
Ardência bucal e dor facial atípica

Cibele Nasri *

Pacientes com queixas de glossodínia, ardência e secura bucal são, com certa frequência, motivo de dificuldades clínicas para o estabelecimento do diagnóstico e da respectiva terapêutica, principalmente quando suas queixas são persistentes e estes já foram atendidos por vários profissionais especializados no tratamento da dor. A persistência da queixa aliada a insatisfação dos pacientes, decorrente dos tratamentos recebidos, e a dificuldade encontrada pelo profissional de saúde para avaliar o caso, contribui para a cronicidade. Quadros psicológicos compatíveis com pacientes com dor crônica, como a depressão e a ansiedade, não são incomuns em casos de ardência bucal, embora existam dúvidas sobre o papel etiológico dessas condições psicológicas no estabelecimento das queixas.

Embora a queixa de dor em queimação seja comum a várias entidades dolorosas (neuropáticas, somáticas e somatoformes), ela pode ser principal sintoma de uma síndrome pouco mencionada nos compêndios médicos, conhecida como Síndrome da Ardência Bucal (SAB). Esta ocorrência exige que os profissionais de saúde façam o correto diagnóstico diferencial uma vez que alguns desses pacientes recebem diagnósticos de dor facial atípica ou são tratados como sendo portadores de síndromes dolorosas crônicas da face, para as quais as terapêuticas existentes não se mostram eficientes. Apesar da dor facial atípica (DFA) representar um desafio dentro do âmbito da equipe multidisciplinar, não apenas pela repercussão na qualidade de vida do paciente como também na elaboração de um diagnóstico preciso da patologia de base é necessário que se faça uma distinção entre SAB e DFA. Na verdade são entidades diferentes que merecem abordagens diferentes. No caso da SAB as medidas terapêuticas disponíveis, frequentemente, são úteis à maioria dos pacientes, alcançando um controle em cerca de 70%.

A Síndrome da Ardência Bucal é uma afecção intra-oral dolorosa, onde não há lesões na mucosa, que se apresenta íntegra sob o aspecto macroscópico, sendo que a presença das mesmas é um dos critérios de exclusão para o seu diagnóstico; Os pacientes normalmente tornam-se crônicos e a dor é caracterizada como queimação contínua na mucosa oral. Este estudo preliminar sugere a existência de diferentes etiologias para queixas de ardência bucal, havendo a concorrência de fatores locais (traumas, xerostomia, próteses ásperas, flora oral), sistêmicos (menopausa, doenças crônicas) e psicológicos (estresse, depressão) para sua instalação.

A identificação das causas ou dos fatores envolvidos na SAB tem sido uma preocupação dos profissionais de saúde em pacientes portadores de ardência bucal. Estudos epidemiológicos sugerem a prevalência para SAB que varia entre 4% e 7% e uma etiologia multifatorial em que diferentes fatores, locais e sistêmicos, parecem estar envolvidos.

Uma revisão criteriosa tem mostrado que nenhum tratamento tem sido dito como curativo e que os pacientes devem estar conscientes de que o tratamento é prolongado, algumas vezes essencialmente paliativo, e que nem todos os sintomas irão desaparecer. É importante que adotemos medidas terapêuticas locais ou gerais que abordem cada caso individualmente. As terapêuticas locais, enquanto se investiga de uma forma mais ampla, contribuem como forma de alívio e fornecem ao paciente a sensação de que há uma preocupação com sua queixa independente dela ser de difícil tratamento. Muitas vezes há necessidade de que este paciente seja assistido por uma equipe multidisciplinar que possa dar a ele o suporte clínico e emocional de que tanto necessita.

Portanto, os pacientes com queixa de ardência bucal necessitam de um protocolo para abordagem clínica cujo objetivo é o diagnóstico diferencial, com outras condições dolorosas que se manifestam de forma semelhante, ou o diagnóstico final de SAB. Neste caso poderão receber medidas terapêuticas, algumas paliativas, mas que reduzam a intensidade de suas queixas e melhorem sua qualidade de vida.

Essa síndrome parece ser decorrente da idade avançada e sua maior incidência em mulheres sugere que existam fatores de risco que tornam o sexo feminino mais susceptível. Como frequentemente a SAB é desencadeada em períodos próximos à menopausa, especula-se sobre a influência dos hormônios na etiologia dessa síndrome.

