

Fluxo salivar e os níveis de ansiedade e depressão em pacientes com a Síndrome da Ardência Bucal: estudo de caso-controle

Salivary flow and levels of anxiety and depression in patients with Burning Mouth Syndrome: case control study

Mauriane Monteiro OSTROSKI^a, Sérgio Adriane Bezerra de MOURA^b,
Viviane de Almeida SARMENTO^c, Antônio Adilson Soares de LIMA^d

^aCurso de Odontologia, PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
80215-901 Curitiba - PR, Brasil

^bDepartamento de Morfologia, UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
59072-970 Natal - RN, Brasil

^cDepartamento de Estomatologia, UFBA – Universidade Federal da Bahia,
40110-912 Salvador - BA, Brasil

^dDepartamento de Estomatologia, UFPR – Universidade Federal do Paraná,
80210-170 Curitiba - PR, Brasil

Resumo

Objetivo: Avaliar os níveis de ansiedade e depressão, e medir a velocidade do fluxo salivar estimulado em indivíduos portadores da Síndrome da Ardência Bucal (SAB). **Método:** Um total de 60 indivíduos fez parte deste trabalho, dos quais 30 eram portadores da Síndrome da Ardência Bucal (grupo-caso) e 30 eram indivíduos saudáveis (grupo-controle). Os indivíduos foram submetidos a um exame físico e à coleta de saliva total estimulada para análise da velocidade do fluxo salivar, além de responderem ao questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Resultado:** No grupo-caso, 93% eram mulheres com média de idade de 61,3 anos. A língua mostrou-se a região bucal mais acometida pela sensação de queimação. Nos indivíduos com a Síndrome da Ardência Bucal, 86% dos pacientes sofriam de ansiedade e 73% de depressão; enquanto no grupo-controle, 46,7% dos indivíduos apresentaram algum nível de ansiedade e 23,3%, de depressão. Os testes do Qui-Quadrado e exato de Fischer revelaram haver diferença significativa entre os grupos em função dos níveis de ansiedade e depressão ($p \leq 0,01$). A sialometria revelou que as médias da velocidade do fluxo salivar total estimulada para os grupos-caso e controle foram de 1,02 e 1,06 mL/min, respectivamente ($p > 0,05$). **Conclusão:** A presença de alterações psicológicas – tais como a ansiedade e a depressão – pode representar um fator desencadeante da Síndrome da Ardência Bucal; porém, a velocidade do fluxo salivar não parece estar relacionada com essa síndrome.

Descritores: Síndrome da Ardência Bucal; glossalgia; saliva; ansiedade; depressão.

Abstract

Aim: To evaluate anxiety and depression levels and measure stimulated whole saliva flow rate in individuals with burning mouth syndrome. **Method:** The population analyzed consisted in 30 individuals with the syndrome (case group) and 30 healthy subjects (control group). Both groups were assessed by physical examination, stimulated flow rate analysis and answered the questionnaire HADS. **Result:** In the case group, 93% were women with a mean age of 61.3 years. Oral burning sensation was more frequent at the tongue. In those patients with burning mouth syndrome, 86% had suffered from anxiety and 73% depression; while in the control group: 46.7% of subjects had some level of anxiety and 23.3% depression. There were statistical differences between groups according to the anxiety and depression levels by Qui-square and Fischer tests ($p \leq 0.01$). Sialometry showed rates to the stimulated whole saliva flow rate case and control groups of 1.02 and 1.06 mL/min, respectively ($p > 0.05$). **Conclusion:** Psychological disorders such as anxiety and depression may represent a predisposing factor of the BMS, though the decreased saliva flow rate is not a constant condition in this syndrome.

Descriptors: Burning Mouth Syndrome; glossalgia; saliva; anxiety; depression.

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é uma condição clínica relativamente frequente, caracterizada pela sensação de queimação e desconforto na boca, sendo que a região da mucosa oral afetada não apresenta qualquer alteração de normalidade e sem que um fator causador específico possa ser identificado¹⁻³.

A prevalência dessa síndrome varia de 0,7 a 7,9% na população em geral⁴ e acomete principalmente mulheres entre a quarta e a quinta década de vida^{5,6}. A prevalência nos homens é de 1,6% e os primeiros casos identificados foram na faixa etária dos 40 aos 49 anos⁷.

