

## DISGEUSIA (paladar fantasma ou distorcido)

Disgeusia, também conhecida como paladar fantasma ou distorcido, é uma alteração na percepção do paladar que pode ser temporária ou permanente.

Maior incidência ocorre nos casos em que a pessoa apresenta alteração sistêmica e/ou faz uso de medicamento ou já tenha sido submetida à terapia de radiação em região de cabeça e pescoço.

Causas: infecções respiratórias superiores, infecções bucais (abscessos, periodontite, gengivite, candidíase), doenças sistêmicas, uso de medicamentos, uso de antissépticos bucais, saburra lingual<sup>1</sup>.

A percepção do sabor depende da diluição da substância química (alimento) em um ambiente líquido. Desse modo, indivíduos com boca seca podem apresentar tanto hipogeusia (diminuição do paladar) quanto disgeusia (paladar alterado). Além disso, vários medicamentos podem provocar alteração do paladar, inclusive os antissépticos bucais<sup>2,3</sup>.

Diagnóstico:

Cerca de 75% da informação do sabor (gosto, aroma, textura, temperatura) são derivadas do cheiro. Por isso, deve-se realizar o diagnóstico diferencial para identificar se o paciente está com problema olfativo (dificuldade para perceber o cheiro). Uma dica simples é colocar alguma substância que libere cheiro na frente do paciente, tampando uma narina e depois a outra.

Para diagnosticar a disgeusia, deve-se realizar o teste de avaliação da função gustativa, através da percepção dos sabores normais.

Oferecem-se os sabores doce, azedo, salgado, amargo, diluídos em uma solução inodora. O paciente deve ser capaz de descrever as sensações.

Alguns pacientes afetados podem relatar alterações confundindo um sabor com o outro, porém, a maioria das pessoas relata um sabor diferente, como gosto metálico, pútrido ou rançoso (sendo que nos dois últimos casos, é mais comum pela percepção de odor anormal que pela disgeusia). Neste caso, alterações de ordem local podem estar presentes e encaminhamento ao otorrinolaringologista representa uma boa atitude.

Também existem casos conhecidos como “sabor fantasma”, em que o paciente relata percepção de sabor sem ao menos estar diante de algum estímulo<sup>1</sup>.

Tratamento e prognóstico:

Se o paciente for portador de alterações sistêmicas, como por exemplo, diabetes, o controle da doença geralmente regula a disgeusia. Porém, há casos

em que para o tratamento/controlar a alteração sistêmica, o próprio uso de medicamentos também pode provocar disgeusia. Nestes casos, o controle da condição sistêmica se torna imperativo. Além disso, o paciente pode se adaptar à nova condição de vida e a disgeusia pode passar a não incomodá-lo mais.

Para os casos idiopáticos, não há terapia efetiva. Em casos mais graves, o paciente pode rejeitar alimentos por não perceber o sabor ou sentir o sabor distorcido. A diminuição da ingestão alimentar pode resultar em deficiências nutricionais. Tratamento multidisciplinar é necessário para evitar maiores complicações.

De forma geral, como medida de conforto, chicletes sem açúcar podem ser utilizados<sup>1</sup>.

Se o paciente apresentar alteração do paladar secundária às alterações salivares (muito comum em pacientes que fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos, ansiolíticos e diabéticos), a lubrificação da mucosa bucal e uso de saliva artificial representam boa alternativa para favorecer a diluição dos compostos químicos presentes nos alimentos e consequentemente o carreamento dessas substâncias até as papilas gustativas<sup>4,5</sup>.

#### Referências:

1. Neville BW et al. Patologia oral e maxilofacial. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 9720 p.
2. Moore PA, Guggenheimer J. Medication-induced hyposalivation: etiology, diagnosis and treatment. *Compend Contin Educ Dent*. 2008; 29(1):50-5.
3. Denton GW. Chlorhexidine. In: Block SS, editor. *Disinfection, sterilization, and preservation*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lea and Febiger; 1991. p. 274-89
4. Fox PC. Salivary enhancement therapies. *Caries Res*. 2004; 38(3):241-6.
5. Gupta A, Epstein JB, Sroussi H. Hyposalivation in elderly patients. *J Can Dent Assoc*. 2006; 72(9):841-6.