

SÍNDROME DA BOCA SECA

IVAN DIEB MIZIARA

ALI MAHMOUD

RESUMO

Os autores abordam a Síndrome da Boca Seca enfatizando as causas principais, diagnóstico e formas de tratamento..

PALAVRAS-CHAVE: *Xerostomia; Secura da boca; Ressecamento.*

INTRODUÇÃO

A boca seca, também conhecida com xerostomia (xéros=seco; stoma=boca), é um sintoma muito frequente na prática ambulatorial.¹ É uma sensação subjetiva de secura na cavidade oral resultante de diminuição ou até interrupção do fluxo salivar. Pode ser consequência de diversas condições clínicas como algumas doenças ou uso de medicações.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A SALIVA

A produção da saliva no repouso é feita em sua maior parte pelas submandibulares (65 a 70%). As parótidas contribuem com 20% desta produção, as sublinguais com 7-8% e as glândulas salivares menores com menos de 10%. Com o estímulo, a produção das parótidas passa

a ser de 50%².

A saliva é composta, principalmente, por água (99%); os outros elementos que compõem a saliva são: enzimas (amilase), mucina e outras proteínas, IgA, flora bacteriana normal além de sódio, potássio e cálcio. A saliva pode ser mucosa ou serosa, de acordo com a quantidade de mucinas ou proteínas. A mucosa é mais produzida pelas parótidas e a serosa pelas submandibulares e sublinguais.²

A saliva tem diversas funções: gustação, proteção e lubrificação, diluição de substâncias, função tampão, integridade dentária, digestão e reparação tecidual.²

Diversos fatores podem influenciar no fluxo salivar, os principais são: hidratação, jejum, tabagismo, uso de álcool, estímulos olfatórios ou gustatórios, ritmo circadiano, doenças sistêmicas, exercício, medicações, doenças sistêmicas, estado nutricional e sexo (mulheres tem menor fluxo salivar). A idade também é um fator importante na produção de saliva, sendo que nos idosos a produção de saliva é menor.²

XEROSTOMIA

A xerostomia é fisiológica em idosos que apresentam diminuição na produção de saliva e

também pelo uso de diversas medicações nesta faixa etária. A principal causa da xerostomia é o uso de medicações, cerca de 800 drogas podem causar xerostomia e 126 das 200 medicações mais prescritas nos EUA².

As principais classes de medicações que causam xerostomia são: anti-hipertensivos, diuréticos, antialérgicos, antidepressivos, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antipsicóticos, antiparkinsonianos e neurolépticos.

As principais doenças sistêmicas que podem cursar com xerostomia são: diabetes mellitus, hipotireoidismo, sarcoidose, depressão, ansiedade, amiloidose, fibromialgia, miastenia gravis, neuropatia autonômica e infecção pelo HIV. Outra condição que leva à xerostomia é a radioterapia na região de cabeça e pescoço.^{2,6}

SÍNDROME DE SJÖGREN

É uma doença autoimune caracterizada por xerostomia e conjuntivite sicca. É mais frequente em mulheres na proporção de 9:1. Pode se associar a outras doenças reumatológicas e paciente com a síndrome de Sjögren tem maior incidência de linfoma de parótida.^{3,4}

O diagnóstico da síndrome de Sjögren é baseado em critérios clínicos e laboratoriais. O paciente deverá ter 2 dos seguintes critérios: sintomas oculares, sintomas orais, testes objetivos de secura ocular e testes objetivos de xerostomia. Além dos critérios clínicos, o paciente deverá ter um dos seguintes critérios: positividade de anti-Ro e anti-La e biópsia de glândula salivar menor ou de glândula lacrimal com mais de 50 linfócitos em 4mm² de tecido.³

A biópsia de glândula salivar menor está indicada quando o paciente apresenta quadro clínico compatível com a síndrome de Sjögren ou sorologia positiva para a doença.²

Os sintomas oculares que consideramos para o diagnóstico são: secura, sensação de areia e o uso de lágrima artificial por mais de 3 vezes ao dia. Os sintomas orais são: xerostomia diária por mais de 2 meses, edemas recorrentes de glândulas salivares e a necessidade frequente do uso de líquidos para auxiliar a deglutição.^{2,3}

O tratamento consiste em tratar a xerostomia como qualquer outra causa além da imunossupressão.