As regiões bucais mais acometidas pela SAB são os dois terços anteriores da língua, a porção anterior do palato duro e a mucosa do lábio inferior, podendo ser uma condição simétrica e bilateral⁸. De acordo com os pacientes, a dor inicia de forma espontânea, geralmente no final da manhã, e cuja intensidade varia de suave a moderada. No decorrer do dia, essa intensidade aumenta chegando ao seu clímax no fim da tarde e no início da noite; porém, durante a noite, a dor está ausente⁹.

A etiologia da SAB permanece incerta, mas, ao que parece, pode ser de caráter multifatorial⁷. Seus possíveis agentes causais têm sido agrupados em fatores locais, sistêmicos e psicogênicos. Embora se saiba que alguns fatores sistêmicos podem causar ardência bucal, não se comprovou o papel de nenhum destes como causadores da SAB. Os fatores locais são significativos para pequenos grupos de pacientes, enquanto os fatores psicogênicos têm comprovadamente desempenhado um importante papel na etiologia de grande parte dos casos de pacientes portadores da SAB³.

A hipossalivação é um fator a ser considerado, já que a mesma tem uma alta incidência entre os indivíduos com a síndrome¹⁰. As únicas evidências descobertas foram alterações em certos componentes da saliva, tais como mucina, IgA e fosfatos, e no pH. Portanto, medicações anticolinérgicas e situações sistêmicas – como a diabetes mellitus – importantes na etiologia da hipossalivação podem estar relacionadas com a SAB⁸. Moura et al.¹¹ relataram que os níveis salivares de fósforo, potássio e cloro estavam elevados em pacientes portadores da SAB, quando comparados a um grupo-controle, enquanto que a concentração de proteínas totais estava reduzida. Eguia Del Valle et al.¹² relataram uma percentagem de 60% de queixa de secura bucal em um estudo com 30 indivíduos portadores da SAB e, também, que 56,6% dos pacientes demonstraram sofrer de ansiedade e/ou depressão. Baseados em seus achados, esses autores acreditam que há uma provável relação entre níveis elevados de ansiedade e depressão, e a SAB.

Sabe-se que grande parte dos pacientes com a Síndrome da Ardência Bucal sofre de algum tipo de disfunção psicológica⁸. As principais alterações são a depressão, ansiedade crônica e desordens de personalidade. Lamey, Lamb¹³, baseados em avaliações psicológicas, observaram que 45 a 50% dos pacientes portadores da SAB sofriam de alterações da personalidade e 44%, de depressão e ansiedade. Esses indivíduos também tendem a ter baixa autoestima, além de serem introvertidos e ansiosos.

A maioria dos pacientes portadores da SAB já passou por eventos estressantes durante a vida, sendo estes provavelmente responsáveis pelo início do desenvolvimento dos sintomas da doença¹⁴.

Vários estudos foram realizados para se observar a relação entre distúrbios psicológicos e os níveis de depressão e ansiedade com as alterações bucais¹⁵⁻²³. Alterações psicológicas e a SAB estão intimamente ligadas, porém ainda não se esclareceu a relação entre os fatores desencadeadores e a predisposição ao desenvolvimento dessa síndrome^{8,24}. Baseando-se nesses indícios, este trabalho tem por objetivo avaliar se há uma relação entre a ocorrência da SAB e os elevados níveis de ansiedade e depressão, e a velocidade do fluxo salivar.

