no presente artigo as possíveis causas da Síndrome da Ardência Bucal, pode-se observar que há necessidade de mais estudos nesta área, pois uma vez descoberto a etiologia da doença, facilitaria a escolha do tratamento.

Independentemente do nível de conhecimento do clínico geral sobre a SAB, este possui a responsabilidade de suspeitar que a origem desta ardência pode estar relacionada a algum outro problema sistêmico, uma vez que a boca faz parte de um sistema maior e com complexidades, não estando isolado do resto do corpo. Devendo assim, o cirurgião dentista avaliar seu paciente de forma holística.

Quanto à terapia medicamentosa, conclui-se que o tratamento geralmente é paliativo, sendo mais indicado por ser de uso tópico e conservador a capsaicina.

ABSTRACT

The syndrome of burning Bucal (SAB) is a condition where the absence of signs found in most cases, its diagnosis difficult. In order to classify the pathophysiology of SAB, and the search for their treatment, are the main goals of this work.

UNITERMS: *Burning mouth syndrome, physiopathology, drug.*

REFERÊNCIAS

- 1 - Almeida A, Gago MT. Síndrome de ardor bucal: controvérsias e realidades. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac. 2004; 45:85-103.
- 2 - Brailo V, Vuèiæeviaæ-Boras V, Alajbeg IZ, Alajbeg I, Lukenda J, Urkoviæ M. Oral burning symptoms and burning mouth syndrome-significance of different variables in 150 patients. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2006; 11(3):E252-5.
- 3 - Cherubini, K, Maidana, JD, Weigert KL, Figueiredo, MA. Síndrome da ardência bucal: revisão de cem casos. Rev Odont Ciênc. 2005; 20(48):109-13.
- 4 - Couto AA. Síndrome de ardência bucal: características clínicas, diagnóstico diferencial e tratamento. Rev Dor. 2006; 7(3):841-4.
- 5 - Femiano F, Gombos F, Scully C. Síndrome de boca ardiente: estudio de la psicoterapia, medicación con ácido alfa-lipoico y combinación de terapias. Med Oral 2004; 9:8-13.
- 6 - Gleber Netto FO, Diniz IMA, Grossmann SMC, Carmo MAV, Aguiar MCF. Síndrome da ardência bucal: uma revisão sobre aspectos clínicos, etiopatogenia e manejo. Rev Cub de Estomat. 2010; 47(4):417-27.
- 7 - Gleber Netto FOG, Diniz IMA, Grossmann SMC, Abreu MHNG, Carmo MAV, Aguiar MCF. Risk factors in burning mouth syndrome: a case-control study based on patients records. Clin Oral Invest. 2010; 1(5):417-27.
- 8 - Gremeau-Richard C, Woda A, Navez ML, Attal N, Bouhassira D, Gagnieu MC, et al. Topical clonazepam in stomatodynia: a randomised placebo-controlled study. Pain 2004; 108(1-2):51-7.
- 9 - Lauria G, Majorana A, Borgna M. Trigeminal small-fiber sensory neuropathy causes burning mouth syndrome. Pain. 2005; 115(3):332-7.
- 10 - López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sánchez-Siles M, Gómez-García F. Burning mouth syndrome: Update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010; 15(4):562-8.
- 11 - Nasri C, Teixeira MJ, Siqueira JTT. Estudo clínico sobre as características gerais dos pacientes com queixas de ardência bucal. J Bras A. 2002; 2(8):278-84.
- 12 - Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Patologia oral e maxilofacial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 200. 382-4.
- 13 - Petruzzi M, Lauritano D, De Benedittis M, Baldoni M, Serpico R. Systemic capsaicin for burning mouth syndrome: short-term results of a pilot study. J Oral Pathol Med. 2004; 33(2):111-4.
- 14 - Rivinius C. Burning mouth syndrome: Identification, diagnosis and treatment. J Am Acad Nurse Pract. 2009; 21(8):423-9.
- 15 - Sampaio FN, Andrade RL, Almeida VS, Graças MAO. Avaliação da ansiedade e depressão em pacientes da terceira idade e sua relação com Síndrome da Ardência Bucal, Rev Cien Méd Biol. 2004; 3(1):20-9.
- 16 - Ship JA, Grushka M, Lipton JA, Mott AE, Sessle BJ, Dionne RA. Burning mouth syndrome: an update. J Am Dent Assoc. 1995; 126(7):842-53.
- 17 - Silva MM, Furuse TA. Síndrome da ardência bucal: relato de caso clínico. UFES Rev Odontol. 2007; 9(3):55-8.
- 18 - Silverman SJMD, Eversole LRDMM, Truelove ELDM. Fundamentos de medicina oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.349-52.

- 19 - Soares MSM, Küstner EC, Pifarrè CS, Campillo MERR, López JP. Association of burning mouth syndrome with xerostomia and medicines. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005; 10(4):301-8.
- 20 - Soares MSM, Lima JMC, Pereira SCC. Avaliação do fluxo salivar, xerostomia e condição psicológica em mulheres com Síndrome da Ardência Bucal *Rev Odontol UNESP*. 2008; 37(4):315-9.
- 21 - Studart-Soares EC, Costa FWG, Fontenele B. Síndrome de ardência bucal e relato de casos. *Odontol Clín. Científ*. 2007; 6(3):259-62.
- 22 - White TL, Kent PF, Kurtz DB, Emko P. Effectiveness of gabapentin for treatment of burning mouth syndrome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004; 130(6):786-8.

Endereço para correspondência:

Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar
Faculdade de Odontologia de Araçatuba (UNESP)
saguiar@foa.unesp.br