

ANÁLISE DO FLUXO SALIVAR EM PACIENTES COM DOR OROFACIAL**Primiceri RS^{1,2}, Nicolau RA², Siqueira SRDT¹**

¹ Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Av. Dr Éneas de Carvalho Aguiar, 255. Tel: +55 11 3091-2359. Fax: +55 11 3815 5665

² Universidade do Vale do Paraíba, Faculdade de Ciências da Saúde – Curso de Odontologia. Av. Shishima Hifumi, 2911. Tel: +55 12 3947 1014, Fax: +55 12 39471015

sroco@uol.com.br, rani@univap.br, silviadowgan@hotmail.com

Resumo- A dor na região orofacial é um problema comum e freqüentemente relatado pelos pacientes. Dor facial, dor de cabeça, dor cervical e nos ombros, anormalidades funcionais das articulações temporomandibulares (ATM), dores locais e referidas e sensibilidade à palpação muscular e articular predominam nos pacientes com dores músculo-esqueléticas crônicas da face, conhecidas atualmente como disfunções temporomandibulares (DTM). Evidências recentes demonstraram que há mais queixas de anormalidades sensitivas de paladar em indivíduos com DTM do que em indivíduos normais, além de queixas subjetivas de xerostomia. O objetivo deste estudo foi verificar a relação de dor orofacial e fluxo salivar. Foram avaliados 50 pacientes, sendo 25 indivíduos sem presença de dor orofacial (controle) e 25 com presença de dor orofacial. Realizou-se a avaliação de fluxo salivar observando-se que pacientes com dor orofacial apresentaram fluxo reduzido e incômodos relacionados à boca seca, quando comparada ao grupo controle.

Palavras-chave: fluxo salivar, dor orofacial, DTM.

Área do Conhecimento: IV- Ciências da Saúde

Introdução

A saliva tem características fundamentais para a proteção bucal e do epitélio gastrointestinal, e sendo assim sua ausência ou comprometimento pode trazer diversos problemas significativos (COELHO et al., 2002). Xerostomia é o termo que se dá à sensação subjetiva de boca seca, e pode ser avaliada por questionários individuais, testes salivares e exames de sialometria. Também pode ser denominada de hipossalivação ou hipofunção das glândulas salivares (THOMSON, 2005).

A saliva exerce um grande papel na proteção e umidificação dos tecidos moles e duros na boca, através de seu fluxo contínuo. Sua propriedade lubrificante auxilia na formação e deglutição do bolo alimentar, facilita a fonação, é essencial na retenção de próteses totais e previne contra danos nos tecidos por agentes mecânicos ou por estímulos nocivos provocados por microorganismos. A saliva contém uma grande variedade de eletrólitos, peptídeos, glicoproteínas (equilibram a microbiota bucal) (SONG et al., 2000), lipídeos, além de lisozima, lactoferrina, sistemas de peroxidase, IgA (neutraliza toxinas e enzimas bacterianas) (RIVERA et al., 2001), histamina, mucina, fator de crescimento epidermal (cicatrização) (ECKLEY; COSTA, 2003) e leucócitos fagocitários (COELHO et al., 2002). Seu pH é de 6.8 a 7.2, protegido por efeito tampão, o

que evita a desmineralização dos dentes (BUZALAF et al., 2006).

Queixas de dor oral podem afetar cerca de 20% dos pacientes, sendo que a etiologia inclui neuropatias, doenças dentárias, síndromes músculo-esqueléticas, entre outros (SIQUEIRA, 1999). Pacientes com neuropatia oral têm anormalidade gustativa e alteração na sensibilidade, apesar do fluxo salivar normal, como por exemplo, a síndrome de ardência bucal (NAGLER; HERSHKOVICH, 2004). Muitos medicamentos para dor orofacial pode causar xerostomia, culminando e incômodo ao paciente, além de riscos de saúde do meio bucal. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a relação de dor orofacial, fluxo salivar.

Metodologia

Trata-se de um estudo clínico, transversal, descritivo, no qual foram avaliados 50 pacientes atendidos na Liga de Dor e na Equipe de Dor Orofacial (EDOF) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (n= 25 sem presença de dor orofacial e n=25 com dor orofacial), entre novembro de 2008 e setembro de 2009. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob número 0901/08.