MATERIAL E MÉTODO

Este estudo do tipo caso-controle foi iniciado após seu protocolo ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Processo nº. 94/2003), atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Neste estudo, inicialmente, 109 pacientes com diagnóstico de Síndrome da Ardência Bucal foram contatados e convidados pelos examinadores a participar da pesquisa. Esses indivíduos tiveram o seu diagnóstico para a SAB realizados por profissionais com formação em Estomatologia na Clínica de Diagnóstico Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Natal-RN, Brasil) e na Clínica de Estomatologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Curitiba-PR, Brasil). Os seguintes parâmetros foram usados no diagnóstico da SAB: queixa de desconforto bucal (sensação de queimação e/ou dor) por pelo menos seis meses; ausência de alterações clínicas na região do ardor; valores normais para os testes laboratoriais (hemograma completo, glicemia em jejum, níveis séricos de ferro e transferrina, níveis de vitamina B12 e ácido fólico sérico, e a dosagem de estrógeno), e ausência de doenças subjacentes. Durante o exame clínico, foram investigadas as características clínicas dos sintomas da SAB – localização, duração e frequência da sensação de queimação bucal –, cancerofobia e possíveis causas sistêmicas, as quais foram anotadas numa ficha padronizada juntamente com os resultados dos exames hematológicos e das dosagens séricas então recentes. Os critérios de inclusão para o grupo-caso foram: a) ter o diagnóstico clínico da Síndrome da Ardência Bucal; b) não apresentar doenças locais e/ou sistêmicas que comprometessem o funcionamento das glândulas salivares, e c) não utilizar medicamentos indutores de hipossalivação. No entanto, para atender tais critérios, apenas 30 pacientes participaram da pesquisa e foram incluídos no grupo-caso.

Outro grupo de 167 indivíduos saudáveis também foi convidado pelos examinadores para fazer parte do grupo-controle. Entretanto, para que os mesmos fossem incluídos no estudo, os critérios 'b' e 'c' acima descritos precisavam ser respeitados. Ao final, 30 indivíduos saudáveis da Clínica do Curso de

Odontologia da PUCPR, pareados com o grupo-caso em relação ao gênero, cor da pele, estado civil, nível educacional e situação ocupacional, foram incluídos no grupo-controle. O pareamento exato dos grupos em relação à idade não foi possível; por isso, alguns indivíduos com idade aproximada foram incorporados ao grupo-controle.

Os critérios de exclusão para ambos os grupos foram: a) recusa para realizar a coleta da saliva e/ou b) recusa para responder ao questionário.

Nos dois grupos, adotou-se um procedimento não probabilístico para a seleção da amostra, segundo o qual os participantes, ao atenderem os critérios de inclusão, foram incorporados por ordem de apresentação, constituindo-se numa amostra por conveniência.

1. Coleta de Dados

Todos os indivíduos participantes deste estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e, em seguida, foram submetidos à anamnese, examinados clinicamente e responderam ao questionário Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)²⁵.

O exame clínico intrabucal foi realizado numa cadeira odontológica sob luz artificial por dois examinadores previamente treinados, que usaram espelho odontológico, pinça clínica, sonda exploradora n.º 5, compressas de gaze estéril e os equipamentos de proteção individual. Para esse procedimento, os examinadores realizaram a inspeção e as manobras de palpação para pesquisar a presença de doenças nas mucosas e/ou dentárias, e possíveis hábitos parafuncionais.

O questionário HADS permite identificar a presença e a severidade de distúrbios psicológicos, e se constitui num método usado para mensurar o estado mental de uma pessoa, incluindo-se condições como a ansiedade e a depressão. O método mostra-se com capacidade para diagnosticar essas condições clínicas de modo isolado ou simultaneamente, classificando-as em discretas, moderadas ou severas. O questionário apresenta quatorze perguntas objetivas, é autoaplicável e praticamente não é afetado pela presença de doenças físicas²⁵.

2. Coleta da Saliva

A saliva total foi coletada fora do ambiente odontológico, seguindo-se o método de *spitting* por meio de estimulação mecânica (pedaço de látex estéril), durante seis minutos, de acordo com a metodologia preconizada por Navazesh²⁶. A velocidade do fluxo de saliva total mecanicamente estimulada foi obtida para cada indivíduo pelo método gravimétrico preconizado por Banderas-Tarabay et al.²⁷.

3. Análise Estatística

Os dados obtidos foram tabulados no programa Excel for Windows e, em seguida, foram submetidos ao Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Uma vez que os dados da variável 'velocidade do fluxo salivar' apresentaram uma

distribuição normal, empregou-se o teste *t* de Student para saber se houve diferença em relação aos grupos caso e controle. Visando-se testar se havia dependência entre níveis elevados de ansiedade e a variável 'grupo', aplicou-se o teste do Qui-quadrado. Em todos os procedimentos, foi adotado um nível de significância de 5%.

