

## CONFERÊNCIA SOBRE MANIFESTAÇÕES PSICOSSOMÁTICAS NA CAVIDADE ORAL<sup>1</sup>

\*Dr. Cardoso de Matos, \*\*Dr<sup>a</sup>. Maria Luis Cardoso de Matos

### 1ª PARTE

Intitulei esta conferência de "Manifestações somáticas da angustia na cavidade oral" para fazer a distinção, entre estas manifestações e a doença psicossomática, que existe igualmente nesta cavidade. Um exemplo de uma destas doenças, como hoje modernamente se considera é o líquen plano.

Nesta nossa conferência, gostaria de vos apresentar parte de um trabalho, que me tem motivado, há mais de dez anos.

Trata-se de afecções ou patologias, que alguns dos meus doentes referem, sem que tenham uma lesão orgânica conhecida ou visível. Estou a referir-me a certas manifestações psicossomáticas, que encontramos na nossa especialidade, nomeadamente às glossodínias e a certo tipo de trismos.

Defino glossodinia como uma dor nevrálgica da língua sem lesão visível do órgão e glossalgia como dor da língua em resultado de lesão do órgão.

A glossodinia, ou de uma forma geral a estomatodinia, é uma perturbação em que o doente descreve uma sensação de dor, de queimadura, de picada, de areias, de corpo estranho que se localizam não só na língua mas também na mucosa

bocal. Por vezes pode haver alteração de coloração da mucosa, cuja causa referirei mais adiante.

Considerada dantes como uma doença rara, eu considero, que não é bem assim, ela necessita é de certos cofactores para o seu aparecimento, tais como uma melhor informação médica, um melhor nível cultural, o que é mais comum hoje em dia, e ainda com a condição de serem pessoas inteligentes, que elaborem bem a sua problemática.

Num dos meus doentes, iria até mais longe ao afirmar, que pode apresentar-se como uma alucinação sensitiva. Trata-se de um doente de 80 anos, desdentado total, em vias de ser aparelhado, que me diz, que certamente não poderá usar uma prótese, por já sentir, como se já tivesse uma. Chegando mesmo a incomodá-lo, esta "prótese fantasma".

Felizmente, quando lhe coloquei a prótese, e com um ligeiro ansiolítico, consegue usá-la sem problemas.

Nestes doentes com esta patologia, temos, que ter muito cuidado em despistar, antes de fazer o diagnóstico de glossodínia, possíveis patologias orgânicas locais, regionais ou gerais de variadíssima etiologia, com repercussões na cavidade oral, nomeadamente as perturbações neurológicas da língua.

Estou a pensar, por exemplo, na Síndrome do foramen jugular com perda ipsilateral da sensibilidade do 1/3 posterior da língua e de uma disgeusia. (Síndrome de Vernet).

Temos de despistar alterações do gosto, provocadas umas por acção iatrogénica medicamentosa, outras pelo bimetalismo como intolerância aos materiais das próteses.

<sup>1</sup> Proferida no V Congresso Luso-Espanhol de Estomatologia, Cirurgia Maxilo-Facial e Medicina Dentária.

\* Chefe de serviço hospitalar

Coordenador da consulta de Estomatologia do H.S.M.

\*\* Psiquiatra. Pedo-Psiquiatra Psicanalista

Chefe de serviço hospitalar do C.S.M.I.J.L.

Pesquisamos de forma sistemática a existência de focos sépticos, de candidoses, de diabetes e de síndromas neurológicas.

Em relação a este tipo de dor e a esta patologia, relembro o Prof. Ducla Soares, quando dizia aos seus alunos, que uma história clínica é fundamental para o nosso diagnóstico; que saibamos ouvir o nosso doente, porque se estivermos atentos perceberemos, que ele nos diz tudo. De facto assim é, e nestas situações, ouvir o doente é primordial.

Estes casos quanto a mim, são mais frequentes, para não dizer unicamente em doentes com grande capacidade de elaboração psíquica, por outras palavras, como já disse, por pessoas inteligentes, que no fundo estão apavoradas com a hipótese de terem um "cancro". Trata-se de uma verdadeira fobia, embora estes doentes a consigam camuflar, recalca-la, por um certo pudor, o que agrava ainda mais a sua situação.