Como é sabido, quadros depressivos são comuns em doentes crônicos e podem ser secundários, decorrentes da dor. Aspectos psicológicos, como depressão e ansiedade, foram encontrados em mais da metade de pacientes com SAB. Alguns autores descrevem mulheres com SAB como ansiosas e deprimidas devido ao medo do câncer e a falta de esperança.

A xerostomia é um importante fator local que merece atenção, pois a saliva, referida como água da vida, é um protetor natural dos órgãos e tecidos da cavidade oral. Dentre outros fatores, a redução do fluxo salivar pode contribuir para o desequilíbrio da flora bucal e para a instalação de infecções, a exemplo da candidíase, as quais podem produzir ardência bucal.

A falta de lubrificação da mucosa oral produz modificações do epitélio, compromete as terminações nervosas, as quais tornam-se susceptíveis a pequenos estímulos locais, nem sempre nociceptivos, mas que em razão de sua repetição podem produzir danos irreversíveis às mesmas, contribuindo para que dores por nocicepção evoluam para síndromes dolorosas neuropáticas, como parece ocorrer em alguns desses pacientes.

É possível que a SAB decorra de uma condição neuropática, havendo indícios de que alterações no paladar, sob a influência de vários fatores, poderiam interferir e reduzir um efeito inibitório do VII par sobre o V, aumentando a excitabilidade deste e desencadeando dor em queimação.

Metade da amostra analisada apresentou sinais de disfunção têmporo-mandibular, aspecto relevante do ponto de vista clínico, pois a sintomatologia envolvida com esta condição pode mascarar a queixa do ardência ou de fatores relacionados com a

xerostomia. Além disso, dores miofasciais crônicas podem apresentar-se em queimação, fato que exige um minucioso exame clínico para diagnóstico diferencial. Em uma condição que haja redução do fluxo salivar a presença de próteses dentárias totais pode desempenhar um papel importante na instalação do quadro de ardência. Em uma amostra de pacientes desdentados totais com dor facial crônica, 6% tinham ardência bucal como sua queixa principal, embora essa condição estivesse mascarada por outros aspectos clínicos.

Portanto, focos infecciosos dentais, periapicais ou periodontais, devem ser eliminados, bem como qualquer irritação mecânica provocada por superfícies ásperas de próteses, desenho inadequado de próteses totais e ângulos agudos nas superfícies dentárias. Essas alterações podem originar, ampliar ou perpetuar a condição dolorosa. Não esquecer que a dor em ardência pode ser o sintoma que identifica uma origem traumática, aguda, não traduzindo obrigatoriamente uma condição de síndrome, mas que pode evoluir para esta condição se os fatores irritativos iniciais não forem controlados e, principalmente, em presença dos demais fatores de risco como: idade, doenças sistêmicas, alterações hormonais, metabólicas e emocionais, além de pré-disposição genética.

Comorbidades crônicas como hipertensão, lupus eritematoso, diabetes mellitus e artrite reumatóide encontradas em nossa amostra, produzem alterações biológicas com manifestações na mucosa oral incluindo sensação de ardência; além disso exigem uso contínuo de medicamentos, propiciando situações que podem influenciar no fluxo salivar e principalmente associados às condições locais, como o uso de próteses, a hábitos como respiração bucal, produzir ardência bucal. As várias condições clínicas que podem produzir dor em queimação na mucosa oral tornam a queixa de ardência muito comum entre os pacientes. Como é uma condição subjetiva, sem lesões aparentes, acaba sendo subestimada pelos profissionais de saúde. Todavia, uma abordagem cuidadosa, e muitas vezes multidisciplinar, é indispensável para o controle da situação. As queixas subjetivas de alergia a medicamentos e alimentos, observadas nesta amostra, serão avaliadas em estudos futuros.

É possível que a SAB seja uma condição neuropática inicial, ou que evolua para tal, em decorrência das alterações próprias da idade e da incidência de vários fatores, alguns repetitivos. Não se pode deixar de considerar que, em seu início, ela pode ser um indicador de anormalidades metabólicas, fisiológicas ou emocionais e que, pela sua etiologia complexa, necessita de avaliação e tratamento especializado. Este estudo preliminar sugere que a ardência na cavidade oral pode ter diferentes etiologias e que diferentes fatores concorrem nesse sentido. Aspectos que sugerem uma revisão de critérios diagnósticos para a SAB, e estudo prospectivo nesse sentido já está sendo desenvolvido.

