

QUEIXAS ORAIS E VERIFICAÇÃO DA FALA DE INDIVÍDUOS COM SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL

Oral complaints and speech assessment of individuals with burning mouth syndrome

Silvana da Gama Pastana⁽¹⁾, Marília Heffer Cantisano⁽²⁾, Beatriz Oliveira Mariano⁽³⁾,
Esther Mandelbaum Gonçalves Bianchini⁽⁴⁾

RESUMO

Objetivos: identificar queixas referentes às funções orais relacionadas ao sintoma de ardência bucal e verificar alterações na articulação da fala. **Método:** participaram do estudo 22 indivíduos com faixa etária entre 44 a 78 anos, diagnosticados na Clínica de Estomatologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Foi realizado levantamento dos dados a partir de questionário específico e gravação audiovisual da fala utilizando fichário evocativo. **Resultados:** foram relatados sintomas específicos de ardência por 77% dos sujeitos e em associação com dor por 23%. Sintomas associados como boca seca, alteração do paladar e olfato foram referidos por 86% dos indivíduos. A língua foi referida com sintoma de ardência em 82% dos indivíduos, representando a estrutura mais acometida. A intensidade da ardência foi referida como moderada por 64%. A forma de ocorrência do sintoma foi relatada como contínua por 64% dos indivíduos. Do total, 82% relataram fazer uso de estratégias para minimizar o sintoma da ardência. Em relação às funções orais, 27% queixaram-se de cansaço na fala, 14% de cansaço na mastigação e 9% de engasgos à deglutição, sendo que de 32% relataram aumento da intensidade da ardência na fala e 9% na mastigação. Na análise de fala, em 95% da amostra, não houve ocorrência de alteração, sendo a imprecisão articulatória identificada em 5% dos indivíduos avaliados. **Conclusão:** foram identificadas queixas orais como cansaço ao falar e mastigar e aumento da intensidade do sintoma de ardência nestas funções, não tendo sido evidenciadas modificações na articulação da fala nos indivíduos com Síndrome da Ardência Bucal investigados nessa pesquisa.

DESCRIPTORIOS: Síndrome da Ardência Bucal; Fala; Fonética

INTRODUÇÃO

O Sistema estomatognático desempenha as funções de respiração, mastigação, sucção,

deglutição e fala. Quaisquer alterações em uma ou mais funções dessa engrenagem poderão ocasionar padrões diferenciados da normalidade. Funções orais adequadas trazem um perfeito equilíbrio ao sistema como um todo, isso define o grau da qualidade de vida do sujeito. Desse modo, doenças que acometem a cavidade oral podem, em menor ou maior grau, trazer desconfortos e/ou modificações às funções orais.

A fala é uma das importantes funções que reflete a interação e integração do sujeito dentro de uma sociedade. Quaisquer alterações de ordem funcional, neurológica ou estrutural que impeçam ou dificultem os movimentos articulares, podem ocasionar padrões característicos no falar do sujeito. Com relação às alterações de fala encontradas associadas às alterações estruturais, podem-se observar características específicas em indivíduos com desproporções ósseas. Essa

⁽¹⁾ Fonoaudióloga da Faculdade de Odontologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ; Mestranda em Fonoaudiologia pela Universidade Veiga de Almeida – UVA-RJ

⁽²⁾ Cirurgiã-Dentista; Professora adjunta da Faculdade de Odontologia e Chefe do Departamento de Diagnóstico e Cirurgia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ; Doutora em Estomatologia pela Universidade Estadual Paulista – UNESP.

⁽³⁾ Fonoaudióloga Clínica.

⁽⁴⁾ Fonoaudióloga; Professora Adjunta do curso de Mestrado Profissional em Fonoaudiologia da Universidade Veiga de Almeida – UVA-RJ; Doutora em Ciências Fisiopatologia Experimental pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-USP.

Conflito de interesses: inexistente

desarmonia possibilita que a articulação de determinados fonemas sejam modificados pela condição estrutural¹. Uma perda significativa de elementos dentários pode gerar alterações relevantes nas funções orais. No que se refere às próteses dentárias, estas podem trazer prejuízos importantes, principalmente no processo inicial de adaptação². Pode-se mencionar ainda as mordidas abertas que produzem alteração de fala pela interposição da língua entre as arcadas dentais³, sendo considerado um distúrbio fonético. Na correção das más oclusões, o uso de aparelhos ortodônticos pode provocar alterações articulatórias⁴. As disfunções da articulação temporomandibular, quando associadas a quadros dolorosos, também são capazes de trazer prejuízos às funções de fala e mastigação⁵⁻⁷.

