

Percepção da dor e qualidade de vida na síndrome da boca ardente

Pain perception and quality of life in burning mouth syndrome

Andréa Fogaça Meneguette¹, Paulo de Camargo Moraes¹, António Sérgio Guimarães¹, Luciane Rodrigues¹, Miguel Meira e Cruz^{1,2}

DOI 10.5935/2595-0118.20200027

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A síndrome de ardência bucal é um estado disfuncional que afeta o bem-estar físico, mental e social, contribuindo para condições de estresse crônico. Apesar da ausência de dados objetivos, os pacientes experimentam desconforto relacionado à dor com impacto na vida diária. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da síndrome da boca ardente na percepção da dor e na qualidade de vida.

MÉTODOS: Foi realizado um estudo transversal, observacional e caso-controle em 76 indivíduos, 38 em cada grupo, pareados por gênero e idade. Foram utilizados o questionário *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) para avaliar mudanças na qualidade de vida, a escala analógica visual para o impacto e intensidade da dor e a *Pain Catastrophizing Scale* (PCS). Foi avaliado também o efeito do sexo, idade e outros fatores de risco associados à síndrome de ardência bucal.

RESULTADOS: A idade dos participantes foi de 41 a 85 anos. A síndrome de ardência bucal teve um impacto negativo na qualidade de vida em todas as dimensões dos domínios OHIP-14 e PCS. Cinquenta e oito por cento dos pacientes se queixaram de dor moderada e 42% de dor intensa, enquanto os controles experimentaram apenas dor leve pela escala analógica visual. A prevalência foi predominante no sexo feminino (3:1), e a língua foi o local envolvido mais comum. Menopausa, alterações hormonais e gastrite foram os maiores fatores de risco.

CONCLUSÃO: Os pacientes com síndrome de ardência bucal apresentaram escores PCS e OHIP-14 mais altos para todos os domínios, indicando uma interação entre maior carga de per-

cepção da dor e pior qualidade de vida, o que deve ser mais bem avaliado, caracterizado e gerenciado.

Descritores: Dor, Percepção da dor, Qualidade de vida, Síndrome da boca ardente.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Burning mouth syndrome is a dysfunctional state affecting physical, mental and social welfare, often contributing to chronic stress conditions. Despite the lack of objective data, patients experience pain-related discomfort with impact in their daily life. The objective of this study was to assess the impact of burning mouth syndrome on pain perception and quality of life.

METHODS: A cross-sectional, observational, case-controlled study was performed on 76 individuals, 38 in each group. The groups were sex- and age-matched. The Oral Health Impact Profile (OHIP-14) questionnaire was used to assess any changes in the quality of life. The visual analog scale was used to assess pain impact and intensity, as well as the Pain Catastrophizing Scale (PCS). The effect of sex and other risk factors associated with burning mouth syndrome were also associated.

RESULTS: The age of participants was 41 to 85 years. Burning mouth syndrome had a negative impact on quality of life with respect to all dimensions of OHIP-14 and PCS domains. Patients complained about moderate (58%) or intense (42%) pain, while the control group participants experienced only mild pain by visual analog scale. The prevalence was predominant in females (a ratio of 3:1), and the most site involved was the tongue. Menopause, hormonal changes, and gastritis were identified as major risk factors.

CONCLUSION: Burning mouth syndrome patients had significantly higher PCS and OHIP-14 scores for all domains, indicating an interaction between a higher burden of pain perception and worse quality of life which should therefore be adequately assessed, characterized and managed.

Keywords: Burning Mouth Syndrome, Pain, Pain perception, Quality of life.

INTRODUÇÃO

A síndrome da boca ardente (SBA) está frequentemente presente em indivíduos com dores orofaciais que não apresentam outros sintomas de origem dentária ou sistêmica ou lesões orais. Manifesta-se como uma sensação de ardor na boca e pode afetar a língua, os lábios, ou a boca inteira. Outros sintomas incluem xerostomia, parestesia oral e alteração do paladar e olfato. A SBA

Andréa Fogaça Meneguette – <https://orcid.org/0000-0001-6289-2444>;

Paulo de Camargo Moraes – <https://orcid.org/0000-0001-8574-0312>;

António Sérgio Guimarães – <https://orcid.org/0000-0003-1756-8957>;

Luciane Lacerda Franco Rocha Rodrigues – <https://orcid.org/0000-0001-5913-0713>;

Miguel Meira e Cruz – <https://orcid.org/0000-0001-6076-0878>.