Grande parte das vezes, são situações, que surgem após a morte de um ente querido por uma neoplasia.

O exame minucioso da língua, não revelando nenhum tumor, tranquiliza de uma forma "major" o nosso doente.

Um exame anatopatológico de uma biópsia efectuada no local onde o doente refere a sensação de queimadura por exemplo, não revela nenhuma alteração morfológica dos tecidos, nomeadamente atrofias.

Muitas vezes os doentes deitam exageradamente a língua de fora, mostrando a região das papilas foliáceas, que poderão estar aumentadas de volume, como sendo a causa e a origem do seu mal. Fazem auto observações, repetidas de forma obsessiva, o que agrava ainda mais, até pelo traumatismo repetido, que podem provocar.

Este aumento de volume pode traduzir uma certa inflamação, com um componente doloroso, mas o exame mais minucioso, continua a ser negativo.

O grupo etário que em aparece, é mais frequente depois dos 55/60 anos e no sexo feminino.

A dor, que é o sinal mais importante e frequente desta afecção, pode ser: contínua, intermitente, de intensidade variável, espontânea ou provocada.

Clássicamente, segundo as suas características e a sua irradiação, distinguem-se as glossodínias em essenciais e reflexas.

A essencial, com três formas clínicas:

A forma parestésica, na qual a dor está localizada ao território do lingual.

A forma reumatisal, em que a dor normalmente ocupa toda a massa muscular da língua, sem se poder diferenciar, qual o músculo atingido.

A forma nevralgíca, em que a dor diz respeito seja a um ramo único (nevralgia unilateral) sejam dois ramos pares e simétricos (nevralgia dupla).

Finalmente a forma de glossodínia reflexa, que se caracteriza por uma dor ou sensação de queimadura correspondendo ao território do nervo lingual.

Esta nevralgia tem que ser diferenciada da nevralgia do glossofaríngeo e da do simpático, provocadas por perturbações do articulado dentário.

O componente doloroso da glossodínia tem algumas características:

1º Mínima no início do dia ou mesmo inexistente, é máxima no fim do dia.

2º Atenua-se ou desaparece durante as refeições, embora alguns doentes se refiram, que não conseguem alimentar-se por causa dela. Segundo eles, são obrigados a comer só papas.

No entanto, o aspecto nutricional destes doentes não me parece sofrer grandes alterações no decurso dos anos em que tive a oportunidade de os seguir, por não ter sido possível instituir a terapêutica adequada, como referirei mais adiante.

3º Ausência da dor durante a noite, não prejudicando o sono do doente.

4º A sua evolução no tempo. O seu aparecimento data de algumas semanas, por vezes de anos, com períodos mais ou menos longos de desaparecimento, que coincidem com um período de férias, ou de mudanças do modo de vida.

5º Esta dor leva o doente a movimentar sem parar a língua aumentando a irritação dolorosa nela, podendo provocar micro traumatismos, que se podem traduzir por alterações de coloração da mucosa, para tons arroxeados, devidos a perturbações micro vasculares da permeabilidade, ou reacções inflamatórias. Esta reacção orgânica por exarcebação do quadro clínico vai aumentar a angustia do doente.

Devido ainda a estes movimentos e eventualmente a uma crise de angustia a saliva torna-se espessa, e por vezes de gosto amargo.

Como já referi, o grupo de doentes em que surge este tipo de patologia, são pessoas elabora-

das, não podendo aceitar o aparecimento de uma dor sem uma causa pelo que, procuram sempre um factor desencadante.

Destes factores os mais frequentemente referidos, são: uma intervenção local, a toma de um medicamento... . O que há a realçar é a necessidade do doente para dar um nome, uma causa à sua dor, a racionalizá-la, o que muitas vezes é coadjuvado pelo seu médico, que ele próprio, não suporta a ideia de uma dor sem causa, o que o leva a multiplicar as hipóteses e investigações inúteis e por vezes ansiógenicas para os seus doentes.

