

CARACTERÍSTICAS SALIVARES PODEM ESTAR ASSOCIADAS COM A SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL?

MATHIAS PONCHE BARBOSA¹; ISADORA VILAS BOAS CEPEDA²; JUAN PABLO AITKEN SAAVEDRA³ E SANDRA BEATRIZ CHAVES TARQUINIO⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – matpbarbosa@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – isadoravbcepeda@hotmail.com

³Universidade do Chile – juanpabloaitken@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – sbtarquinio@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é uma condição oral crônica que pode reduzir muito a qualidade de vida dos indivíduos afetados (principalmente mulheres adultas). É caracterizada como uma sensação de queimação e desconforto, sem nenhuma alteração clínica ou achados laboratoriais (International Classification of Headache Disorders, 2013). A SAB pode ser a doença primária ou pode estar associada com alterações patológicas locais, sistêmicas ou psicológicas (KIM, et al. 2018). A avaliação das características salivares de pessoas com SAB pode auxiliar no entendimento da patogênese desta condição, estimar o estado sistêmico e até determinar a resposta às terapias das pessoas afetadas. Além disso, a coleta de saliva envolve métodos simples, com obtenção de amostras repetidas para análises seriadas e requer métodos não invasivos (SEGAL, et al. 2008).

A saliva apresenta propriedades essenciais para manter a homeostasia da cavidade oral (SOARES, et al. 2005). Pacientes com SAB podem exibir mais sintomas de depressão, ansiedade e estresse físico-social (de MOURA, et al. 2007; AMENABAR, et al. 2008), alterações associadas com as mudanças dos níveis de cortisol. O cortisol é o hormônio responsável pela regulação do estresse fisiológico e de funções metabólicas e imunológicas, e pode ser avaliado na saliva como um indicador de estresse, ansiedade e qualidade de vida (de MOURA, et al. 2007; AMENABAR, et al. 2008). Embora outras características salivares, como a viscosidade e a quantidade total de proteína, podem ser avaliadas na SAB (FOX, et al. 1987), não há evidências suficientes para estabelecer as suas associações com a etiologia da SAB (IMURA, et al. 2016).

Embora algumas mudanças salivares qualitativas e quantitativas tenham sido avaliadas em pessoas com SAB (SOARES, et al. 2005; de MOURA, et al. 2007), os achados ainda são contraditórios. Este estudo teve como objetivo traçar o perfil salivar de mulheres com SAB, compará-lo com o perfil de mulheres sem SAB e associar esses resultados à saúde sistêmica, ao uso de fármacos e ao efeito dos sintomas da SAB na qualidade de vida. Este estudo pode melhorar a orientação sobre as terapias associadas.

2. METODOLOGIA

Este estudo do tipo caso-controle foi conduzido no sul do Brasil, entre agosto de 2016 e março de 2019. Foram examinadas 40 mulheres com Síndrome de Ardência Bucal e 40 mulheres sem alterações, atendidas pelo Centro de Diagnóstico de Doenças da Boca (CDDDB) da Universidade Federal de Pelotas.

Foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (#2.078.409). Indivíduos que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Todos os pacientes foram examinados por um cirurgião-dentista especializado em patologia. Os critérios de exclusão para o grupo de casos e de controles foram: história prévia de malignidade de cabeça e pescoço, história de radioterapia na região da cabeça e pescoço, doença crônica da tireoide, Síndrome de Sjogren conhecida, alterações no hemograma, cirurgia prévia de glândulas salivares, artrite reumatoide, alergias de contato, gestantes, história de herpes zoster, presença de sinais e sintomas de líquen plano bucal e pacientes tratados ou que apresentaram alívio da sensação de queimação, após o uso de corticosteroides ou antifúngicos. No caso de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 (DM2), apenas aqueles com hemoglobina glicada (hemoglobina A1C) <7%, considerada controle glicêmico adequado, foram recrutados para o estudo (HANAS, et al. 2010).