Ainda que todas as estruturas aparentemente apresentem-se como íntegras, os indivíduos podem referir queixas que incluam sintoma de ardência bucal, provocando modificações em uma ou mais funções do sistema estomatognático e que, dependendo da intensidade, poderão implicar em um impacto negativo nessas funções, podendo apresentar características específicas tanto em seu comportamento alimentar como também trazer prejuízos importantes principalmente às funções de mastigação e fala.

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é uma doença caracterizada por queimação e/ou dor constante na boca sem que esteja associada às lesões em cavidade oral. A incidência ocorre em mulheres e idosos⁸⁻¹⁵ com maior frequência na meia-idade^{10,15-17}.

A ardência ou queimação pode ser de grau variável¹⁸, sendo intensificada no decorrer do dia^{19,20}. Frequentemente a queimação ocorre em mais de uma área^{11,13,14,20}. A língua é citada como a estrutura mais comprometida pelo sintoma^{12-15,19-24}, podendo ainda atingir outras regiões da cavidade oral como lábios, palato²⁰, gengiva e mucosa jugal^{13,16,24}, com menor frequência o assoalho da boca¹³⁻¹⁴ e orofaringe¹². O termo síndrome é referido pelo fato da SAB ser descrita em associação simultânea da ardência com outros sintomas subjetivos, como xerostomia que é a sensação de boca seca e a disgeusia que significa alteração do paladar^{12,14,15,22-27}.

Por sua condição enigmática, sua etiologia é apontada como multifatorial. Como as de origem sistêmica que ocorrem por alterações das glândulas salivares, disfunções endócrinas, medicamentosas, neurológicas e nutricionais; as de origem localizada, nas quais são englobadas as dentárias, alergênicas e infecciosas; as etiologias de ordem psicogênica são descritas por quadros de depressão, ansiedade e, ainda, a de origem idiopática na qual não se

estabelece nenhuma causa^{18,25,28,29}. Devido ao envolvimento da cavidade oral em seu aspecto sensitivo, pesquisas atuais tendem relacionar a SAB a uma base neuropática resultante de disfunções que afetam as vias neurais^{27,30-32}.

Os sintomas da SAB são referidos pelos pacientes das mais diversas formas. Usualmente denominam os sintomas como ardência, dor, queimação, formigamento^{13,20}, coceira, alfinetada²¹, corpo estranho⁹, fogo, pimenta³³, inchaço e sensação de boca escaldada³⁴. Dos sintomas associados, a xerostomia é frequentemente relatada às queixas dos pacientes com SAB^{14,20,24,26,34}. A disgeusia, é outro sintoma que aparece também com frequência nas queixas dos indivíduos com SAB^{15,22,25,26}. Estudos referem que tal alteração do paladar pode ser percebida pelos indivíduos como um gosto fantasma¹⁵, amargo ou metálico^{13,20} ou pela diminuição da função gustativa²⁷. A intensidade dos sintomas é descrita como moderada^{19,22} a elevada^{17,35}. Já a ocorrência da ardência é descrita como contínua^{34,36} ou intermitente^{23,34}, com períodos de intensidade^{8,19}, sendo encontrado na literatura estudo demonstrando variabilidade nestes aspectos²¹.

As queixas referentes às funções orais são descritas pelo agravamento da sintomatologia no ato de falar e no consumo de comidas quentes³⁷, ao ingerir alimentos ácidos³⁰ e picantes^{22,36}, na melhora ou desaparecimento do sintoma com a ingestão de bebida e comida^{19,36}, alívio do sintoma ao ingerir comidas frias³⁰, e ainda, que a ingestão de bebidas ou alimentos com temperaturas extremas podem agravar ou aliviar os sintomas¹². Os indivíduos relatam mudança em hábitos alimentares, já que os sintomas interferem na vida social e nas funções orais²². O fato de a SAB ser considerada uma doença como dor crônica e comprometer estruturas da cavidade oral com associação de sintomas variados e que trazem impacto negativo no dia a dia desses indivíduos, faz com que se sintam psicologicamente afetados, causando interferência em sua qualidade de vida^{17,33,38,39}.

Não foram encontrados na literatura pesquisada protocolos padronizados ou estudos de avaliação miofuncional orofacial para identificação das queixas nas funções orais e de alterações de fala em pacientes com queixa de ardência bucal. Desse modo, visando contribuir com uma melhor compreensão na avaliação fonoaudiológica clínica e funcional desses indivíduos, o presente estudo buscou identificar as queixas referentes às funções orais relacionadas ao sintoma de ardência bucal e de alterações fonéticas, ou seja, se há ocorrência de distorções na articulação da fala desses indivíduos em consequência do sintoma de ardência bucal.