Referências

1. BARTSHUK LM, GRUSHKA M, DUFFY VB, FAST K LUCCHINA, L PRUTKIN J, SYNDER D: Burning mouth syndrome damage to CN VII and pain phantoms in CN V. *Chemica senses* 24: 609,1999.

-
2. BERGDAHL J, ANNEROTH C: Burning Mouth Syndrome Literature review and model for research and management J Oral Pathol Med 22: 433-438,1993.
 3. BERGDAHL M, BERGDAHL J: Burning mouth syndrome prevalence and associated factors. J Oral Pathol Med 28: 350-4,1999.
 4. BOGETTO F, MAINA G, FERRO G, CARBONE M, GANDOLFO S: Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. Psychosom Med, 60: 378-85,1998.
 5. DRAGE LA, ROGERS RS 3rd: Clinical assessment and outcome in 70 patients with complaints of burning or sore mouth symptoms. Mayo Clin Proc, 74: 223-8,1999.
 6. FERGUSSON MM CARTER 3, BOYLE P, HART O. LINDSAY R : Oral complaints related to climacteric symptoms in oophorectomized women, J.R. Soc. Med, 74 : 492-498, 1981.
 7. FORABOSCO A, CRISCUOLO M, COIYKOS C, UCELI E, WEINSTEIN R, BOTTICELLI A, VOLPE A: Efficacy of hormone replacement therapy in post menopausal women with oral discomfort. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 73: 570-574, 1992.
 8. GRUSHKA M, EPSTEIN J, MOTT A: An open-label, close escalation pilot study of the effect of clonazepam in burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, , 86:557-61, 1998.
 9. GRUSHKA M: Clinical features of burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 63: 30-36, 1957.
 10. HEIR GM: Facial pain of dental origin - a review for physicians. Headache 27 (10): 540-7, 1997.
 11. JENSEN JL, BARKVOLL P: Clinical implications mouth. Oral mucosal diseases. Ann N Y Acad Sci, 842:156-62, 1998.
 12. LAMEY PJ. Burning mouth syndrome: approach to successful management. Dent Update, 25: 298-300, 1998.
 13. NASRI C, SIQUEIRA JTT: Ardor Bucal / Disfunção Temporomandibular / Xerostomia. In Siqueira JTT, Ching LC (eds): Dor Orofacial / ATM -diagnostico clinico. Curitiba, Edta Maio, pp 263-271,1999.
 14. NASRI C, OLIVEIRA MF, OKADA M, FL TEIXEIRA MJ, SIQUEIRA JTT: Burning mouth - A multidisciplinary assesment. Abstracts of Word Congress of Pain 9th pp.306-307.
 15. REISS M, REISS G: Some aspects of glossodynia. Scheiweiz Med Wochenschr, 129: 1461-6 ,1999.
 16. RILEY JL 3th GILBERT GH, HEFT MW: Orofacial pain symptom prevalence: selective sex differences in the elderly? Pain, 76: 1-2, 97-104,1998.

17. SIQUEIRA JTT, CHING LH: Dor orofacial em pacientes desdentados totais com disfunção temporomandibular. Estudo retrospectivo longitudinal. Rev Paul Odontol 32-37,1999.

18. SIQUEIRA JTT, LACALE C, NASRI C: Dor orofacial em pacientes com disfunção temporomandibular e secura bucal: Necessidade de diagnóstico diferencial - Discussão clínica. J Bras Orto Ortop Facial 14: 39-45,1997.

19. TAMMIALA-SALONEN T, HIIDENKARY T, PARVINEN T: Burning Mouth in a finish adult population. Common Dent Oral Epidemiol, 21:67-71,1993.

20. VAN der PLOEG HM, VAN DER WAAL N, EIJKMAN MA,VAN DER WAAL I: Psychological aspects Of patients with burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Pathol. 664-668,1987.

* Cirurgiã-dentista. Pós-graduada, "lato-senso", em Odontologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas e assistente da Equipe de Dor Orofacial e ATM, Divisão de Odontologia, Hospital das Clínicas / FMUSP.

Este texto foi extraído de Nasri, C - Ardência bucal e dor facial atípica. 50º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre dor. Maio, 2001.