Durante muito tempo tentou-se explicar uma língua dolorosa, como tendo uma causa local, regional ou geral.

Como local, referiam-se: microtraumatismos, que como já vimos são consequência e não causa. Tics de movimento com a língua. Electroglavismo. Uma lesão na mucosa. Lesões alveolodentárias.

Como regional, referiam-se as perturbações do articulado dentário com algumas das suas manifestações, como sejam as cervicoartroses.

Como geral, as síndromas neuro-anémicas, as avitaminoses e a hipossilia.

O elo de ligação de causa efeito destas situações nunca foi estudado de uma forma precisa, mas o número elevado de doentes, que apresentam esses quadros, sem terem no entanto numa glossodinia, leva-nos a considerar, que para o seu aparecimento é necessário segundo nos parece, haver um terreno, ou melhor ainda, uma vivência particular.

Actualmente, pensa-se, que as glossodínias são uma forma de psicalgia, não havendo nenhuma causa estomatológica na origem do seu aparecimento. Mas sim um problema psicológico, profissional, ou familiar, que acompanham frequentemente o seu aparecimento.

Num grande número de casos, as glossodínias podem ser consideradas como uma manifestação de uma síndrome depressiva, acompanhada ou não de outras manifestações da depressão tais como a tristeza, o desinteresse, a inibição psicomotora, a astenia, a anorexia, a insónia, (note-se, que não é a dor, que provoca esta insónia). etc.

Alguns destes doentes nos seus antecedentes pessoais, têm episódio ou episódios de depressão mais ou menos graves, tendo tido a necessidade de uma apoio psiquiátrico.

Ao começar-mos a encarar estes doentes, como

tendo alterações do seu psiquismo, e portanto com alterações somáticas, do seu psiquismo, e portanto com alterações somáticas, leva-nos a pensar num suporte comum entre a dor e a depressão; ora parece, que este suporte existe e que se situa ao nível de um neuromediador de que a serotonina é um precursor.

Sendo, eu casado com uma colega psiquiatra, que desde há vários anos se interessa pelo psicossomática e pela psicanálise, tanto eu como os meus doentes, estamos favorecidos, porque com mais facilidade, estou disponível a ouvi-los melhor e daí poder diagnosticar estes casos e discuti-los com minha mulher. No fundo ajudá-los melhor.

Sabe-se, que num grande número de casos as glossodínias melhoraram, com a instituição de terapêutica antidepressiva, nomeadamente antidepressores tricíclicos, e de uma psicoterapia de apoio.

Os antidepressivos, como sabem, constituem um tratamento de escolha indispensável na ansiedade ligada aos estados depressivos, bem como no tratamento das manifestações somáticas e ansiosas das depressões ligeiras; no tratamento da neurose obsessiva com componente ansioso e em certas afeções orgânicas dolorosas com grande carga ansiosa, como é o caso da nevralgia do trigémio.

É conveniente estar ciente, que o efeito específico dos antidepressivos é sempre diferido de dez a vinte dias, durante o qual a intensidade da angustia, é só parcialmente diminuída, e por vezes acentuada pela acção de psicoestimulantes, que por vezes são dados ao doente em simultâneo.

É por esse facto, que há a necessidade de associar aos antidepressivos, tranquilizantes, a não ser, que se opte logo por antidepressivos sedativos, como seja o caso do "Surmontil", por exemplo.

Se a angustia, é intensa, acompanhada de alterações de sono difíceis de controlar, é melhor utilizar em fracas doses neurolécticos sedativos como seja o "Nozinam ou Melleril".

A indicação particular, que leva o médico a receitar antidepressivos, são os ataques de pânico e certas manifestações fóbicas, que ele tem a obrigação de descobrir aquando da realização da história clínica.

Não se esqueçam, que estes doentes têm cancerofobia. Daí a grande importância que dou, na minha relação com o doente de lhe dizer com grande ênfase mas de uma forma muito afec-

tuosa, que ele, não tem um CANCRO. Evidentemente depois de ter a certeza, que ele o não tem.