1. Faculdade São Leopoldo Mandic, Laboratório de Pesquisa Neuroimune da Dor, Campinas, SP, Brasil.

2. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Unidade de Sono, Centro Cardiovascular, Lisboa, Portugal.

Apresentado em 01 de janeiro de 2020

Aceito para publicação em 22 de abril de 2020.

Conflito de interesses: não há – Fonte de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Incubadora da Universidade de Lisboa

Av. Prof. Gama Pinto n 2

1640-003 Lisboa, Portugal.

E-mail: mcruz@medicina.ulisboa.pt

ocorre mais frequentemente nas mulheres, e a sua frequência aumenta com a idade e após a menopausa¹. A prevalência global é relatada como 0,5-5% e até 12-18% em mulheres de meia idade, pós-menopausa ou idosas. Alguns estudos demonstraram uma prevalência baseada nas mulheres com uma proporção de sexo feminino:masculino de 5:1 ou 3:1²⁻⁵. O perfil psicológico destes pacientes é frequentemente semelhante, com níveis elevados de estresse, ansiedade e depressão, possivelmente como resultado de dor crônica e não de um fator etiológico⁵⁻⁸. Foram propostos mecanismos neuropáticos como causas da SBA; isto é apoiado por resultados de histologia, neurofisiologia, imagiologia cerebral e testes sensoriais quantitativos, enquanto a patofisiologia da SBA sugere um papel combinado de fatores hormonais, neuropáticos e genéticos. A dor na SBA é frequentemente desencadeada por alimentos picantes e ácidos, estresse e fadiga. No entanto, o alívio sintomático pode ser proporcionado pela ingestão de doces, goma de mascar ou mastigar frutos secos⁹⁻¹¹.

A SBA é dividida em três tipos com base na frequência e intensidade dos sintomas; tipo I (35%): sintomas presentes todos os dias, com atraso após o despertar ou presentes ao longo do dia, com a intensidade a aumentar à noite; tipo II (55%): sintomas presentes todos os dias, com início imediatamente após o despertar, e geralmente associados a perturbações psicológicas; tipo III (10%): os sintomas são raros e confinados a regiões pouco habituais, como o pescoço, e são geralmente relacionados a reações alérgicas ou a fatores locais^{12,13}.

O diagnóstico diferencial frequentemente requer a avaliação do líquen plano, candidíase, distúrbios hormonais, refluxo gastroesofágico, estresse psicossocial, deficiências nutricionais ou vitamínicas, diabetes, boca seca, alergias de contato, galvanismo, hábitos parafuncionais, lesões do nervo craniano e efeitos secundários dos fármacos¹⁴. Outros exames complementares incluem análises ao sangue para avaliar o hormônio estimulante da tireoide (TSH), tiroxina livre (T4), ferro, ferritina, transferrina, 25 hidroxivitaminas D, vitaminas B2, B6, B1 e B12, zinco, ácido fólico, glicemia de jejum, bloqueio nervoso lingual com lidocaína, medições do fluxo salivar, avaliação da função do sabor, esfregaços microbiológicos (bactérias, vírus ou fungos) e hemoglobina glicosilada para diabéticos, bem como testes reumatológicos e autoimunes em caso de suspeita de doença autoimune^{8,10}. Além disso, são também realizados testes sensoriais quantitativos, ressonância magnética funcional, tomografia por emissão de pósitrons e testes para biomarcadores salivares validados como a alfa-enolase, a interleucina-18 e a calicreína-13¹⁵.

Como é necessário um diagnóstico diferencial, poucos dentistas estão qualificados para avaliar esta síndrome e, portanto, a maior dificuldade sentida pelos pacientes com SBA é a falta de um diagnóstico preciso. Isto leva muitos pacientes a relatar oncofobia, perda do paladar, dificuldade em comer e problemas emocionais, uma vez que há necessidade de mais dados de boa qualidade, tanto para profissionais como para pacientes.