RESULTADO

Os grupos caso e controle foram compostos por 28 (93,3%) indivíduos do gênero feminino e dois (6,7%) do gênero masculino. As médias de idade dos pacientes com a SAB e do grupo-controle foram de 61,3 e 59,5 anos, respectivamente. A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas dos participantes dos grupos caso e controle. A faixa etária mais acometida pela SAB foi dos 57 aos 76 anos de idade.

A Tabela 2 exhibe as características clínicas da SAB. Em relação à localização dos sintomas, 46,7% dos pacientes com a SAB referiram a língua como a região intrabucal mais acometida pela sensação de ardência, seguida pelos lábios e pela língua e pelos lábios, simultaneamente. A média de tempo em que os pacientes referiram sentir o desconforto dos sintomas da SAB variou de 1 a 20 anos, com uma média de 5,2 anos. A grande parte dos pacientes queixava-se dos sintomas de forma intermitente (56,7%), porém frequente; e apenas 30% dos indivíduos relataram que a sensação de queimação bucal era constante durante o dia. Cerca de 60% dos pacientes relataram que os sintomas da SAB ocorriam pela manhã, tarde e noite, e 23,3% dos indivíduos não os apresentavam no período da noite, somente pela manhã e à tarde. Durante a anamnese, a cancerofobia foi relatada por 86,7% dos pacientes do grupo-caso.

Os resultados da sialometria revelaram que as médias da velocidade do fluxo de saliva total estimulada para os grupos caso e controle foram de 1,02 mL/min e 1,06 mL/min, respectivamente. O teste *t* de Student revelou que não houve diferença estatística entre os grupos caso e controle ($p > 0,05$).

De acordo com os resultados do questionário HADS, 86,7% dos pacientes portadores da SAB eram acometidos por ansiedade, sendo que 50% desses indivíduos sofriam de níveis de ansiedade severa. No grupo-controle, 46,7% dos indivíduos possuíam algum nível de ansiedade. Nesse grupo, 26,7% dos indivíduos apresentavam ansiedade leve (Tabela 3). Visando-se testar se havia dependência em ter entre níveis elevados de ansiedade e a variável 'grupo', aplicou-se o teste do Qui-Quadrado. O resultado demonstrou haver dependência entre os grupos no nível de probabilidade de $p < 0,001$.

O questionário HADS demonstrou que 73,3% dos pacientes do grupo-caso eram acometidos por depressão, dos quais, 43,3% desses indivíduos sofriam de depressão moderada, 16,7% de depressão leve e 13,3% de depressão severa. Já no grupo-controle, 23,3% dos participantes apresentavam algum nível de depressão e, destes, 20% eram portadores de níveis de depressão leve (Tabela 3).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos indivíduos com e sem SAB

Características	Grupo-Caso		Grupo-Controle	
	N	%	N	%
Gênero				
Masculino	2	6,7	2	6,7
Feminino	28	93,3	28	93,3
Cor da pele				
Leucoderma	12	40	12	40
Feoderma	17	56,7	16	53,2
Melanoderma	1	3,3	2	6,8
Xantoderma	-	-	-	-
Idade (anos)				
36 – 46	4	13,3	4	13,3
47 – 56	4	13,3	4	13,3
57 – 66	10	33,3	10	33,3
67 – 76	10	33,3	10	33,3
77 – 86	2	6,8	2	6,8
Escolaridade				
Analfabeto	4	13,3	4	13,3
1 – 4 anos	18	60	15	50
> 5 anos	8	26,7	11	36,7
Estado civil				
Solteiro	2	6,8	4	13,3
Casado	14	46,6	14	46,7
Viúvo/separado/divorciado	14	46,6	12	40
Situação ocupacional				
Desempregado	1	3,3	-	-
Empregado	10	33,3	15	50
Dona de casa	19	63,4	15	50

DISCUSSÃO

A SAB é uma condição clínica de etiologia obscura, onde portadores se queixam de uma sensação de queimação bucal em áreas clinicamente saudáveis; note-se que a SAB acomete mais frequentemente as mulheres. Neste trabalho, em que se compararam os achados clínicos, a função salivar e os níveis de ansiedade e depressão entre portadores e não portadores da síndrome, demonstrou-se que a faixa etária onde a doença foi mais prevalente foi dos 56 aos 76 anos de idade. Estes achados corroboram os resultados de Soto-Araya et al.²¹ e Rouleau et al.⁵, que também encontraram um grande número de indivíduos, nessa mesma faixa etária, portadores da SAB. No entanto, diferem do relato de Miyamoto, Ziccardi⁶, que acreditam que a síndrome