Esta terapia, que podemos considerar boa, quanto a mim, ainda não é a ideal, e vejamos porquê:

Ao aplicar este esquema terapêutico é preciso saber, que se trata de um tratamento longo, em que é necessário saber as **contra-indicações** dos tricíclicos, (tofranil, anafranil, tryptizol por ex.) nomeadamente o glaucoma, adenoma prostático, enfarte de miocárdio recente, uma disritmia grave, insuficiência cardíaca, ou epilepsia.

Com os derivados mais recentes, tetracíclicos, (deprimil, ou o tolvon) estas contra indicações ficam atenuadas.

Surge ainda com estas drogas uma hipossilia, a qual poderá ser combatida com sialagogos. Mas pegando só neste aspecto da hipossilia, que embora o menos grave para o nosso doente, é no entanto para o estomatologista uma contra indicação, que temos que ter em conta.

A hipossilia, aparece já por si em certos casos de glossodínias, tornando estes doentes ainda mais ansiosos, o, que me leva a pensar que entramos num ciclo vicioso, sem saída, mas camuflado total ou parcialmente pelas drogas que ministramos.

Quanto à ansiedade podemos ainda combater-la com ansiolíticos, não antidepressivos, cujo efeito hipossialisante é fraco ou nulo, mas o que não tratamos é a depressão, que é em última instância a causa da glossodínia.

Para complicar ainda mais o quadro, o tratamento antidepressivo embora bem instituído pode falhar.

Então porquê, podem-me perguntar?

Porque a psicalgia, é o primeiro sintoma de uma descompensação de uma outra patologia psíquica, tal como uma neurose obsessiva, ou uma psicose.

Temos então, que propor aos nossos doentes uma psicoterapia. Muitas vezes é no tratamento de fundo do estado ansioso durável, que se discutem as psicoterapias.

De uma forma muito simplista, podemos dizer, que temos para os nossos doentes mais ou menos três formas de apoio psicoterápico:

Mas o que é fundamental, é, o bom senso do clínico em permitir ao doente as suas defesas psicológicas possíveis, evitando as impossíveis, ou sejam as que têm reflexo orgânico. Devemos ter ainda presente, que para o nosso doente o facto

de o enviarmos a um colega psiquiatra, não é uma situação fácil.

A Dr<sup>a</sup> Maria Luis poderá explicar um pouco melhor, o que acabo de dizer, quanto as defesas possíveis e as impossíveis.

Quanto às formas de apoio, como dizia, teremos:

Aquela que todos nós podemos fazer, que é ouvir o nosso doente, compreende-lo, tranquilizá-lo. Podem querer, que considero esta de extrema importância, pois estamos à partida mais dentro da situação, do que um psiquiatra, menos experimentado, como já me tem acontecido, de me reenviarem de novo o doente, medicado com uma droga qualquer, sem terem percebido nada do doente, e ainda lhes terem dito como muitas vezes acontece, de que não sabem nada de dentes e que devem procurar o seu estomatologista.

Ponto final, sem comentário.

Outra forma de apoio psicoterápico, será a psicoterapia breve, na qual o psiquiatra intervém para desanuviar conflitos agudos ou estados transitórios de crise.

A outra forma, serão as psicoterapias de apoio, em que o médico terá que ter uma posição de observador atento, bom ouvinte, e ter boa disponibilidade para este doente. Isto como já disse é fundamental.

Convém, sobretudo, tranquilizar o doente, compreende-lo, aconselha-lo se necessário, evitando de ser moralizador ou autoritário. Igualmente deve-se abster de uma identificação involuntária à situação ou aos problemas do doente e evitar sobretudo, uma manobra inconsciente ou não, de sedução ou repreensão agressiva.

Se vos falo disto é porque penso, que qualquer um de nós pode fazer este tipo de psicoterapia de apoio, certamente melhor que aquele psiquiatra, que não percebe nada de dentes.