Este estudo teve como objetivo avaliar se a intensidade da SBA altera a qualidade de vida utilizando instrumentos como a escala analógica visual (EAV), a *Pain Catastrophizing Scale* (PCS) e o questionário do *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), bem como avaliar os fatores de risco envolvidos, tais como o gênero e a idade.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional, transversal e controlado para avaliar o impacto da SBA na qualidade de vida relacionada com a saúde oral e a percepção da dor utilizando o OHIP-14, a PCS e a EAV. A dimensão da amostra foi composta por 76 indivíduos com 38 indivíduos de idade e sexo combinados por grupo e foi baseada no estudo¹⁶ com 60 pacientes. É improvável que a maioria dos estudos tenha uma dimensão de amostra maior, exceto no caso de estudos multicêntricos^{16,17}.

O estudo foi realizado na Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia de São Leopoldo Mandic, Clínica de Estomatologia da Associação de Cirurgiões Dentistas de Campinas e na Clínica de Triagem de São Leopoldo Mandic para o grupo de controle.

Foram incluídos indivíduos do sexo masculino e feminino com idade superior a 18 anos que apresentavam diariamente sintomas de ardor bucal não tratados durante pelo menos 3 meses. Os critérios de exclusão foram sintomas de origem dentária ou sistêmica, lesões na boca e indisponibilidade para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O grupo controle foi constituído por indivíduos que chegaram à clínica de rastreio com ou sem lesões na boca, sem histórico de SBA, que assinaram o TCLE e que podiam ser comparados por grupo etário.

Foram recolhidos dados dos pacientes, incluindo idade, sexo, presença de menopausa, OHIP-14, PCS, EAV, fármacos utilizados, local, duração da dor e doenças anteriores.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina Dentária de São Leopoldo Mandic sob o n.º 1.795.967.

Análise estatística

O pacote estatístico para as Ciências Sociais (SPSS versão 25.0) foi utilizado para a análise dos dados. Um valor de $p < 0,05$ indicava significância estatística. As comparações entre grupos foram realizadas utilizando testes Qui-quadrado para variáveis categóricas e Mann-Whitney U para variáveis numéricas.

RESULTADOS

Comparações entre indivíduos dos dois grupos foram feitas para variáveis categóricas (teste Qui-Quadrado) de acordo com o sexo, estado da menopausa, diabetes, hipertensão, gastrite, colesterol e uso de antidepressivos e benzodiazepínicos (Tabela 1). O local mais comum nos pacientes com SBA foi a língua (73,7%), seguido pelo palato e boca inteira (23,7%), lábios (13,2%), mucosa oral (10,5%), crista alveolar (5,3%) e garganta (5,2%) (Figura 1).

O questionário OHIP-14 avaliou o impacto da saúde oral na qualidade de vida, centrando-se nas dimensões social, psicológica e física. O questionário consistiu em 14 questões que avaliaram as seguintes sete dimensões: limitação funcional - fala e paladar; dor; desconforto psicológico - preocupação e estresse; deficiência física - deficiência alimentar; deficiência psicológica - dificuldade em relaxar e vergonha; deficiência social - irritação e atividades diárias; e incapacidade - incapacidade para realizar atividades diárias. (Figura 2)^{18,19}.

O PCS continha 13 subescalas que avaliavam o grau de pensamento ou sentimento relacionado a dor e era utilizado para demonstrar o impacto diário em três domínios: ampliação (alargamento), ruminção (reflexão persistente) e desespero (falta de esperança). A EAV e a PCS foram utilizadas para avaliar a intensidade da dor e a interferência com o humor em todos os pacientes, com pontuação de 0 indicando ausência de dor/ardência a 10 a pior dor/ardência possível (Figuras 3 e 4, Tabela 2)^{20,21}.

Tabela 1. Comparação entre os grupos para as variáveis categóricas (teste do Qui-quadrado)

Variáveis	Categorias	Controle		Síndrome da boca ardente		Valor de p
		n	%	n	%	
Sexo	F	29	76,32	30	78,95	0,7831
	M	9	23,68	8	21,05	
Menopausa	N	5	17,24	2	6,67	0,2092
	S	24	82,76	28	93,33	
Diabetes	N	29	76,32	27	71,05	0,6024
	S	9	23,68	11	28,95	
Hipertensão	N	30	78,95	19	50,00	0,0084
	S	8	21,05	19	50,00	
Gastrite	N	35	92,11	23	60,53	0,0012
	S	3	7,89	15	39,47	
Colesterol	N	37	97,37	29	76,32	0,0066
	S	1	2,63	9	23,68	
Antidepressivo	N	32	84,21	26	68,42	0,1055
	S	6	15,79	12	31,58	
Benzodiazepínicos	N	35	92,11	28	73,68	0,0330
	S	3	7,89	10	26,32	

