

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: UMA ABORDAGEM DE INTERESSE CLÍNICO

BURNING MOUTH SYNDROME: NA APPROACH OF CLINICAL INTEREST

Yasmim Silva Souto *
Cassiane Alves Dias **
Virgínia Dias Uzêda e Silva ***
Tháís Feitosa ****
Ana Paula Varela Brown Martins *****

Unitermos:

Síndrome da Ardência
Bucal;
Xerostomia;
Dor Orofacial

RESUMO

A síndrome da ardência bucal (SAB) é caracterizada por ser uma dor crônica, com sintomas de queimação, ardência ou dor sem nenhuma lesão visível na mucosa oral. Os sintomas ocorrem em mais de uma área da cavidade bucal, sendo a língua a região mais afetada. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi apresentar, por meio de uma revisão de literatura, as principais características da SAB, relatar as teorias presentes quanto a fisiopatologia da SAB e identificar as principais opções de tratamento de acordo com os aspectos que o paciente pode apresentar. **Materiais e métodos:** Foi realizado uma busca, por artigos publicados nos últimos 15 anos, nas bases de dados: PUBMED, MEDLINE, SCIELO, DEDALUS e GOOGLE ACADÊMICO. Para seleção, foram usados os critérios de inclusão: artigos de revisão, relato de caso e pesquisa transversal. **Resultados:** A literatura propõe vários fatores associados relacionados a fisiopatologia da SAB, o que interfere diretamente no seu diagnóstico e na forma terapêutica. Isto torna a SAB uma condição patológica de difícil manejo. **Considerações finais:** A SAB é uma condição muito desafiadora para os cirurgiões-dentistas e também para outros profissionais da saúde. Por se tratar de uma patologia com etiologia multifatorial, o seu diagnóstico acaba se tornando difícil e desafiador o que afeta diretamente nos pacientes. O conhecimento sobre a SAB se faz importante na vida profissional dos cirurgiões-dentistas e nos profissionais de saúde em geral, para que, dessa forma, esses pacientes que são acometidos pela síndrome se sintam mais acolhidos e confortados.

* Graduada em Odontologia no Centro Universitário Ruy Barbosa (<https://orcid.org/0000-0002-4120-5657>)

** Graduada em Odontologia no Centro Universitário Ruy Barbosa (<https://orcid.org/0000-0003-0434-2449>)

*** Doutora em Odontologia e Saúde pela Faculdade de odontologia da UFBA, Professora do Curso de Odontologia do Centro Universitário Ruy Barbosa (<https://orcid.org/0000-0002-6955-3215>)

**** Doutora em Estomatologia pela Faculdade de Odontologia de Bauru – USP. Professora curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. (<https://orcid.org/0000-0003-1953-7409>)

***** Doutora em Clínica Odontológica pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP – Unicamp) (<https://orcid.org/0000-0003-4236-9335>)

Burning Mouth
Syndrome;
Xerostomia;
Orofacial Pain

Burning mouth syndrome is characterized by being a chronic pain, with symptoms of burning, burning or pain without any visible lesion in the mucosa. Symptoms occur in more than one area of the oral cavity, the tongue being the most affected region. **Objective:** The objective of this study was to present, through a literature review, the main characteristics of SAB, report the present theories regarding the pathophysiology of burning mouth syndrome and identify the main treatment options according to the aspects that the patient may present. **Materials and Methods:** A search for articles published in the last 15 years was carried out in the following databases: PUBMED, MEDLINE, SCIELO, DEDALUS and GOOGLE ACADEMIC. For selection, the following inclusion criteria were used: review articles, case reports and cross-sectional research. **Results:** The literature proposes several associated factors related to the pathophysiology of this syndrome, which directly interfere in its diagnosis and treatment. It makes BMS a pathological condition difficult to manage. **Final considerations:** Burning mouth syndrome is a very challenging condition for dental surgeons and also for other health professionals. Because it is a pathology with a multifactorial etiology, its diagnosis ends up becoming difficult and challenging, which directly affects patients. Knowledge about BMS is important in the professional life of dental surgeons and health professionals in general, so that these patients who are affected by the syndrome feel more welcomed and comforted.