■ MÉTODO

Esta pesquisa foi realizada após processos éticos pertinentes com análise e aprovação pela Comissão de ética em Pesquisa do Hospital Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob o nº 2856/2011, sendo considerada sem risco e com necessidade do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram avaliados nesta pesquisa, 22 pacientes da Policlínica Piquet Carneiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, que foram encaminhados pela Clínica de Estomatologia da Faculdade de Odontologia à avaliação Fonoaudiológica, com diagnóstico específico de Ardência Bucal.

Foram critérios de exclusão: deficiências neurológicas e/ou cognitivas, doenças neurológicas congênitas, adquiridas ou evolutivas, deficiência auditiva, disfluência, ser portador de quaisquer síndromes associadas à presença de deformidades dentofaciais ou aos distúrbios da articulação temporomandibular, apresentar qualquer tipo de lesão na cavidade oral, assim como uso de aparelhos ortodônticos, piercing nas estruturas orais, edentulismo sem prótese e próteses dentárias removíveis instáveis.

Todos os participantes deste estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa e, somente fizeram parte do mesmo, os que, em concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os pacientes foram atendidos em ambiente fechado, individualmente, com horários pré-estabelecidos. Todos foram entrevistados e avaliados por uma cirurgiã-dentista e uma fonoaudióloga, autoras da pesquisa.

Inicialmente cada indivíduo passou por uma entrevista com uma cirurgiã-dentista que verificou a estabilidade das próteses, considerando insatisfatória se houvesse deslocamento ao falar, como também a verificação de quaisquer lesões na mucosa oral. Após este procedimento, o paciente foi encaminhado à avaliação fonoaudiológica. Primeiramente foi aplicado um questionário contendo dados de identificação: nome, idade e gênero. Histórico clínico dos sintomas: tempo de acometimento do sintoma; sintomas específicos e associados; localização da ardência; intensidade da ardência, sendo esta mensurada por meio de uma escala visual analógica com pontuação de 0 a 10(0=nenhuma e 10=pior); ocorrência de períodos de intensidade, se manhã, tarde ou noite; forma de ocorrência, se contínua ou intermitente; se fazia uso de estratégias para alívio do sintoma de ardência e quais eram. Identificação de queixas nas funções orais pelo sintoma de ardência e se as

funções orais aumentavam ou diminuam o sintoma de ardência bucal.

Em seguida foi realizada a inspeção da cavidade oral, com objetivo de verificação das estruturas orais, a fim de verificar a integridade de todas as estruturas envolvidas na função articulatória da fala que incluiu a condição dentária, tipo de mordida, condições da língua, lábios, bochechas e amígdalas. Somente após esse procedimento foi realizada a gravação da fala. Para este procedimento foram utilizadas espátulas de madeira e luvas descartáveis.

Após explicação como se daria o exame da fala, o *Headset* com microfone ajustável foi colocado à cabeça do paciente. O mesmo foi colocado em posição sentada, ereto e de frente para favorecer a visualização das gravuras. A gravação de áudio e a filmagem ocorreram de forma simultânea. A filmagem foi necessária para verificação e análise detalhada da articulação da fala de cada indivíduo avaliado para efeito de checagem dos dados coletados. A gravação constou da emissão do nome, idade, e nomeação de 87 figuras do fichário evocativo. O protocolo de fala continha as palavras das figuras do fichário evocativo utilizado para a gravação da fala, este contemplava todos os fones do português brasileiro, foram atribuídos dois escores para facilitar a contabilização dos resultados, sendo (0) para evocação normal e (1) para alteração fonética. Seria considerado um erro fonético quaisquer alterações que levassem a uma distorção e/ou imprecisão dos fones produzidos pelos indivíduos avaliados. Tanto o questionário quanto o protocolo de fala utilizados no estudo foram elaborados por duas fonoaudiólogas, autoras da pesquisa, no Programa de Mestrado Profissional da Universidade Veiga de Almeida do Rio de Janeiro. Os registros de fala foram analisados por duas fonoaudiólogas autoras da pesquisa. Tal avaliação foi realizada separadamente e, caso houvesse discordância nos escores aplicados pelas duas avaliadoras, uma terceira fonoaudióloga seria solicitada a avaliar os registros de fala como critério de concordância.

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo e de natureza quantitativa. Os resultados foram organizados e analisados por meio de estatística descritiva, expressos em dados percentuais (%).

■ RESULTADOS

Foram avaliadas 20 mulheres e 02 homens, com variação de idade entre 44 a 78 anos e média de 60,4 anos, dos quais 13 eram idosos, com idade entre 60 e 78 anos. Do total da amostra de 22(100%) indivíduos avaliados, 20(91%) faziam uso de

próteses dentárias estáveis, que variou entre total e parcial, e 2(9%) com dentição completa. O tempo de evolução da doença foi de 1 a 15 anos.