N = não, S = sim

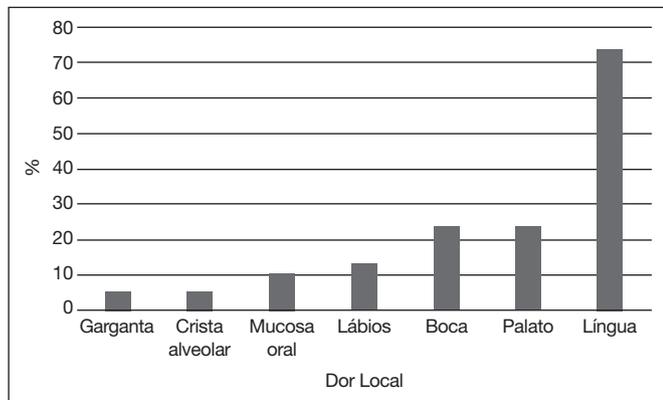


Figura 1. Local de dor nos pacientes de síndrome de boca ardente

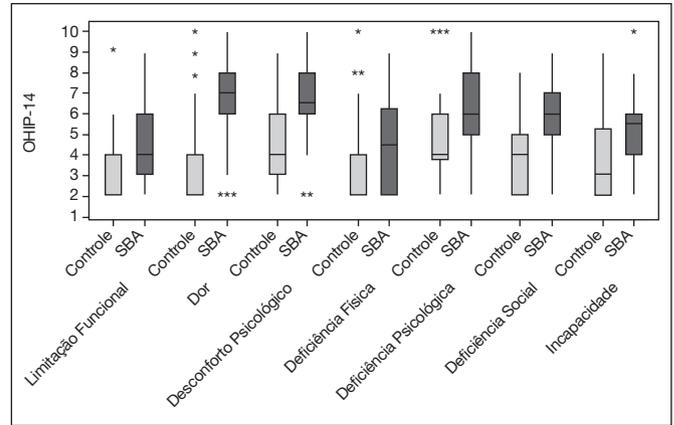


Figura 2. Oral Health Impact Profile-14 domínios por grupo

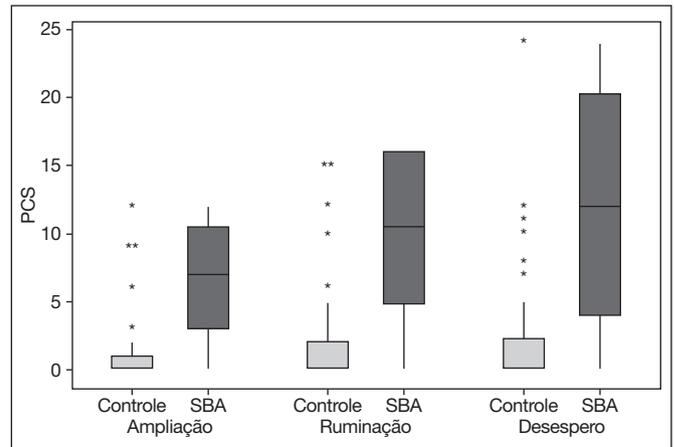


Figura 3. Domínios da Pain Catastrophizing Scale por grupo

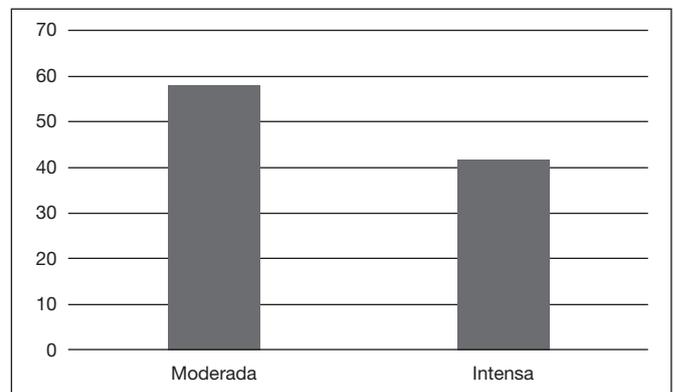


Figura 4. Frequência de intensidade de percepção da dor no grupo da síndrome da boca ardente (Moderada: 3 a 7; Intensa: 8 a 10) EAV = escala analógica visual.

