

PERFIL DE PACIENTES PORTADORES DE XEROSTOMIA/HIPOSSALIVAÇÃO ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE MEDICINA BUCAL. Camilla Campos da Silva, Mirian Aparecida Onofre, Daniela Spirandeli. – Ciências da Vida – Odontologia – Departamento de Diagnóstico e Cirurgia - Faculdade de Odontologia - Câmpus Araraquara.

Um adequado fluxo salivar é fator essencial para a resistência do hospedeiro em relação à cárie, doença periodontal, halitose, adaptação de próteses removíveis (totais e parciais) e conforto do paciente. A xerostomia ou secura bucal está entre as doenças bucais de difícil solução e que requer do profissional amplo conhecimento, pois está associada a uma variedade de fatores etiológicos. Uso de alguns medicamentos, tratamento radioterápico de tumores de cabeça e pescoço e síndrome de Sjögren são algumas das causas da xerostomia (Fox, 1998; Stack, Papas, 2001; Ship, et al., 2002). Esta doença quando não diagnosticada e tratada inadequadamente pode causar doenças bucais e constantes queixas (Stack, Papas, 2001). Dentre as principais queixas podemos citar a dificuldade em falar, sentir o gosto (paladar), mastigar e engolir os alimentos, além de sensação de queimação, principalmente na língua, associada à ingestão de comidas condimentadas, picantes e frutas cítricas. Estes sintomas podem levar a alteração do estado nutricional do paciente (Stack, Papas, 2001; Ship et al., 2002). Pode-se também observar aumento súbito de cáries, doença periodontal, perda de dentes ou halitose (Ship et al., 2002). Todas as complicações têm claramente um impacto sobre a qualidade de vida do paciente, sendo a função salivar normal essencial para a manutenção da saúde bucal e sistêmica. A saliva é, portanto, importante para a digestão, a mastigação, o paladar, a fala, a deglutição, a proteção de tecidos moles e a remineralização dental (Chávez et al, 2001).

A xerostomia é uma queixa comum dos pacientes mais idosos, provavelmente como consequência da alta frequência do uso de medicamentos (Scully; Felix, 2005). Cerca de 80% das medicações mais frequentemente prescritas têm sido relatadas como causadoras da xerostomia (Smith, Burtner, 1994). Mais de 500 fármacos podem causar efeitos colaterais em glândulas salivares (Sreebny, Schwartz, 1997). A xerostomia provocada por medicamentos é transitória e pode cessar com a interrupção do uso da droga ou substituição por outro agente com propriedades terapêuticas semelhantes. Muitas drogas têm propriedades anticolinérgicas diretas que levam a hipofunção de glândulas salivares (Fox, 1998). Nesta categoria estão incluídos os sedativos, antipsicóticos, antidepressivos, anti-histamínicos e medicações anti-refluxo. Entre outras drogas que podem levar a xerostomia estão os diuréticos, os anti-hipertensivos, anti-arritmicos cardíacos, anoréticos, inalantes com ação broncodilatadora, drogas antiparksonianas e analgésicos. (Stack, Papas, 2001; Ship, et al, 2002).

Infecções e doenças sistêmicas também contribuem para a disfunção de glândulas salivares. A inflamação das glândulas salivares (sialoadenite), geralmente causada por infecção bacteriana ou virótica, afeta a produção salivar e resultam em xerostomia transitória. Na síndrome de Sjögren, a xerostomia também ocorre, porém ela é permanente. Essa condição resulta de uma destruição das glândulas exócrinas mediada por linfócitos (Stack, Papas, 2001, Ship et al., 2002). Aumento de glândulas salivares maiores é um achado frequente na síndrome de Sjögren devido a hipofunção salivar, inflamação ductal e destruição acinar (Ship et al., 2002). Essa síndrome pode ser classificada em primária ou secundária. Em ambos os casos, as glândulas salivares e lacrimais tornam-se parcialmente ou completamente afuncionais (Stack, Papas, 2001).

A prevalência de xerostomia varia de 10% a 29% (Fox et al., 1987; Field et al., 1997, Schein et al., 1999). Estes valores dependem do método de avaliação e da população estudada. O diagnóstico clínico da xerostomia muitas vezes é subjetivo. Na rotina das clínicas e serviços que realizam diagnóstico de lesões bucais, o diagnóstico de xerostomia dificilmente está baseado em critérios bem definidos e raramente são utilizadas ferramentas que auxiliem no diagnóstico. Na clínica geral esta situação é ainda mais difícil. Assim, provavelmente, em muitos casos a xerostomia ou a hipossalivação não sejam diagnosticadas ou o diagnóstico é realizado tardiamente.

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil de pacientes portadores de xerostomia/hipossalivação no Serviço de Medicina Bucal da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP. Para seleção da amostra foram avaliados os prontuários clínicos dos casos novos atendidos no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2005. Dos prontuários com diagnóstico de xerostomia/hipossalivação foram coletados dados do questionário de saúde geral e bucal, da história clínica e do exame bucal. Pacientes submetidos à radioterapia e/ou quimioterapia foram excluídos do estudo. Os dados foram coletados seguindo uma estrutura pré-codificada, permitindo assim uma transferência direta ao microcomputador. Para análise dos resultados foi utilizado o programa Epi Info.