INTRODUCTION

A dor orofacial é definida como uma dor que pode afetar os tecidos que compõem a face, como ossos, tecidos moles, músculos, dentes¹. A fisiologia da dor envolve os aspectos neurofisiológicos e neuropsicológicos, ou seja, componente físico, emocional e cognitivo². A definição de dor de acordo com a Associação Internacional para Estudos da Dor (International Association for the Study of Pain - IASP) é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a, dano real ou potencial ao tecido³.

A dor pode ser classificada em aguda ou fisiológica e crônica ou patológica⁴. A dor aguda é um mecanismo de proteção para alertar o sofredor de dano real ou potencial, destacando a necessidade para se retirar de uma atividade prejudicial ou buscar tratamento. A dor crônica não é adaptativa, e perdura por tempo posterior à resolução do processo patológico ou trauma³. A dor, quanto a sua origem, pode também ser classificada em psicogênica (sem um estímulo periférico ou sem lesão aparente), nociceptiva (iniciada por meio da sensibilização dos nociceptores, ou da falta de função desses nociceptores) e neuropática (resulta de uma disfunção ou lesão do sistema nervoso central ou periférico)⁵.

A dor crônica pode estar associada a um componente afetivo – emocional, referente a

reações comportamentais frente a dor⁶ e provocar danos emocionais, como ansiedade, depressão, isolamento social². São exemplos de dor orofacial crônica: Disfunção Temporomandibular (DTM), sinusite, dores neuropáticas, Síndrome da Ardência Bucal (SAB), enxaqueca, cujos sinais e sintomas devem ser bem examinados³.

A SAB é estabelecida como um transtorno sensitivo crônico descrito por sensações de dor, ardência ou queimação na mucosa oral, e, clinicamente, não exibe nenhuma lesão⁷. A IASP define tal condição como uma sensação intraoral de queimação, na qual nenhuma causa médica ou odontológica pode ser encontrada⁸.

A etiologia da SAB ainda não está bem estabelecida, porém a literatura sugere fatores locais, sistêmicos e psicogênicos que podem ser desencadeadores dessa condição, evidenciando assim, o seu caráter multifatorial⁷.

O perfil psicológico dos pacientes diagnosticados com SAB é semelhante, geralmente com altos níveis de estresse, ansiedade e depressão, pelo fato de ser uma condição crônica e de difícil diagnóstico⁹. Os indivíduos que sofrem com a síndrome, por apresentarem alteração do paladar e queixa de ardência, relatam alteração no comportamento alimentar⁸. A associação desses fatores afeta a vida social e emocional e a piora na qualidade de vida⁸.

A maior preocupação dos pacientes com SAB está relacionada ao diagnóstico. Muitos desses pacientes adquirem oncofobia, ansiedade e hipocondria devido ao não estabelecimento preciso do diagnóstico e não resolução de suas queixas⁹.

A prevalência mundial da SAB é questionável, pois quase todos os estudos envolveram amostras com populações europeias ou norte-americanas e apresentaram diferentes critérios de diagnóstico¹⁰. Os dados de prevalência também são variáveis (0,7 a 15%), reflexo da dificuldade do estabelecimento de um critério diagnóstico⁸.

Para diagnóstico de dor orofacial, uma história detalhada e extensa deve ser obtida³. Alguns aspectos são essenciais para o diagnóstico diferencial, como: desenvolvimento, qualidade, frequência e intensidade, características da dor, curso do tempo, fatores desencadeantes, agravantes e suavizantes³. Assim, este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a síndrome da ardência bucal, abordando sobre as características clínicas, sinais e sintomas da SAB; possível fisiopatologia e principais opções de tratamento.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se por ser uma revisão de literatura. Para sua elaboração, foram realizadas buscas de artigos nas principais bases de dados (Pubmed, Medline, Scielo, Dedalus e Google Acadêmico), utilizando de forma isolada e a combinação dos seguintes descritores: síndrome da ardência bucal; xerostomia; dor orofacial.