Tabela 2. Comparação entre os grupos da escala analógica visual (teste Mann-Whitney)

Grupos	Escalas	n	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Médio	Máximo	Valor de p
Controle	EAV 0 a 10	38	2,08	2,88	0,00	0,00	10,00	<0,0001
SBA	EAV 0 a 10	38	6,64	1,85	3,00	6,30	10,00	

EAV = escala analógica visual de zero a 10; SBA = síndrome da boca ardente.

DISCUSSÃO

A idade média da população foi semelhante à de outros estudos^{16,17,22-24}. Comorbidades como hipertensão, gastrite, colesterol elevado e uso de benzodiazepinas foram significativamente mais frequentes no grupo SBA (Tabela 1), consistentes com resultados anteriores^{3,23,25-27}. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos em relação a diabetes, depressão e distúrbios psiquiátricos, o que contrasta com os achados do estudo²², que encontrou comorbidades como diabetes, hipotireoidismo, depressão e ansiedade presentes com a SBA²⁷. Estudos demonstraram que pacientes com SBA podem ter distúrbios psiquiátricos e de ansiedade^{3,25}.

A prevalência de SBA foi maior no sexo feminino com 78,9% e após a menopausa com 93,3%; contudo, não foram observadas diferenças significativas entre os grupos etários. Além disso, as alterações hormonais e a gastrite foram fatores de risco importantes (Tabela 1). Isto é consistente com a maioria dos estudos, tais como *The International Classification of Headache Disorders* (2013), que menciona a ponta da língua como o local mais frequente⁹.

Todos os domínios tanto do OHIP-14 como do PCS eram significativamente diferentes no grupo SBA em comparação com o grupo de controle, indicando um impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes (Figuras 2 e 3). Os autores¹⁷ também demonstraram diferença significativa no OHIP-14 e no PCS¹⁷. O valor médio da percepção de dor em pacientes com SBA, conforme avaliado pela EAV, foi de 6,64; os pacientes exibiram percepção de dor moderada (58%) e intensa (42%), sem nenhum paciente apresentar dor leve. No grupo controle, o valor mais alto registrado foi de 4. Além disso, os escores da EAV aumentaram no grupo SBA (Figura 4 e Tabela 2).

São necessários novos estudos longitudinais sobre a SBA, uma vez que neste estudo se observou que os indivíduos que se queixaram de ardor bucal já tinham procurado vários dentistas que não conseguiam diagnosticar a síndrome. Consequentemente, estes pacientes sofrem de ansiedade devido à ausência de um diagnóstico correto. Portanto, os estudos que abordam a SBA são cruciais, pois parece que a SBA não é rara, mas é subdiagnosticada, e pode ser confundida com uma alergia devida ao metilparabeno encontrado na pasta de dentes, resinas, certos tipos de alimentos, ou mesmo por lesões como candidíase, líquen plano, refluxo gastroesofágico, gastrite, diabetes, distúrbios da tireoide e deficiências vitamínicas. Além disso, estes indivíduos relataram que os estímulos para estes sintomas de ardor incluíam a perda do sabor, alterações emocionais e a procura de tratamento psicológico/psiquiátrico devido à ansiedade e depressão. É importante salientar que são necessários anamnese muito detalhada e testes específicos para o diagnóstico diferencial de SBA. Deve também notar-se que a SBA tem origem numa neuropatia de ação periférica ou central, o que requer uma avaliação neurológica. Esta síndrome, bem como a articulação temporomandibular e a dor orofacial são altamente complexas, sendo necessária abordagem transdisciplinar para a sua gestão.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou que os pacientes com SBA tinham escores da PCS e a OHIP-14 significativamente mais elevados em todos os domínios. Isto indica uma interação entre maior carga de percepção de dor e menor qualidade de vida, que deve ser adequadamente avaliada, caracterizada e gerida.

AGRADECIMENTOS

A Secretaria Municipal de Campinas pela ajuda na inscrição de pacientes para o estudo. A Associação dos Cirurgiões Dentistas de Campinas autorizou a utilização das suas instalações para a investigação na Clínica de Estomatologia.