Dos 2.357 prontuários de pacientes atendidos no período, 277 (11,7%) apresentavam diagnóstico de xerostomia/hipossalivação, sendo 195 (70,4%) mulheres e 82(29,6%) homens, 246 (88,8%) brancos, 17 (6,1%) negros e 14 (5,1%) mestiços. A idade média foi de 53,2 anos. Cinquenta e nove (21,3%) eram fumantes, 58 (20,9%) ex-fumantes, 40 (14,4%) relataram ingerir regularmente bebidas alcoólicas e 12 (4,3%) história anterior de ingestão. As principais queixas relatadas por estes pacientes foram secura bucal (77,3%), ardência bucal (18,8%), glossopirose (4,3%), halitose (2,5%), ressecamento dos lábios (2,8%) e disgeusia (1,8%). Quarenta pacientes (14,4%) não relataram queixa alguma relacionada à xerostomia/hipossalivação durante a consulta. Duzentos e quarenta e dois (87,4%) apresentavam pelo menos um tipo de doença sistêmica, sendo as mais frequentes as doenças cardiovasculares (39,7%), particularmente a hipertensão, músculo-esqueléticas (31%), endócrinas (28,1%), gastrointestinais (27%) e psiquiátricas (20,5%). Os problemas endócrinos mais frequentes estavam relacionados à glândula tireóide (10,4%) e diabetes (10,4%). Síndrome de Sjögren foi diagnosticada em 5 (2,1%) pacientes. Pelo menos um tipo de medicamento era utilizado por 214 (77,3%) dos pacientes. Os mais utilizados foram os anti-hipertensivos (38,2%), as drogas psiquiátricas (31%), as drogas anti-refluxo (14%), hormônios tireoidianos (7,5%), hipoglicemiantes orais ou insulina (8,3%), broncodilatadores (3,9%), anorexígenos e anfetaminas (2,5%) e diuréticos (1,7%). Ao exame clínico, 96,3% apresentavam hipossalivação/saliva viscosa, 18,7% língua rachada, seca e saburrosa, 12,9% mucosa bucal seca e atrófica e 1% lábios ressecados. Duzentos e treze (76,9%) pacientes apresentavam lesões bucais, sendo que as mais frequentes foram a candidose (33,6%), a úlcera traumática (6,8%), o líquen plano bucal (6,1%) e a ulceração aftosa recorrente (5,4%).

A xerostomia foi mais comum em mulheres. De acordo com a amostra analisada pacientes com doenças cardiovasculares e os que fazem uso de anti-hipertensivos e drogas psiquiátricas apresentam maior tendência a apresentarem xerostomia/hipossalivação, além de lesões bucais como a candidose. A secura bucal não foi relatada por todos os pacientes, embora tenha sido a queixa mais frequente. Além disso, alguns pacientes embora não relatassem queixas associadas à xerostomia apresentavam clinicamente intensa hipossalivação e outros sinais característicos. Isso enfatiza a necessidade de que outros sinais e sintomas relacionados à xerostomia/hipossalivação sejam avaliados e considerados durante o exame clínico.

Referências Bibliográficas:

CHÁVEZ E. M., et al. A longitudinal analysis of salivary flow in control subjects and older adults with type 2 diabetes. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endo.**, St. Louis, v.91, n.2, p.166-73, Feb. 2001.

FIELD, E. A. et al. The establishment of a xerostomia clinic: a prospective study. **Br. J. Oral Maxillofac. Surg.**, Edinburgh, v.35, n.2, p. 96-103, Apr. 1997.

FOX, P. C.; BUSCH, K.A.; BAUM, B.J. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v.115, n. 4, p. 581-584, Oct. 1987.

FOX, P. C. Acquired Salivary Dysfunction: Drugs and Radiation. **Ann. N. Y. Acad. Sci.**, New York, v. 842, p.132-37, Apr. 1998.

SCHEIN O. D. et al. Dry Eye and Dry Mouth in the Elderly: A Population-Based Assessment. **Arch. Intern. Med.**, Chicago, v. 159, n.12, p.1359-63, Jun.1999.

SCULLY C., FELIX, D.H. Oral Medicine — Update for the dental practitioner. Dry mouth and disorders of salivation. **Br. Dent. J.**, London, v. 199, n. 7, p.423-427, Oct. 2005

SHIP, J. A., et al. Xerostomia and the geriatric patient. **Am. Geriatrics Soc.**, New York, v. 50 n.3, p. 535-43, 2002.

SMITH, R. G, BURTNER, A. P. Oral side-effects of the most frequently prescribed drugs. **Spec. Care Dent.**, Chicago, v.14, p. 96-102, 1994.

SREEBNY L. M., SCHWARTZ, S. S. A reference guide to drugs and dry mouth-2th ed. **Gerodontol.**, v.14, p. 33-47, 1997.

STACK K.M., PAPAS A. S. Xerostomia: Etiology and Clinical Management. **Nutr.Clin. Care**, v. 4, n. 1, p. 15-20, 2001.

Bolsa: CNPq OUTRAS MODALIDADES (edital 05/2004)