Tabela 2. Características clínicas dos pacientes com a SAB

Características clínicas	Grupo-Caso	
	N	%
Localização		
Língua	14	46,7
Lábio	9	30
Palato	-	-
Língua e lábio	7	23,3
Tempo (anos)		
1 - 5	24	80
6 - 10	4	13,3
> 10 anos	2	6,7
Frequência		
Constante	9	30
Intermitente/frequente	4	13,3
Intermitente/rara	17	56,7
Período do dia		
Manhã	2	6,7
Tarde	1	3,3
Noite	2	6,7
Manhã/tarde	7	23,3
Manhã/tarde/noite	18	60
Cancerofobia		
Presente	26	86,7
Ausente	4	13,3

acaba se manifestando mais frequentemente num período de vida mais precoce.

Com relação à variável gênero, a forte predileção pelas mulheres é um fato indiscutível. Neste estudo, verificou-se que 93,3% dos participantes portadores da síndrome eram do gênero feminino. Este achado está de acordo com os resultados dos trabalhos desenvolvidos por Rouleau et al.⁵, Miyamoto, Ziccardi⁶ e Soto-Araya et al.²¹, que demonstraram que a SAB é uma entidade clínica quase que exclusiva das mulheres.

Segundo a classificação citada por Miyamoto, Ziccardi⁶, a maioria dos pacientes avaliados neste trabalho era portadora da SAB tipo III, caracterizada por um quadro de sintomatologia intermitente. Além disso, grande parte dos indivíduos do grupo-caso relatou que a síndrome se manifestava tanto pela manhã quanto pela tarde ou noite, não havendo predileção por um determinado período do dia. Os testes estatísticos revelaram que não há correlação significativa entre a frequência dos sintomas ou o período do dia e os níveis de ansiedade e depressão dos portadores da SAB.

Tabela 3. Níveis de ansiedade e depressão dos indivíduos com e sem a SAB

Níveis	Grupo-Caso		Grupo-Controle		Valor de p
	N	%	N	%	
Ansiedade					
Ausente	4	13,3	16	53,3	0,001
Leve	6	20	8	26,7	
Moderada	5	16,7	6	20	
Severa	15	50	-	-	
Depressão					
Ausente	8	26,7	23	76,7	0,0001
Leve	5	16,7	6	20	
Moderada	13	43,3	1	3,3	
Severa	4	13,3	-	-	

Teste do Qui quadrado. *Diferença estatística ($p < 0,01$).

A literatura refere que a presença de ansiedade e depressão em pacientes com queixa de ardência bucal é bastante comum^{1,2,21-23}. De acordo com Mignogna et al.²⁹, 38,9% dos indivíduos portadores da SAB tiveram história médica de depressão. Tal doença é considerada como uma síndrome, que reúne vários sintomas que resultam num dano funcional significativo. A enfermidade depressiva é uma desordem do sistema nervoso central associada com o mau funcionamento ou o desequilíbrio dos sistemas hormonais e neurais que controlam as emoções, a motivação, as atividades psicomotoras, o apetite, a sexualidade, a consciência e a dor. Os fatores causais envolvidos nas desordens depressivas podem ser divididos em biológicos, genéticos e psicossociais. Entretanto, a cada dia, se torna mais evidente que a etiologia e a patogênese da depressão são multifatoriais, e que esses domínios interagem para provocar a doença²⁹. Por outro lado, a ansiedade é descrita como um estado afetivo penoso, caracterizado pela expectativa de algum perigo que se revela indeterminado, impreciso e, diante do qual, o indivíduo se julga indefeso. Seu impacto na saúde está relacionado como uma consequência no distúrbio do sono, quer seja pela incapacidade de dormir ou como o resultado de sonhos ou pesadelos¹⁹.