Os critérios de exclusão foram: pouca condição cognitiva de responder aos questionários; doença de base que afete diretamente o fluxo e as glândulas salivares; síndromes sistêmicas que causem dor (fibromialgia, diabetes mellitus, artrite reumatóide, etc) ou comprometimento do fluxo salivar (Síndrome de Sjogren, etc). Foram identificados os medicamentos em uso, a presença clínica de secura bucal, o diagnóstico de dor crônica orofacial. A caracterização dos grupos foi feita com base na anamnese, exame clínico e aplicação de questionários (KORN et al., 2002).

Todos os sujeitos foram submetidos à análise de fluxo salivar. Os indivíduos participantes do estudo foram submetidos ao teste salivar, sendo orientados a não ingerir alimentos, não fumar e não mascar chicletes nas 2 horas prévias ao teste para que houvesse uma padronização entre as amostras coletadas. A avaliação salivar foi realizada de forma quantitativa. Para tal, dois chumaços de algodão foram depositados em um pote plástico do tipo coletor universal (80 ml) e pesados em uma balança de precisão (Acculab® V1200). Após a deglutição de toda saliva pelo paciente, os chumaços foram depositados no assoalho bucal, bilateralmente. O algodão permaneceu por cinco minutos, e o doente não deveria deglutir nesse período. Decorrido o tempo estipulado, o conjunto de chumaços foi removido, devolvido ao pote plástico e pesado novamente. Os valores obtidos pré e pós sialometria foram anotados, sendo a diferença considerada como o fluxo salivar do paciente por minuto. Esse valor foi transformado em mg/min (PUPO et al., 2002).

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística considerando um nível de significância de 5% (p<0,05).

Resultados

Foram avaliados 19 mulheres e 6 homens com média 59±16,8 anos (24 a 87 anos) no grupo de estudo, já no grupo controle, foram avaliados 12 mulheres e 13 homens com média de 58±21,2 (15 a 82 anos).

A partir dos dados colhidos na anamnese e exame clínico, foi possível caracterizar o processo algico nos pacientes com dor orofacial (tabela 1).

Tabela 1. Características da dor do grupo de pacientes com dor orofacial.

Condição da dor	Pacientes com dor orofacial (N=25)
Queixa principal	17 (68%) dor na face 02 (08%) dormência 02 (08%) sem queixa 01 (04%) dor e dormência 01 (04%) choque na face 01 (04%) dor dentro da boca 01 (04%) choque no lábio
Duração da dor	Média de 6,2±5,1 anos (mínima 0,5 - máxima 20 anos)
Descritivos da dor	14 (56%) Choque 07 (28%) Latejante 07 (28%) pontada 04 (16%) queimação 03 (12%) peso 01 (04%) Dolorida 01 (04%) Dormente 01 (04%) Agulhada
Periodicidade	22 (88%) diariamente 03 (12%) de 2-3 por semana
Fatores de piora	07 (28%) nervoso 06 (24%) atividades 03 (12%) alimento duro 02 (08%) falar 01 (04%) alimento ácido 01 (04%) tempo frio
Fatores de melhora	09 (36%) medicamentos 02(08%) trabalhar 02 (08%) ficar imóvel 01 (04%) comprimir a face 01 (04%) calor 01 (04%) pensamento positivo
Tratamentos prévios	08 (32%) medicamentos 07 (28%) cirurgias, endo e/ou exodontia 05 (20%) laser, fisioterapia e/ou acupuntura 03 (12%) placa de mordida

O fluxo salivar no pacientes comparados aos do grupo controle foram reduzidos devido às queixas de dor orofacial, descritivos da dor, uso de medicamentos etc.