Os critérios da Classificação Internacional de Distúrbios de Cefaleia foram aplicados para estabelecer o diagnóstico de SAB primária (KIM, et al. 2018). Um questionário foi utilizado para determinar a xerostomia (FOX, et al. 1987). A intensidade dos sintomas foi estimada por meio de uma escala visual analógica em que 1 representava a ausência de sintomas e 10 a percepção sintomática máxima vivenciada pelo paciente.

Na anamnese, foram feitas perguntas a respeito do histórico de doença do paciente e dos familiares. Também foi aplicado um questionário a respeito do uso de medicamentos e a respeito dos hábitos de consumo de tabaco e álcool.

A saliva foi coletada em condições de repouso em uma sala silenciosa entre 9h e 12h da manhã. Os pacientes foram orientados a evitar fumar, escovar os dentes ou consumir alimentos uma hora antes da coleta de saliva. Após 5 min de relaxamento, foram orientados a coletar a saliva por 5 min e dispensá-la em tubos de centrifuga pré-pesados e etiquetados, seguindo o protocolo descrito por Navazesh, et al (2011). Durante o procedimento, recomendou-se que os participantes permanecessem sentados, quietos e evitassem falar. Cada tubo foi posteriormente pesado por gravimetria, um peso específico de 1,005 g / mL foi atribuído ao fluido, e o volume total calculado foi expresso em mililitros por minuto para determinar o fluxo salivar não estimulado (uSFR).

O pH das amostras de saliva de cada indivíduo foi determinado utilizando a saliva do mesmo tubo usado para medição do fluxo salivar. Um medidor de pH digital (modelo PL-600 EZ-DO-OMEGA pela norma ISO-9001) fornecia automaticamente as medições com duas faixas decimais (KITASAKO, et al. 2008).

As amostras salivares foram analisadas com uma técnica de reologia dinâmica usando um reômetro extensional HAAKE CaBER-1 (Thermo-Fisher Scientific, MA, EUA). As amostras foram descongeladas, submetidas a vórtice e carregadas em placas de 6 mm de diâmetro definidas dentro de uma faixa inicial de 2 mm. Todas as medidas foram realizadas a 37 ° C com 1 mL de cada amostra. A viscosidade foi registrada por 150 s de monitoramento contínuo. Três medidas foram realizadas por amostra, e a média de cada amostra foi utilizada para análise estatística.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A SAB é uma condição idiopática caracterizada por dor crônica e sensação de queimação na mucosa oral (KIM, et al. 2018). A prevalência da síndrome é maior

entre as mulheres, principalmente após a menopausa. A média de idade das mulheres com SAB observada em nossa amostra (idade= 62.7 ± 10.8 anos) concorda com os dados descritos na literatura que indicam uma média em torno de 60 anos devido a fatores biológicos, socioculturais e psicológicos (KIM, et al. 2018; KIA, et al. 2017).

Não foram observadas diferenças entre a SAB primária (n=16) e secundária (n=24) quanto à intensidade da queimação ($7.73 (\pm 2.15)$ e $7.5 (\pm 2.10)$, respectivamente) ou quanto à presença de xerostomia no presente estudo. Além disso, a hipertensão, comorbidade não associada ao diagnóstico de SAB secundária, foi muito frequente no grupo de SAB (n=12). Nossos resultados concordam com as evidências atuais que não associam hipertensão com SAB, em termos de sua etiopatogenia (KIA, et al. 2017). Além disso, a alta frequência dessa comorbidade observada no grupo SAB em nosso estudo (n=20/50%), pode estar relacionada com uma tendência mundial onde mais de 66 % das pessoas com mais de 60 anos no mundo apresentam hipertensão arterial (BANEGAS, et al. 2017).

O fato de em nosso estudo a depressão ser uma comorbidade comum em pacientes com SAB (n=21/52,5%) está de acordo com achados anteriores (DI STASIO, et al. 2018). Um estudo anterior constatou que pacientes com SAB com problemas psicológicos (SAB secundário) têm uma maior intensidade de sensação de queimação (KIM, et al. 2018).