Os pacientes com SAB apresentaram altos índices de alterações psicológicas, onde aproximadamente 86% eram acometidos por ansiedade e 73% por depressão, valores esses semelhantes aos observados por Matsuoka et al.¹⁶ e Soto-Araya et al.²¹, que obtiveram, respectivamente, 85,7 e 71,3% de ansiedade e depressão. Por outro lado, esses resultados foram maiores que os relatados por Browning et al.¹⁵, onde 31% de seus pacientes tiveram o diagnóstico de depressão e 11% de ansiedade. Já o estudo desenvolvido por Eguia Del Valle et al.¹² com pacientes portadores da SAB revelou que 13% eram ansiosos e 26% manifestavam níveis de depressão. É importante salientar que há variações nos exames e critérios envolvidos no diagnóstico da enfermidade depressiva e esse fato pode contribuir para as diferenças de resultados entre os estudos.

O grupo de indivíduos portadores da síndrome apresentou maiores níveis de ansiedade e depressão que o grupo-controle. Metade dos pacientes com a SAB (50%) sofria de ansiedade severa enquanto que, no grupo-controle, 53,3% dos sujeitos não apresentavam sintomas de ansiedade. Dos indivíduos acometidos pela depressão no grupo-caso, 43,3% sofriam de depressão moderada, enquanto que, no grupo-controle, 85,7% dos indivíduos com depressão apresentavam a sua forma leve.

Os indivíduos com a SAB exibindo ansiedade moderada e severa mostraram tendência a apresentar níveis de depressão moderada ($p \leq 0,01$), justificando a presença de ambas as alterações ao mesmo tempo na maioria dos pacientes com a SAB. Somente quatro pacientes desse grupo não apresentaram sintomas de ansiedade e depressão concomitantes.

A queixa de cancerofobia encontrada nos pacientes com a SAB foram maiores que o relatado na literatura, pois 86,7% dos pacientes portadores da SAB relataram medo de desenvolver câncer; enquanto Matsuoka et al.¹⁶ encontraram esse relato em alguns de seus pacientes. Essa alteração pode estar relacionada a diferenças culturais e à falta de informação dos pacientes avaliados sobre o desenvolvimento do câncer. Neste estudo, os pacientes cancerofóbicos mostravam maior tendência a apresentar ansiedade severa e níveis moderados de depressão. Os testes estatísticos revelaram haver diferença significativa entre os grupos, pela elevada incidência de ansiedade e depressão nos pacientes portadores da SAB ($p < 0,01$).

Processos psicológicos frequentemente são acompanhados por sensações bucais e, de fato, muitos indivíduos têm manifestado uma sensação de boca seca durante um período de tensão nervosa⁷. A saliva desempenha um papel relevante na saúde dos dentes e das mucosas que revestem a boca. A sua produção diminuída é denominada de hipossalivação e pode desencadear um quadro clínico sintomático de sensação de boca seca chamado de xerostomia. Para se avaliar a produção diária de saliva de um indivíduo, se faz uso da sialometria. Neste

trabalho, não foi encontrada diferença estatística entre as médias da velocidade do fluxo salivar para os pacientes de ambos os grupos. As médias de 1,02 mL/min (grupo-caso) e 1,06 mL/min (grupo-controle) são consideradas velocidades altas segundo os parâmetros preconizados pela literatura. No entanto, alguns pacientes se queixavam de xerostomia que, provavelmente, estava associada ao uso contínuo de medicação indutora de xerostomia. Estes dados diferem da literatura que vem demonstrando existir uma provável associação entre um quadro de hipossalivação com a SAB e da xerostomia com os processos psicológicos^{7,12}.

A maior limitação deste estudo diz respeito ao pareamento entre os grupos em relação à idade, ao gênero, à cor da pele e às características sociodemográficas. Os pacientes do grupo-controle, na faixa etária em que ocorre a SAB, apresentavam, com frequência, comprometimentos sistêmicos (hipertensão, diabetes, alterações hormonais, uso de medicamentos com efeitos na produção salivar) e tal fato dificultou a realização de um pareamento exato²⁸. No entanto, como foram poucos casos, é possível que isto não tenha refletido nos resultados encontrados, uma vez que, em indivíduos saudáveis, a idade não influencia na produção de saliva. Além disso, não há relação entre a produção de saliva e as demais variáveis (estado civil, nível educacional e a situação ocupacional).