Os sintomas específicos de ardência foram relatados por 17(77%) dos indivíduos e associação da ardência com dor por 5(23%).

Quanto aos sintomas associados à ardência bucal, estes foram referidos por 19(86%) dos indivíduos pesquisados, sendo: 41% com boca seca, 23% associação de boca seca com alteração do paladar, 9% com boca seca, alterações do paladar e olfato, 9% com associação de alterações de paladar e olfato e 5% com alteração do paladar.

As estruturas citadas como locais acometidos pela ardência, por ordem de comprometimento foram: a língua referida por 18(82%) dos indivíduos, lábios 9(41%), palato 7(32%), mucosa jugal 4(18%), gengiva 4(18%) e assoalho boca 1(5%).

As características do sintoma de ardência foram identificadas nesta amostra. Quanto a intensidade da ardência, esta foi referida por 14(64%) como moderada, em 6(27%) como severa e 2(9%) como leve. A forma de ocorrência do sintoma de ardência foi relatada pelos indivíduos como contínua por 14(64%) e intermitente por 8(36%). A ocorrência de períodos de intensidade foi relatada por 17(77%).

Com relação ao total de sujeitos entrevistados, 18(82%) fazem uso de uma ou mais estratégias para minimizar a ardência como beber água gelada em 11(50%), ingestão de alimentos em 5(23%) e doces em 4(18%), 4(18%) procuram distração, 2(9%) chupam gelo, 2(9%) tomam medicação, 1(5%) faz bochecho e 1(5%) relatou parar de falar.

Quanto às funções orais, 7(32%) indivíduos relataram entre uma a três queixas, dentre os quais três eram idosos. Os que se queixaram de cansaço na fala foram 6(27%), sendo quatro com idades variando entre 44 a 56 anos e dois com idade de 63 e 78 anos. Também foi referido cansaço na mastigação por 3(14%), sendo que dois desses idosos foram os mesmos que também se queixaram de cansaço na fala. Quanto à função de deglutição, a queixa de engasgo foi relatada por 2(9%) sujeitos com idade acima de 60 anos, sendo que um destes referiu queixa nas três funções, ou seja, cansaço na fala e mastigação, além de engasgo durante a deglutição.

Em relação ao impacto no sintoma, o aumento da intensidade da ardência na fala foi relatado por 7(32%) dos indivíduos e 2(9%) referiram aumento do sintoma na mastigação.

Quanto à análise da fala, 21(95%) dos indivíduos avaliados foram considerados normais, sem ocorrência de distorções ou imprecisões na produção da fala. Somente 5%(1), indivíduo de 49 anos, apresentou imprecisão articulatória com

reduzida abertura da boca durante a fala, sendo que o mesmo também referiu queixa de e cansaço ao falar.

Todos os resultados estão expostos na Tabela 1.

■ DISCUSSÃO

A qualidade de vida de um indivíduo é refletida por sua integridade estrutural, mental e social. Em se tratando de funções orais, um perfeito equilíbrio se faz pela integridade de todas as estruturas que pertencem ao sistema como um todo. Quaisquer alterações que causem desequilíbrio neste sistema poderão, em menor ou maior grau de comprometimento, trazer prejuízos às funções de fala, mastigação ou deglutição¹⁻⁷. A fala enquanto função de comunicação possui papel relevante neste contexto, promovendo a interação e integração do indivíduo em seu meio social.

Vários estudos fazem referência ao comprometimento das funções orais por meio das queixas dos indivíduos com Síndrome da Ardência bucal^{12,19,22,30,36}. No entanto, com relação à fala, tais queixas não esclarecem quais alterações estariam relacionadas com esta função. Não foram encontrados na literatura estudos que investigassem, de fato, as alterações específicas da fala relatadas pelos indivíduos com Síndrome da Ardência Bucal. Desse modo, o presente estudo buscou verificar por meio de questionário específico, as queixas nas funções orais relacionadas ao sintoma de ardência e investigar por meio da gravação audiovisual, a existência de alterações na fala provocadas por este sintoma em pacientes com diagnóstico de Síndrome da Ardência Bucal.

Concordando com a literatura, obteve-se predomínio de sexo feminino na amostra pesquisada⁸⁻¹⁷. A média de idade também corrobora com o referido na literatura em que a SAB afeta indivíduos desta faixa etária. A ocorrência em mulheres e idosos relacionados a esta síndrome pode ser justificada por vários fatores que vão desde as doenças sistêmicas, como o diabetes, alterações hormonais como a menopausa e o uso de medicamentos utilizados nas faixas etárias mais elevadas^{8,10,15-17}.