REFERÊNCIAS

- Zakrzewska JM, Forssell H, Glenny AM. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;25(1):CD002779.
- Yilmaz Z, Renton T, Yiangou Y, Zakrzewska J, Chessell IP, Bountra C, Anand P. Burning mouth syndrome as a trigeminal small fibre neuropathy: increased heat and capsaicin receptor TRPV1 in nerve fibres correlates with pain score. *J Clin Neurosci*. 2007;14(9):864-71.
- Schiavone V, Adamo D, Ventrella G, Morlino M, De Notaris EB, Ravel MG et al. Anxiety, depression, and pain in burning mouth syndrome: first chicken or egg? *Headache*. 2012;52(6):1019-25.
- Zakrzewska JM. Differential diagnosis of facial pain and guidelines for management. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):95-104.
- Tait RC, Ferguson M, Herndon CM. Chronic orofacial pain: burning mouth syndrome and other neuropathic disorders. *J Pain Manag Med*. 2017;3(1). pii:120.
- Carlson CR, Miller CS, Reid KI. Psychosocial profiles of patients with burning mouth syndrome. *J Orofac Pain*. 2000;14(1):59-64.
- Danhauer SC, Miller CS, Rhodus NL, Carlson CR. Impact of criteria-based diagnosis of burning mouth syndrome on treatment outcome. *J Orofac Pain*. 2002;16(4):305-11.
- Galli F, Lodi G, Sardella A, Vegni E. Role of psychological factors in burning mouth syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*. 2017;37(3):265-77.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders*, 3rd ed. (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33(9) 629-808.
- Jääskeläinen SK, Woda A. Burning mouth syndrome. *Cephalalgia*. 2017;37(7):627-47.
- Jääskeläinen SK. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome. *Clin Neurophysiol*. 2012;123(1):71-7.
- Lamey PJ. Burning mouth syndrome. *Dermatol Clin*. 1996;21(4):339-54.
- Cocolescu EC, Tovar S, Cocolescu BI. Epidemiological and etiological aspects of burning mouth syndrome. *J Med Life*. 2014;7(3):305-9.
- Patton LL, Siegel MA, Benoliel R, De Laat A. Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007;103(Suppl):S39e1-13.
- Ji EH, Diep C, Liu T, Li H, Merrill R, Messadi D, et al. Potential protein biomarkers for burning mouth syndrome discovered by quantitative proteomics. *Mol Pain*. 2017;13:1744806916686796.
- Mendak-Ziółko M, Konopka T, Bogucki ZA. Evaluation of select neurophysiological, clinical and psychological tests for burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012;114(3):325-32.
- Brailo V, Firić M, Vučević BV, Andabak RA, Krstevski I, Alajbeg I. Impact of reassurance on pain perception in patients with primary burning mouth syndrome. *Oral Dis*. 2016;22(6):512-6.
- Slade GD. Assessing change in quality of life using the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1998;26(1):52-61.
- Zucoloto ML, Maroco J, Campos JA. Psychometric properties of the oral health impact profile and new methodological approach. *J Dent Res*. 2014;93(7):645-50.
- Sullivan MJL, Bishop S, Pivik J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychol Assess*. 1995;7:432-524.
- Sehn F, Chachamovich E, Vidor LP, Dall-Agnol L, Souza IC, Torres IL, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the pain catastrophizing scale. *Pain Med*. 2012;13(11):1425-35.
- Steele JC. The practical evaluation and management of patients with symptoms of a sore burning mouth. *Clin Dermatol*. 2016;34(4):449-57.
- Netto FO, Diniz IM, Grossmann SM, de Abreu MH, do Carmo MA, Aguiar MC. Risk factors in burning mouth syndrome: a case-control study based on patient records. *Clin Oral Investig*. 2011;15(4):571-5.
- Kohorst JJ, Bruce AJ, Torgerson RR. A population-based study of the incidence of

- burning mouth syndrome. *Mayo Clin Proc.* 2014;89(11):1545-52.
25. Nosratzehi T, Salimi S, Parvae A. Comparison of salivary cortisol and α -amylase levels and psychological profiles in patients with burning mouth syndrome. *Spec Care Dentist.* 2017;37(3):120-5.
26. 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;15(4):e562-8.
27. Brailo V, Vuéiaeviae-Boras V, Alajbeg IZ, Alajbeg I, Lukenda J, Aeurkoviae 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.