Apesar da suposição geral de que a terapia da SAB seja sempre difícil, Mignogna et al.²⁹ enfatizam que, em muitos casos, os pacientes continuam a sofrer porque a síndrome geralmente é mal diagnosticada, incorretamente tratada e frequentemente não reconhecida. Esses autores relatam ainda que os sintomas da SAB são comumente confundidos na clínica com aqueles

de candidose bucal, depressão, reação alérgica à prótese dentária, hipovitaminoses, xerostomia, neuralgia do trigêmeo, hepatite viral, doença do refluxo gastroesofágico, bruxismo, traqueíte e intolerância alimentar. Esse fato faz com que os pacientes portadores da síndrome acabem procurando pela ajuda de cirurgiões-dentistas e médicos das mais diversas especialidades. As abordagens terapêuticas são divididas em condutas tóxicas e sistêmicas. Entretanto, há poucas evidências com comprovação científica que forneçam orientações precisas para o tratamento dos pacientes com SAB²⁴.

Diante do exposto, os achados deste trabalho reforçam a importância do conhecimento de técnicas para o reconhecimento dos sinais e sintomas das alterações psicológicas responsáveis pelo desenvolvimento de níveis patológicos de ansiedade e depressão que poderão se refletir na saúde bucal. A depressão é uma desordem relativamente comum que afeta pelo menos 20% das mulheres e 10% dos homens durante a sua existência³⁰. O grau de incapacidade apresentado pelas pessoas deprimidas pode ser profundo³¹. Dessa forma, por meio da identificação dos sintomas dos pacientes depressivos portadores ou não da SAB e encaminhando-os para o tratamento específico, o cirurgião-dentista poderia fornecer outra contribuição importante para a saúde de seus pacientes.

CONCLUSÃO

Baseado nos resultados deste estudo, pode-se concluir que a Síndrome da Ardência Bucal pode apresentar uma correlação com a ansiedade e a depressão, e nenhuma relação com a velocidade do fluxo da saliva total estimulada.

REFERÊNCIAS

1. Abetz LM, Savage NW. Burning mouth syndrome and psychological disorders. *Aust Dent J.* 2009; 54: 84-93. PMID:19473148. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1834-7819.2009.01099.x>
2. Torgerson RR. Burning mouth syndrome. *Dermatol Ther.* 2010; 23: 291-8. PMID:20597947. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1529-8019.2010.01325.x>
3. Pinto A, Sollecito TP, De Rossi SS. Burning mouth syndrome. *NY State J.* 2003; 69(3): 18-25.
4. Mock D, Chugh D. Burning mouth syndrome. *Int J Oral Sci.* 2010; 2(1): 1-4. PMID:20690412. <http://dx.doi.org/10.4248/IJOS10008>
5. Rouleau TS, Shychuk AJ, Kayastha J, Lockhart PB, Nussbaum ML, Brennan MT. A retrospective, cohort study of the prevalence and risk factors of oral burning in patients with dry mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2011; 111: 720-5. PMID:21497523. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tripleo.2011.01.042>
6. Miyamoto S, Ziccardi V. Burning mouth syndrome. *Mt Sinai J Med.* 1998; 65:343-7. PMID:9844361.
7. Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med.* 1999; 28: 350-4. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0714.1999.tb02052.x>
8. Boy-Metin Z, Kayhan KB, Ünür M. Burning mouth syndrome. *Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg.* 2008; 18:188-96. PMID:18985004.
9. Rivinius C. Burning mouth syndrome: Identification, diagnosis, and treatment. *J Am Acad Nurse Pract.* 2009; 21:423-9. PMID:19689438. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00424.x>
10. Hakeberg M, Berggren U, Hägglin C, Ahlqvist M. Reported burning mouth symptoms among middle-aged and elderly women. *Eur J Oral Sci.* 1997; 105: 539-43. PMID:9469602. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0722.1997.tb00214.x>
11. Moura SAB, Souza JMA, Lima DF, Negreiros ANM, Silva FV, Costa LJ. Burning mouth syndrome (BMS): sialometric and sialochemical. *Gerodontology.* 2007; 24: 173-6. PMID:17696895. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-2358.2007.00158.x>
12. Eguia Del Valle A, Aguirre-Urizar J M, Martinez-Conde R, Echebarria-Goikouria MA, Sagasta-Pujana O. Síndrome de boca ardiente en el País Vasco: estudio preliminar de 30 casos. *Med Oral.* 2003; 8: 84-90. PMID:12618668.