Quanto aos sintomas específicos, a sintomatologia dolorosa foi verificada com baixo percentual em associação à ardência. Dado concordante com outros estudos^{13,21}. A literatura refere à SAB como uma condição de queimação dolorosa³² e que esse sintoma também pode aparecer associado ao quadro clínico de ardência bucal^{14,17}. Quanto a sintomas associados, verifica-se um percentual considerável de indivíduos com queixa de boca seca, seguida da alteração do paladar e com baixa ocorrência da alteração de olfato. Queixas

Tabela 1 – Dados coletados do questionário e da avaliação de fala

Dados gerais da amostra	N	%
Gênero		
Feminino	20	91
Masculino	2	9
Sintomas específicos		
Ardência	17	77
Ardência e dor	5	23
Sintomas associados	19	86
Boca seca	9	41
Boca seca e alteração do paladar	5	23
Boca seca/alteração de paladar e olfato	2	9
Alteração de paladar e olfato	2	9
Alteração de paladar	1	5
Localização do sintoma de ardência		
Língua	18	82
Lábios	9	41
Palato	7	32
Mucosa jugal	4	18
Gengiva	4	18
Assoalho bucal	1	5
Intensidade do sintoma de Ardência		
Leve	2	9
Moderada	14	64
Severa	6	27
Forma de ocorrência do sintoma de ardência		
Contínua	14	64
Intermitente	8	36
Ocorrência de períodos de intensidade	17	77
Uso de estratégias para alívio do sintoma	18	82
Beber água gelada	11	50
Ingestão de alimentos	5	23
Comem doces	4	18
Procuram distração	4	18
Chupam gelo	2	9
Tomam medicação	2	9
Fazem bochecho	1	5
Param de falar	1	5
Queixas nas funções orais pelo sintoma de ardência		
Cansaço na fala	6	27
Cansaço na mastigação	3	14
Engasgos na deglutição	2	9
Impacto das funções orais no sintoma de ardência		
Aumento da intensidade do sintoma ao falar	7	32
Aumento da intensidade do sintoma ao mastigar	2	9
Análise da fala		
Articulação da fala com alteração	1	5
Articulação da fala sem alteração	21	95

de boca seca são constantemente associadas à SAB^{15,23,24,26,34}. Estudos confirmam a relação entre disgeusia e ardência bucal comprovada por disfunção neural, comprometimento da função gustativa e da sensibilidade térmica da mucosa oral^{27,30,31}. Esses achados parecem confirmar a condição de síndrome formada pela tríade dos sintomas de ardência, xerostomia e disgeusia, referidos na literatura^{18,25}.

Com referência à língua, tal estrutura aparece como local mais afetado pelo sintoma de ardência, corroborando com estudos anteriores e com a identificação de outras estruturas, em menor proporção^{12-16,19-24}. A maioria dos indivíduos relatou intensidade do tipo moderada, identificada por meio de escala analógica visual, concordando com outros estudos^{19,22}. A forma de ocorrência foi referida como contínua pela maioria dos indivíduos pesquisados, dados observados em outros estudos^{21,34,36}. Os indivíduos relataram também ocorrência de períodos de intensidade, dado concordante com estudos anteriores^{19,20}. Estudos referem que o aumento da intensidade do sintoma como fatores de piora estariam relacionados aos conflitos interpessoais, estresse e angústia psicológica^{8,12,22,33}.

Foi verificado que os sujeitos relatam conviver com o desconforto da ardência utilizando estratégias para minimizar a sintomatologia. Dados concordantes com a literatura pesquisada^{19,30,33,36}. Neste estudo pôde-se observar que 82%(18) dos sujeitos da pesquisa utilizam uma ou mais estratégias, sendo a mais referida a ingestão de água gelada por 50%(11) da amostra, seguida da ingestão de alimentos, referida por 23%(5) dos sujeitos deste estudo. O fato de a SAB ter causas multifatoriais e requerer variedades de tratamentos^{25,28,29,37}, sendo muitos destes com resultados nem sempre eficazes²⁴, parece justificar as estratégias adotadas pelos sujeitos.

Foram identificadas queixas específicas nas funções orais, como cansaço nas funções de fala e mastigação e engasgo na deglutição. Tais queixas, apesar de relevantes, foram referidas com baixo percentual e podem estar relacionadas ao processo de envelhecimento e outros fatores^{2,5-7}, que propriamente com o sintoma de ardência bucal. Estudos mencionam queixas de fadiga referida pelos indivíduos com ardência bucal^{37,39}. Entretanto, não se verifica uma justificativa clara quanto a esta queixa, uma vez que, a SAB possui causas multifatoriais, dentre estas, as doenças sistêmicas^{12,15,17,34} e, com grande incidência em pessoas de meia idade e idosos^{10,15-17,21}.