Inicialmente, foram encontrados 67 artigos, preferencialmente foram selecionados artigos científicos publicados nos últimos 15 anos, salvo os mais antigos que tivessem grande relevância no assunto. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos de revisão, relato de caso e pesquisa transversal que tivesse grande relevância no assunto e capítulos de livros que atendessem o objetivo do estudo. Os critérios de exclusão estabelecidos foram artigos em outra língua que não português, inglês e espanhol e cartas ao leitor. Após aplicação dos critérios, foram selecionados 50 artigos para compor o material.

REVISÃO DA LITERATURA

Sinais, sintomas e características clínicas

A SAB é um tipo de dor crônica, caracterizada

pela sensação de dor intraoral sem nenhuma causa clínica e visível na mucosa⁷. Definida como dor orofacial idiopática com queimação intraoral ou disestesia recorrente diariamente por mais de 2 horas por dia e mais de 3 meses, sem quaisquer lesões causais identificáveis, com e sem alterações somatossensoriais, de acordo com a Classificação Internacional de Dor Orofacial (2020)¹¹. Pode estar associada aos sintomas de disgeusia, uma alteração do paladar para um gosto mais amargo ou metálico e também ser acompanhada por xerostomia, sensação de boca seca¹². São esses sintomas de xerostomia, dor na boca e a alteração do paladar que caracterizam essa condição como uma síndrome, sendo uma tríade patognomônica para o diagnóstico¹². Entretanto, alguns autores relatam que a xerostomia pode estar relacionada ao fato de que muitos desses pacientes diagnosticados com SAB fazem uso de grande quantidade de medicamentos¹³.

A SAB foi relatada pela primeira vez entre os séculos XIX e XX, sendo identificada no século XX por Butlin e Oppeheim como glossodinia; e nos anos seguintes recebeu os nomes de glossopirose, disestesia oral, língua dolorida, estomatodinia e estomatopirose¹².

O sintoma de dor típico é a sensação de queimação oral, característica que mais representa a síndrome. No entanto, alguns pacientes também relatam sintomas como formigamento, coceira, sensação de alfinetadas ou boca escaldada e inchaço¹³. Quanto à localização da sensação de queimação, comumente, ocorre em mais de um local da cavidade intrabucal. Entretanto, as áreas acometidas com mais frequência (Figura 1) são os dois terços anteriores da língua, o palato duro anterior e a mucosa do lábio inferior¹⁴.

As apresentações clínicas podem variar de acordo com os sintomas em que o paciente relata, podem ser classificados em oligossintomáticos quando o indivíduo apresenta dor e disgeusia ou apenas xerostomia e monossintomático quando apresenta apenas dor¹². De acordo com os critérios estabelecidos pela IASP (1994)¹⁵, a queixa de dor do paciente deve ter uma duração mínima de pelo menos 4 a 6 meses para ser diagnosticada como SAB. Geralmente, o início da dor é relatado como espontâneo, porém, alguns pacientes correlacionam o início da dor com eventos anteriores, como por exemplo procedimentos odontológicos ou doenças locais e sistêmicas¹⁶.

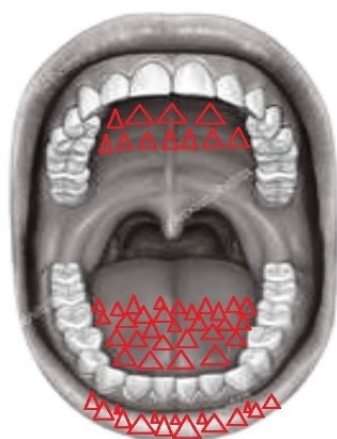


Figura 1. Figura ilustrativa dos locais acometidos com mais frequência.

Quanto à apresentação dos sintomas ao longo dos dias, muitos pacientes reportam ausência de sintomatologia pela manhã ao despertar do sono, agravamento dos sintomas ao longo do dia e à noite, sem relatos de sensação de dor, demonstrando que a síndrome não afeta o sono¹⁷. Os níveis de dor podem variar de leve a grave, porém o nível moderado é o mais relatado²². Essa oscilação da intensidade da dor pode ser provocada por estados de ansiedade e estresse, ingestão de alimentos quentes e condimentados ou quando o paciente, na sua profissão ou no convívio, submete-se a falar muito. Afirmam ser comum também vivência de alguma situação de desconforto e estresse recente ou de ter passado no início da vida¹⁹. Em compensação, a dor suaviza e melhora com ingestão de alimentos frios, trabalho e distração²⁰.