TRATAMENTO DA XEROSTOMIA

O objetivo principal do tratamento da xerostomia é evitar as consequências da mesma como: candidíase e mal estado dentário.^{5,6}

O tratamento consiste em: hidratação, sialogogos, saliva artificial, cessar tabagismo, cessar uso de álcool e cafeína, uso de agonistas colinérgicos como a pilocarpina e cevimeline. O uso da pilocarpina foi eficiente no tratamento da xerostomia em paciente pós-radioterapia de cabeça e pescoço e pós-iodoterapia mas seus efeitos colaterais, principalmente sudorese e cefaleia, foram pouco tolerados pelos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Ba RB, Sweiss NJ, Langerman AJ, et al. The minor salivary gland biopsy as a diagnostic tool for Sjogren syndrome. *Laryngoscope*. 2009;119(10):1922-6.
2. Strong BC, Johns ME, Johns III ME. Anatomy and Physiology of the salivary glands. In: Bailey BJ: Head and Neck surgery. *Otolaryngology*. 2006;1:519-26.
3. Liquidato BM, Bussoloti Filho I. Avaliação da sialometria e biópsia de glândula salivar menor na classificação de pacientes com Síndrome de Sjögren. *RBORL*. 2005;71(3):346-54.
4. Linares FDC, Soler RC, Bussoloti Filho I. Manifestações de linfoma na síndrome de Sjögren: existe relação? *RBORL*. 2005;71(3):342-5.
5. Jham BC, Freire ARS. Complicações bucais da radioterapia em cabeça e pescoço. *RBORL*. 2006;72(5):704-8.
6. Almeida JP, Kowlaski LP. Pilocarpina no tratamento de xerostomia em pacientes submetidos à iodoterapia: estudo piloto. *RBORL*. 2010;76(5):659-62.

ABSTRACT

The authors address the Dry Mouth Syndrome emphasizing the causes, diagnosis and treatment options..

KEY WORDS: *Xerostomia, Dry mouth, Dry.*

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EDITORIAL

ROBERTO CAMPOS MEIRELLES

Professor Associado - FMC-UERJ;

Doutor em Otorrinolaringologia - USP.

Endereço para correspondência:

Rua Sorocaba, 706, Botafogo.

Rio de Janeiro - RJ. CEP: 22271-110.

E-mail: rcmeirelles@gmail.com

ARTIGO 1: NOVAS TERAPIAS PARA SURDEZ.

SHIRO TOMITA

Professor Titular de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina - UFRJ;

Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia - HUCFF- UFRJ.

Endereço para correspondência:

Av. Professor Paulo Rocco 255, sala 11E24,

Ilha do Fundão.

Rio de Janeiro - RJ

E-mail: shiro@openlink.com.br

FELIPPE FELIX

Médico do Serviço de Otorrinolaringologia - HUCFF-UFRJ;

Mestre em Otorrinolaringologia - Faculdade de Medicina-UFRJ.

E-mail: felfelix@gmail.com

ARTIGO 2: ZUMBIDOS.

AÍDA REGINA MONTEIRO ASSUNÇÃO

Professora Assistente - FCM-UERJ;

Chefe do Serviço de Otorrinolaringologia HUPE-UERJ.

Endereço para correspondência:

Secretaria da Otorrinolaringologia - HUPE-UERJ

Av. 28 de setembro 77, 5º andar - Vila Isabel

Rio de Janeiro-RJ. CEP 20551-030

Telefone: 21 2868-8120

E-mail: aidarma@uerj.br

SERGIO ALBERTINO

Professor Adjunto IV - UFF;

Doutor em Neurologia - UFF.

ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DAS SÍNDROMES VERTIGINOSAS.

MARCELO MIGUEL HUEB

Professor Adjunto e Chefe da Disciplina e do Serviço de Otorrinolaringologia - UFTM;

Presidente da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial- ABORL-CCF.