Se a angustia sobrevém num quadro de uma neurose estruturada, num doente motivado verdadeiramente a uma mudança, de estrutura, verbalizando facilmente os seus conflitos, uma psicoterapia de orientação psicoanalítica, será então de propor, claro não por nós estomatologistas, mas pelo psiquiatra a quem enviamos o nosso doente.

Penso portanto, que o ideal, para a cura radical desta situação, será propor a estes doentes um tratamento psicanalítico.

Como bem me podem compreender é uma prescrição difícil de ser efectuada.

Só para vos dar de uma forma muito sumária

do porquê desta dificuldade está o facto da psicanálise só estar indicada, para ser de facto eficaz, em adultos jovens. Ora o grupo etário como já vimos, não é propriamente o de adultos jovens.

Há no entanto uma hipótese mais viável, que é o Estomatologista, em estreita colaboração com um psiquiatra, de preferência com formação analítica, dar, associando ou não com farmacos, um apoio de psicoterapia.

Antes de dar a palavra à Dr<sup>a</sup> Maria Luís, e até talvez como elo de ligação entre a Estomatologia e a Psiquiatria, gostaria de vos apresentar um caso clínico, que me surgiu recentemente de uma manifestação somática:

Trata-se de uma doente de 52 anos, com uma idade aparente superior à real, que vem à minha consulta no H.S.M., com um quadro de trismo.

Conta uma história, mais ou menos clássica desta situação, com uma extracção dentária recente, de um molar inferior, há três semanas, a qual, se junta, a já várias extracções passadas.

Uma semana depois, começa a ter dificuldades em abrir a boca, situação que se agrava até ao momento em que a observo.

Na 1<sup>a</sup> consulta, entra a chorar.

Diz-me, que chora, porque o doente, que a antecedeu na consulta, lembrou-lhe o marido, que falecera no Hospital há uns dez dias, com insuficiência respiratória, e tal como este doente, estivera traqueostomizado.

No seguimento das consultas, em que mostrou melhoras, diz-me que o marido andava a ser seguido há anos na neurologia, por doença de que não sabe o nome, mas pelo que me contou, penso que deveria ser uma miastenia.

Deu entrada na urgência do Hospital por lhe ter dado uma trombose cerebral "sic".

Internado na neurologia, diz-me, que o aproveitaram, para o estudar, da sua doença antiga e não pela sua actual.

Durante o internamento do marido, sente-se

como que afastada dele tanto pelos médicos, como pelo pessoal auxiliar, que a excluem com frequência do seu contacto.

Ao fazerem uma esofagoscopia, perfuram-lhe a traqueia, e num exame radiográfico com contraste, provocam-lhe uma insuficiência respiratória, que o leva à morte.

Obrigam-na a deixá-lo, que seja autopsiado, sob pena de não lhe fazerem o funeral.

É após a autópsia, que vem a saber o que me acaba de contar, fazendo-o sob uma grande carga de raiva e a chorar, mas tentando controlar-se.

Medicada com Valium desde a 1<sup>a</sup> consulta, diz-me mais tarde, que finalmente consegue descansar à noite o que não lhe acontecia desde a morte do marido. Começando a ter uma abertura da boca já praticamente normal.

Interpreto este caso, abstraído, mas não esquecendo a extracção do molar, bem como toda uma terapêutica concomitante, que terá de ser feita, como diz um dito popular; "cerrou os dentes de raiva".

Acho, que este caso é um exemplo interessante de um sintoma de uma manifestação psicossomática na área da nossa especialidade.

Peço agora à Dr<sup>a</sup> Maria Luis, de nos elucidar sobre estas manifestações de que acabei de referir e se possível, que nos torne mais compreensível os mecanismos, que levam ao aparecimento de patologias como as que acabo de referir e se houver tempo, de uma forma muito sumária a da própria doença Psicossomática.

Muito Obrigado.

#### Bibliografia

- J. D. GUELFÍ.: A.O.S. n<sup>o</sup> 144, 649 DEZ. 83  
 J. LAUFER.: E.M.C. (4) 22055 A-10, 5, 1987.  
 M. DECHAUME.: Précis de stomatologie 153, 4<sup>a</sup> edição