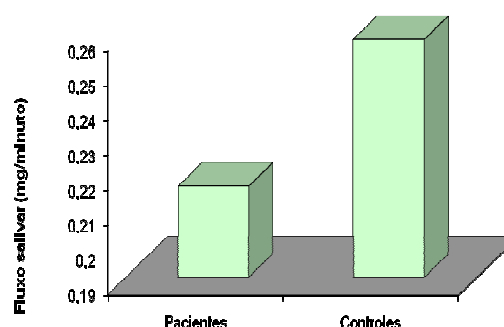


Figura 1: Análise quantitativa do fluxo salivar

Discussão

Através deste estudo, pudemos observar que houve diferença quanto a queixas de boca seca ($p < 0,001$) a e de fluxo salivar ($p = 0,036$) nos pacientes quando comparados aos controles. Essa diminuição de fluxo salivar pode estar relacionada às queixas de dificuldade de uso das próteses, necessidade de tomar água durante a noite, e mudança de sabor dos alimentos, fatores de piora como nervosismo. Sabe-se que o processo de cronificação de dor leva a alterações neurovegetativas importantes devido a interconexões neuronais dentre as áreas de processamento da dor crônica com hipotálamo, porém nesta amostra é importante lembrar que pacientes faziam uso de medicamentos de ação no sistema nervoso central, que frequentemente apresentam como efeito colateral a xerostomia. A alta prevalência de uso destes medicamentos deveu-se a muitos pacientes com diagnóstico de neuralgia do trigêmeo (SIQUEIRA et al., 2004); por este mesmo motivo, foi mais encontrado o termo choque como descritor de dor. O bruxismo foi comum nos pacientes (06), pois o ato de ranger os dentes gera sobrecarga dos músculos mastigatórios, risco de desenvolver DTM (CAMPARIS; SIQUEIRA, 2006).

Também é importante observar que os pacientes em geral tiveram mais dor em ATM ($p = 0,028$) e nos músculos mastigatórios ($p = 0,013$), incluindo os pacientes com neuralgia do trigêmeo; resultados anteriores mostraram que pacientes crônicos com neuralgia do trigêmeo apresentam comumente dor miofascial devido à sensibilização central e às contrações clônicas durante as crises de dor (SIQUEIRA et al., 2007).

Conclusão

Foi observado fluxo salivar reduzido e incômodos relacionados à boca seca nesta amostra estudada, quando comparada ao grupo controle.

Agradecimentos

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), número do processo: 2009/350-6

Referências

- BUZALAF MAR, RAMIRES I, MARIA AG, PERES JRB, LAURIS JRP. Pediatric knowledge of Bauri and Marília cities of the State of São Paulo about fluor and saliva. *Ciencia, saúde coletiva* 11(1):201-209, 2006.

- CAMPARIS CM, SIQUEIRA JT. Sleep bruxism: clinical aspects and characteristics in patients with

and without chronic orofacial pain. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006 Feb;101(2):188-93.

- COELHO CMP, SOUSA YTCS, DARÉ AMZ, PEREIRA ACCI, CARDOSO CM. Clinical implications of xerostomia. Assessment, diagnosis and treatment. *Revista da APCD* 56 (4): jul./ago, 2002.

- ECKLEY CA, COSTA HO. Rev. Bras. Estudo da concentração salivar do fator de crescimento epidérmico em indivíduos com laringite crônica por refluxo laringofaríngeo. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* São Paulo. 69(5):590,597. set./out 2003;

- KORN GP, PUPO DB, QUEDAS A, FILHO IB. Correlation between xerostomia degree and sialometry in patients with Sjögren Syndrome. *Rev Bras Otorrinolaringol* 68(5),2002.

- MORENO RA, MORENO DH, SOARES MBM. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Rev. Brás. Psiquiat.* São Paulo. 21(1):24-40. May, 1999;

- NAGLER RM, HERSHKOVICH O. Sialochemical and gustatory analysis in patients with oral sensory complaints. *J Pain* 5(1):56-63. 2004.

- OKESON JP. *Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management.* Chicago: Quintessence; 1996.

- PUPO DB, BUSSOLOTI FILHO I, LIQUIDATO BM, KORN GP. Proposta de um método prático de sialometria. *Rev Bras Otorrinolaringol* 68(2): 219-22, 2002;

- RIVERA V, HERNÁNDEZ D, ROJAS S, OLIVER G, SERRANO J, SHIBAYAMA M, CAMPOS R. IgA and IgM anti-Naegleria fowleri anti-bodies in human serum and saliva. *Can J Microbiol* 47(5):464-466, 2001.

- SIQUEIRA JTT. Temporomandibular dysfunction – Diagnosis and symptomatic treatment. In: Siqueira JTT, Ching LH (eds). *Orofacial pain/TMJ, basis for the clinical diagnosis.* Curitiba: Maio, 1999. p. 209-233.

- SONG Q, LANGE T, SPAHR A, ADLER G, BODE G. J. Characteristic distribution pattern of Helicobacter pylori in dental plaque and saliva detected with nested PCR. *J. Med. Microbiol.* . 49:349-353. 2000.

XIV INIC

Encontro Latino Americano
de Iniciação Científica

X EPG

Encontro Latino Americano
de Pós Graduação

IV INIC Jr

Encontro Latino Americano
de Iniciação Científica Júnior