13. Lamey P, Lamb B. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J*. 1988; 296: 1243-6. PMID:3133028 PMCID:2545712. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.296.6631.1243>
14. Hammarén M, Hugoson A. Clinical psychiatric assessment of patients with burning mouth syndrome resisting oral treatment. *Swed Dent J*. 1989; 13(3): 77-88. PMID:2667181.
15. Browning S, Hislop S, Scully C, Shirlaw P. The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1987; 64:171-4. [http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220\(87\)90085-5](http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(87)90085-5)
16. Matsuoka H, Himachi M, Furukawa H, Kobayashi S, Shoki H, Motoya R, et al. Cognitive profile of patients with burning mouth syndrome in the Japanese population. *Odontology*. 2010; 98: 160-4. PMID:20652795. <http://dx.doi.org/10.1007/s10266-010-0123-6>
17. Gao J, Chen L, Zhou J, Peng J. A case-control study on etiological factors involved in patients with burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med*. 2009; 38: 24-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0714.2008.00708.x>
18. Miziara ID, Filho BC, Oliveira R, Rodrigues dos Santos RM. Group psychotherapy: an additional approach to burning mouth syndrome. *J Psychosom Res*. 2009; 67: 443-8. PMID:19837207. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.01.013>
19. Cohen SM, Fiske J, Newton JT. The impact of dental anxiety on daily living. *Br Dent J*. 2000; 189: 385-90. PMID:11081950.
20. Maggiriás J, Locker D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002; 30: 151-9. PMID:12000356. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0528.2002.300209.x>
21. Soto-Araya M, Rojas-Alcayaga G, Esguep A. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de líquen plano oral, síndrome boca urente y estomatitis aftosa recidivante. *Med Oral*. 2004; 9(1): 1-7. PMID:14704611.
22. Moura SAB, Medeiros AMC, Leite JF, Dimenstein M, Costa LJ. Aspectos psicogênicos da síndrome do ardor bucal. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2008; 12: 217-28.
23. Takenoshita M, Sato T, Kato Y, Katagiri A, Yoshikawa T, Sato Y, et al. Psychiatric diagnoses in patients with burning mouth syndrome and atypical odontalgia referred from psychiatric to dental facilities. *Neuropsychiatric Dis Treat*. 2010; 6: 699-705. PMID:21127687 PMCID:2987502.
24. Reiss M, Reiss G. Das burning mouth syndrom – ursachen, differential diagnose und therapie. *Ther Umsch*. 2004; 61: 308-12. PMID:15195716.
25. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HADS) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995; 29: 355-63. PMID:8731275.
26. Navazesh M. Method for collecting saliva. In: *Saliva as a diagnostic fluid*. Ann NY Acad Sci. 1993; 694: 72-7. PMID:8215087. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.1993.tb18343.x>
27. Banderas-Tarayá JA, González-Begné M, Sánchez-Garduño M, Millán-Cortéz E, López-Rodríguez A, Vilchis-Velázquez A. The flow and concentration of proteins in human whole saliva. *Salud Publica Mex*. 1997; 39: 433-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341997000500006>
28. Bourdiol P, Mioche L, Monier S. Effect of age on salivary flow obtained under feeding and non-feeding conditions. *J Oral Rehabil*. 2004; 31:445-52. PMID:15140170. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2842.2004.01253.x>
29. Mignogna MD, Fedele S, Lo Russo L, Leuci S, Lo Muzio L. The diagnosis of burning mouth syndrome represents a challenge for clinicians. *J Orofac Pain*. 2005; 19: 168-73. PMID:15895840.
30. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med*. 1997; 27: 1079-89. PMID:9300513. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291797005333>
31. Korszun A, Ship JA. Diagnosing depression in patients with chronic facial pain. *J Am Dent Assoc*. 1997; 128: 1680-6. PMID:9415765.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Antônio Adilson Soares de Lima

Curso de Odontologia, Departamento de Estomatologia, UFPR – Universidade Federal do Paraná,

Rua Prefeito Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico, 80210-170 Curitiba - PR, Brasil

e-mail: aas.lima@ufpr.br

Recebido: 15/08/2011

Aprovado: 19/04/2012