A hipossalivação ou diminuição do fluxo salivar (a-uSRF), pode promover a falta de proteção química e física da mucosa oral, facilitando o estabelecimento da SAB (FERNANDES, et al. 2009). De acordo com nossos resultados, a uSRF em SAB foi estatisticamente menor do que em mulheres sem a síndrome ($0,35 (\pm 0,24)$ e $0,61 (\pm 0,61)$ mL / min, respectivamente). Tem sido sugerido que a hipofunção glandular poderia ser um fator contribuinte na SAB, fenômeno que seria mais frequente em mulheres na pós-menopausa (VAIDYA, et al. 2012) e poderia ser potencializado devido ao efeito anticolinérgico dos medicamentos usados para tratar comorbidades associadas ao envelhecimento como antidepressivos.

De acordo com nossa pesquisa, a SAB não parece ser determinada por diferenças no pH salivar ($7,23 (\pm 0,52)$ grupo caso e $7,34 (\pm 0,49)$ grupo controle), o que também foi descrito em outras pesquisas (SOARES, et al. 2005).

Neste estudo, a viscosidade salivar de mulheres sem a síndrome foi significativamente maior do que a de mulheres com SAB ($45,01 (\pm 0,65)$ e $31,13 (\pm 0,23)$, respectivamente). As evidências que associam a viscosidade salivar com a síndrome são escassas, mas já foi descrito que alterações nessa característica salivar podem induzir a sensações de desconforto associadas à SAB (IMURA, et al. 2016).

Fatores objetivos, como renda, idade, peso e grupo social, e fatores de estilo de vida, como consumo de tabaco e álcool, uso de drogas, exercícios, dieta e outros aspectos associados à qualidade de vida não avaliados em nossa pesquisa, devem ser considerados em estudos futuros.

4. CONCLUSÕES

Como a etiopatogênese da SBA é multifatorial, é difícil descartar todas as variáveis que poderiam determiná-la. Fatores como idade, presença de comorbidades, uso de medicamentos e até alguma doença não diagnosticada são elementos que mesmo com algumas tentativas, nem sempre são possíveis de serem isolados e padronizados entre os grupos de casos e controles em sua totalidade. Mesmo assim, as características salivares podem ajudar a compreender

melhor tanto a etiopatogenia quanto as consequências dessa síndrome ainda enigmática.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amenábar JM, Pawlowski J, Hilgert JB, Hugo FN, Bandeira D, Lhüller F, et al. Anxiety and salivary cortisol levels in patients with burning mouth syndrome: case-control study. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.** 2008;105(4):460-

Banegas JR, Gijón-Conde T. [Epidemiology of hypertension]. **Hipertens Riesgo Vasc.** 2017;34 Suppl 2:2-4.

de Moura SA, de Sousa JM, Lima DF, Negreiros AN, Silva Fde V, da Costa LJ. Burning mouth syndrome (BMS): sialometric and sialochemical analysis and salivary protein profile. **Gerodontology.** 2007;24(3):173-6.

Di Stasio D, Candotto V, Serpico R, Migliozi R, Petrucci M, Tammara M, et al. Depression and distress in burning mouth syndrome: A case control study. **J Biol Regul Homeost Agents.** 2018;32(2 Suppl. 1):91-5.

Fox PC, Busch KA, Baum BJ. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. **J Am Dent Assoc.** 1987;115(4):581-4.

Imura H, Shimada M, Yamazaki Y, Sugimoto K. Characteristic changes of saliva and taste in burning mouth syndrome patients. **J Oral Pathol Med.** 2016;45(3):231-6.

Kim MJ, Kim J, Kho HS. Comparison between burning mouth syndrome patients with and without psychological problems. **Int J Oral Maxillofac Surg.** 2018;47(7):879-87.

Segal A, Wong DT. Salivary diagnostics: enhancing disease detection and making medicine better. **Eur J Dent Educ.** 2008;12 Suppl1(Suppl 1):22-9.

Soares MS, Chimenos-Küstner E, Subirá-Pifarré C, Rodríguez de Rivera-Campillo ME, López-López J. Association of burning mouth syndrome with xerostomia and medicines. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.** 2005;10(4):301-8.

The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). **Cephalalgia.** 2013;33(9):629-808.

Vaidya R. Burning mouth syndrome at menopause: Elusive etiology. **J Midlife Health.** 2012;3(1):3-4.