Com relação à mastigação pode-se inferir que pelo fato dos indivíduos com ardência bucal

relatarem queixas relacionadas à alimentação^{12,22,30,36}, que dependendo do sabor e/ou temperatura podem influenciar em seu comportamento alimentar e, pelo fato de já fazerem uso de estratégias como ingestão de água, alimentos e outras como forma de alívio do sintoma^{19,30,36}, também identificadas neste estudo, tal relação pode justificar o baixo percentual dessas queixas na função de mastigação.

Outra justificativa que poderia explicar esses achados seria a baixa ocorrência da presença do sintoma de dor, constatado pelo relato dos indivíduos deste estudo. A presença da sintomatologia dolorosa poderia ser um fator agravante que acarretaria prejuízos significantes às funções orais. Em relação à fala e mastigação, a literatura comprova que o envolvimento do sintoma de dor poderá, dependendo de sua intensidade e gravidade comprometer a adequada execução das funções orais⁵⁻⁷. Observou-se nos achados deste estudo, referente às estratégias utilizadas, que somente um indivíduo referiu parar de falar para alívio da ardência bucal, este mesmo indivíduo foi um dos que referiram dor na língua como sintoma específico em associação à ardência bucal, justificando assim o comprometimento de sua função de fala.

Na investigação da fala, 95%(21) da amostra não apresentou quaisquer evidências de alterações fonéticas. No entanto, esperava-se encontrar distorções ou imprecisões articulatórias, pois de acordo com a literatura, a fala estaria comprometida pelo agravamento do sintoma³⁷. Neste estudo 32%(7) dos sujeitos relataram que o sintoma de ardência bucal aumenta na função de fala, possibilitando supor que o indivíduo com sintoma de ardência bucal evitasse movimentar a língua, que foi a estrutura citada como a mais afetada pelo sintoma de ardência por 82%(18) da amostra. Além disso, uma intensidade severa do aumento da gravidade do sintoma poderia levar a uma restrição do movimento articulatorio da língua e, com isso, resultar em distorções na fala, o que não ocorreu neste estudo. Somente 5%(1) apresentou alteração de fala com imprecisão articulatória, sendo que o mesmo também referiu queixa de cansaço ao falar. Este fato pode estar associado a outros fatores como as disfunções temporomandibulares⁵⁻⁷ e não propriamente ao sintoma de ardência bucal.

Futuros estudos são necessários, em amostras maiores, para melhor identificação destas queixas. Visto que, indivíduos com SAB devem ser avaliados com critérios pela existência das mesmas envolvendo as funções orais e que, dependendo do comprometimento das estruturas orais e da associação com vários outros sintomas, principalmente se em presença de sintomatologia dolorosa,

poderá acarretar prejuízos relevantes às funções de fala, mastigação e deglutição, com impacto significativo na qualidade de vida.

■ CONCLUSÃO

Foram identificadas queixas específicas nas funções orais, relatadas pelos indivíduos com síndrome da ardência bucal envolvendo a fala,

mastigação e deglutição, sendo o cansaço ao falar a mais referida, seguida de cansaço na mastigação. Os indivíduos também relataram ocorrência de aumento da intensidade do sintoma de ardência na função de fala, em maior proporção, seguida da função de mastigação. Na análise da fala, não foram encontradas modificações na produção articulatória que caracterizassem a fala desses indivíduos em seu aspecto fonético.

ABSTRACT

Purpose: to identify complaints concerning the oral functions related to the symptom of burning mouth and verify changes in speech articulation. **Method:** 22 individuals age range 44-78 years old diagnosed in the Stomatology Clinic of the State University of Rio de Janeiro. A survey with a specific questionnaire and an audiovisual recording of the subjects' speech using a pre-set list of words were performed. **Results:** 77% individuals reported specific symptoms of burning sensation and 23% reported symptoms in association with soreness. 86% individuals reported symptoms associated with dry mouth, taste and smell change. 82% individuals reported burning sensation in the tongue as the most impaired area. The intensity of the burning sensation was reported as moderate by 64%. The symptoms were described as constant by 64% individuals. 82% individuals reported using strategies to minimize the symptom of the burning sensation. Regarding the oral functions, 27% complained of fatigue when speaking, 14% of fatigue during mastication, and 9% choking when swallowing. 32% individuals reported increased intensity of the burning sensation when speaking, and 9% during mastication. Speech analysis did not show any alteration in 95% of the sample, and articulation inaccuracy of speech was found in 5% of the individuals evaluated. **Conclusion:** the research revealed oral complaints such as fatigue while speaking or chewing and increased burning sensation while performing those functions, however no changes in speech articulation were found in individuals with Burning Mouth Syndrome.