Endereço para correspondência:

Av. Santos Dumont, 409;

Uberaba - MG. CEP 38060-600

Telefone: 34 3332-3033

E-mail: mmhueb@terra.com.br

CAMILA PAZIAN FELICIANO

Médica Voluntária do Serviço de Otorrinolaringologia - UFTM.

ARTIGO 4: TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA DA VERTIGEM CIRIACO.

CRISTÓVÃO T. ATHERINO.

Professor Adjunto Doutor da Disciplina de Otorrinolaringologia - FCM-UERJ.

Endereço para correspondência:

Rua Rodolfo Dantas 106 / 201

Rio de Janeiro - RJ. CEP 22020-040

Telefone: 21 2541-9098

E-mail: crisatherino@gmail.com.

ARTIGO 5: REABILITAÇÃO VESTIBULAR.

SERGIO ALBERTINO

(Vide Capítulo 2)

RAFAEL S. ALBERTINO

Pós-graduando em Otorrinolaringologia - UFF.

ARTIGO 6: ABORDAGEM ATUAL DAS HEMORRAGIAS NASAIS.

ROBERTO CAMPOS MEIRELLES

(Vide Editorial)

LEONARDO C. B. DE SÁ

Mestre em Medicina - Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia - Faculdade de Medicina-UFRJ;

Fellowship em Cirurgia Nasossinusal pela Universidade de Graz - Áustria.

GUILHERME ALMEIDA

Médico do Serviço de Otorrinolaringologia - HUPE-UERJ.

ARTIGO 7: RINOSSINUSITE CRÔNICA.

DÉBORA BRAGA ESTEVÃO

Professora Colaboradora - FMC-UERJ.

ROBERTO CAMPOS MEIRELLES

(Vide Editorial)

ARTIGO 8: RINOSSINUSITE NOSOCOMIAL.

ROBERTO CAMPOS MEIRELLES

(Vide Editorial)

FABIANA ROCHA FERRAZ

Professora Colaboradora - FCM-UERJ.

ARTIGO 9: SÍNDROME DA BOCA SECA.

IVAN DIEB MIZIARA

Professor Livre Docente - Faculdade de Medicina-USP;

Médico Chefe do Grupo de Estomatologia da Divisão de Clínica ORL do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina-USP.

ALI MAHMOUD

Pós-graduando do Departamento de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina-USP.

ARTIGO 10: DISTÚRBIOS DA DEGLUTIÇÃO.

GERALDO PEREIRA JOTZ

Professor Associado do Departamento de Ciências Morfológicas - UFRS;

Professor Adjunto do Departamento de Ciências Básicas da Saúde - UFCSPA;

Pós Doutorado no Swallowing Center - Universidade de Pittsburgh.

SILVIA DORNELLES

Fonoaudióloga Clínica;

Professora Adjunta do Curso de Fonoaudiologia - UFRS.

ARTIGO 11: PRESBIFONIA.

ROBERTO CAMPOS MEIRELLES

(Vide Editorial)

ROBERTA BAK

Médica Otorrinolaringologista;

Residência Médica em Otorrinolaringologia - HUCFF-UFRJ;

Primeira Tenente Médica Otorrinolaringologista - PMERJ.

FABIANA CHAGAS DA CRUZ

Médica Residente do Terceiro Ano do Serviço de Otorrinolaringologia - HUCFF-UFRJ.

ARTIGO 12: AFECÇÕES OTORRINOLARINGOLÓGICAS NO IDOSO: O IMPACTO DA POLIFARMÁCIA.

MÔNICA AIDAR MENON MIYAKE

Otorrinolaringologista e Alergologista;

Hospital Sírio Libanês, Hospital Israelita Albert Einstein e Hospital Prof. Edmundo Vasconcelos;

Doutora em Ciências pela Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina - USP;

Especialização em Pesquisa Clínica - FCM Santa Casa-SP.

Endereço para Correspondência:

Clínica Menon

Rua Afonso Brás 525 cj. 21

São Paulo - SP. CEP 04511-011

Telefone: 11 3842-4288

E-mail: clinica@clinicamenon.com.br