KEYWORDS: Burning Mouth Syndrome; Speech; Phonetics

■ REFERÊNCIAS

1. Pereira AC, Jorge TM, Ribeiro Jr PD, Berrentin-Felix G. Características das funções orais de indivíduos com má oclusão Classe III e diferentes tipos faciais. *Rev Dental Press Ortodon Ortop Facial.* 2005;10(6):111-9.
2. Camargo GF, Sousa MLR. A importância da avaliação fonoaudiológica na adaptação dos idosos à prótese dentária. *Rev Kairós.* 2006;9(2):303-17.
3. Sahad MG, Nahas ACR, Scavone-Jr H, Jabur LB, Guedes-Pinto E. Vertical interincisal trespass assessment in children with speech disorders. *Braz oral res.* 2008;22(3):247-51.
4. Matsuoka E, Santos DAG, Marchesan IQ. Padrões de fala e de deglutição em usuários de aparelho ortopédico funcional com e sem o uso de aparelho. *Rev CEFAC.* 2006;8(2):198-204.

5. Taucci RA, Bianchini EMG. Verificação da interferência das disfunções temporomandibulares na articulação da fala: queixas e caracterização dos movimentos mandibulares. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2007;12(4):274-80.
6. Bianchini EMG, Paiva G, Andrade CRF. Movimentos mandibulares na fala: interferência das disfunções temporomandibulares segundo índices de dor. *Pró-Fono R Atual. Cient.* 2007;19(1):7-18.
7. Felício CM, Melchior MO, Silva MAMR, Celeghini RMS. Masticatory performance in adults related to temporomandibular disorder and dental occlusion. *Pró-Fono R Atual. Cient.* 2007;19(2):151-8.
8. Femiano F, Gombos F, Scully C. Síndrome de boca ardente. Estudio de la psicoterapia, medicación con ácido alfa-lipóico y combinación de terapias. *Med Oral.* 2004;9(1):8-13.
9. Palacios-Sánchez MF, Jordana-Comín X, Garcia-Sívoli CE. Síndrome de boca ardente: Estudio

- retrospectivo de 140 casos en una muestra de la población catalana. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10(5):388-93.
10. Cherubini K, Maidana JD, Weigert KL, Figueiredo MA. Síndrome da Ardência Bucal: Revisão de 100 casos. *Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS*. 2005;20(48):109-13.
 11. Brailo V, Vuéiaeeviae-Boras V, Alajbeg IZ, Alajbeg I, Lukenda J, Aeurkoviaie 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.
 12. Rodríguez de Rivera Campillo, ME, López López J, Chimenos Küstner E, Sabater Recolons MM. Estudio de una muestra de pacientes con síndrome de boca ardiente. *Av. Odontoestomatol*. 2007;23(3):141-51.
 13. Marino R, Torreta S, Capaccio P, Pignataro L, Spadari F. Different therapeutic strategies for burning mouth syndrome: preliminary data. *J Oral Pathol Med*. 2010;39(8): 611-6.
 14. Ko JY, Park IH, Park HK, Kho HS. Outcome predictors of initial treatment with topical lubricant and parafunctional habit control in burning mouth syndrome (BMS). *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;53(3):263-9.
 15. Nasri C, Teixeira MJ, Okada M, Formigoni G, Heir G, Siqueira JTT. Burning Mouth Complaints: Clinical Characteristics of a Brazilian Sample. *Clinics*. 2007;62(5):561-6.
 16. 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(1):24-8.
 17. Scarabelot VL, Gutierrez LMO, Souza A, Oliveira MG, Chaves ACM, Munerato MC et al. Avaliação de fatores associados ao diagnóstico de queimação bucal: um estudo preliminar. *Revista HCPA*. 2011;31(3):318-25.
 18. Montandon AAB, Pinelli LAP, Rosell FL, Fais LMG. Síndrome da Ardência Bucal: Avaliação e Tratamento. *Rev Odontol UNESP*. 2011;23(1):59-69.
 19. León Espinosa S, López Jornet P, Frutos Ros R. Síndrome de boca ardiente. Eficacia de la aplicación tópica de capsaicina. Estudio piloto. *Av. Odontoestomatol*. 2004;20(6):297-304.
 20. Sardella A, Lodi Giovanni, Demarosi F, Uglietti D, Carrassi A. Causative or precipitating aspects of burning mouth syndrome: a case-control study. *J Oral Pathol Med*. 2006;35(8):466-71.
 21. Saintrain MVL, Braga JO, Carlos MX, Maia MCG. Perfil epidemiológico de mulheres idosas com sintomas de ardência bucal. *RBPS*. 2011;24(3):238-44.
 22. Cavalcanti DR, Birman EG, Migliari DA, Silveira FRX. Burning Mouth Syndrome: Clinical Profile of Brazilian patients and oral carriage of candida species. *Braz Dent J*. 2007;18(4):341-5.
 23. Dias Fernandes CS, Salum FG, Bandeira D, Pawlowski J, Luz C, Cherubini K. Salivary dehydroepiandrosterone (DHEA) levels in patients with the complaint of burning mouth: a case-control study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009;108(4):537-43.
 24. Silvestre-Rangil J, Silvestre FJ, Tamarit-Santafé C, Bautista D. Burning mouth syndrome: Correlation of treatment to clinical variables of the disease. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(7):e890-4.
 25. Scala A, Checchi L, Montevicchi M, Marini I, Giamberardino MA. Update on Burning Mouth Syndrome: Overview and Patient Management. *Crit Rev Oral Biol Med*. 2003;14(4):275-91.
 26. Hershkovich O, Nagler RM. Biochemical analysis of saliva and taste acuity evaluation in patients with burning mouth syndrome, xerostomia and/or gustatory disturbances. *Arch Oral Biol*. 2004;49(7):515-22.
 27. Just T, Steiner S, Pau HW. Oral pain perception and taste in burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med*. 2010;39(1):22-7.
 28. Zakrzewska JM, Forssell H, Glenny AM. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005;1: CD002779.
 29. Mubeen K, Neera Ohri BDS. Burning Mouth Syndrome – Un Enigma. *Int J Odontostomat*. 2011;5(1):23-7.
 30. Lauritano D, Calzavara D, Papagna R, Baldoni M, Bascones A. Evidencia del síndrome neuropático en un estudio neurofisiológico e inmunohistoquímico de las fibras nerviosas en pacientes con síndrome de boca ardiente. *Av Odontoestomatol*. 2003;19(2):81-94.
 31. Eliav E, Kamran B, Schaham R, Czerninski R, Gracely RH, Benoliel R. Evidence of chorda tympani dysfunction in patients with burning mouth syndrome. *J Am Dent Assoc*. 2007;138(5):628-33.
 32. Beneng K, Yilmaz Z, Yangou Y, MacParland H, Anand P, Renton T. Sensory purinergic receptor P2X3 is elevated in burning mouth syndrome. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2010;39(8):815-9.
 33. Moura SAB, Medeiros AMC, Leite JF, Dimenstein M, Costa LJ. Aspectos psicogênicos da síndrome do ardor bucal. *R Bras Ci Saúde*. 2008;12(3):217-28.
 34. Soares MS, Chimenos-Küstner E, Subirá-Pifarré C, Rodríguez de Rivera Campillo ME, López López J. Asociación de síndrome de boca ardiente con xerostomía y medicamentos. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10(4):301-8.
 35. Castillo F, Aldape B. Factores asociados a síndrome de boca dolorosa en una población de

mujeres mexicanas y su relación com el climaterio. Av. Odontoestomatol. 2006;22(3):177-85.

36. López Carriches C, Martínez-González JM, Gómez Font R, Leco Berrocal I, Donado Rodríguez M. Estudio clínico-epidemiológico sobre el síndrome de ardor bucal. Av. Odontoestomatol. 2003;19(4):185-91.

37. Gleber Netto FO, Diniz IMA, Grossmann SMC, Carmo MAV, Aguiar MCF. Síndrome da ardência bucal: uma revisão sobre aspectos clínicos,

etiopatogenia e manejoamento. Rev Cubana Estomatol. 2010;47(4):417-27.

38. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Berdugo ML. Measuring the impact of oral mucosa disease on quality of life. Eur J Dermatol. 2009;19(6):603-6.

39. Lamey PJ, Freeman R, Eddie SA, Pankhurst C, Rees T. Vulnerability and presenting symptoms in burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2005;99(1):48-54.

Recebido em: 03/09/2012

Aceito em: 19/03/2013

Endereço para correspondência:

Silvana da Gama Pastana

Rua 28 de Setembro, 157, Edifício Paulo de Carvalho

Faculdade de Odontologia; Setor de

Fonoaudiologia-UERJ

Vila Isabel – RJ – Brasil

CEP: 20551-030

E-mail: sgpastana@ig.com.br