A prevalência da síndrome varia entre 0,7 e 7,9% na população em geral²¹, mais frequente em

mulheres de meia idade, entre a quarta e quinta década de vida²¹, com registros variando entre 38 a 78 anos¹⁸. Quanto ao sexo, prevalência de 5% da população feminina e em mulheres pós menopausa⁷. A ocorrência abaixo de 30 anos é rara¹⁸. A prevalência no sexo feminino é maior, com proporção mulher-homem de cerca de 7:1¹⁸. Não existe predomínio para etnia ou classes socioeconômicas, sendo comum existir em todo o mundo⁸. Estudos mostraram uma relação entre SAB e estresse⁷.

Classificação e subtipos

A síndrome pode ser classificada de acordo com sua etiologia neuropática em primária (idiopática, a qual nenhum fator sistêmico ou local é encontrado) e secundária (decorrente de fatores locais e sistêmicos)¹⁸.

Com base no nível de patologia envolvida, a SAB primária pode ser categorizada em três subgrupos. O primeiro subgrupo é caracterizado por neuropatia periférica de fibras de pequeno diâmetro da mucosa oral. O segundo subgrupo consiste em patologia envolvendo o sistema lingual, mandibular ou trigeminal e o terceiro, rotulado como tendo dor central que pode envolver a hipofunção de neurônios dopaminérgicos nos gânglios da base²².

Em virtude da variação dos sintomas e intensidade, foi proposto uma classificação em 3 subtipos da SAB secundária de acordo com a manifestação das sintomatologias²³. Paciente classificado em tipo 1 quando a SAB está relacionada a doenças sistêmicas, tipo 2 geralmente possuem transtornos psicológicos e tipo 3, contato com substâncias orais alergênicas, como descrito melhor na Quadro 1.

Quadro 1. Subtipos da Síndrome da ardência bucal, de acordo com a manifestação da sintomatologia

TIPO (% PREVALÊNCIA)	DESCRIÇÃO
Tipo 1 (35%)	A dor é aumentada ao longo do dia, o paciente acorda sem dor. Este tipo está relacionado a doenças sistêmicas como deficiências nutricionais e diabetes.
Tipo 2 (55%)	A dor está presente todo o tempo, inclusive ao acordar e existe uma dificuldade para dormir. Os pacientes afetados pelo tipo 2 geralmente possuem transtornos psicológicos.
Tipo 3 (10%)	O sintoma de dor é infrequente, e a localização é em regiões atípicas. O contato com substâncias orais alergênicas pode desempenhar o aparecimento deste tipo.

Fisiopatologia e fatores associados

A teoria aceita atualmente é que ocorre desinibição trigeminal a partir da perda parcial ou total da função do nervo corda do tímpano, ramo do nervo facial, responsável pela aferência gustativa²⁰. No entanto, a literatura aponta fatores locais, sistêmicos, psicogênicos e neurológicos como possíveis causas¹³.

Os fatores locais são aqueles que irritam a mucosa, como próteses mal adaptadas (que podem levar ao trauma), hábitos parafuncionais (como o bruxismo que pode desencadear a sensação de ardência na mucosa oral), fumo, álcool e reações alérgicas locais à resina acrílica (devido a altos níveis de monômeros residuais, náilon, ácido ascórbico, ésteres de ácido nicotínico), além de infecções orais por *Cândida albicans*, *Enterobacter*, *Klebsiella* e *S. Aureus*^{23,24}. Irritantes como bebidas quentes, chá e café muito fortes, alguns sucos e alimentos condimentados também são capazes de causar um maior desconforto²⁵.

Com relação às causas sistêmicas, acredita-se na associação da síndrome com distúrbios nutricionais, metabólicos ou endócrinos como diabetes, deficiência de ferro ou zinco e deficiência de vitamina B12²⁶. Distúrbios hormonais também estão intimamente associados na causa da síndrome, pois a maior prevalência da SAB ocorre em mulheres principalmente no período da menopausa: nos 3 anos antecessores e nos 12 anos seguintes. Isso pode ocorrer devido ao hormônio estrogênio, produzido na adolescência até a menopausa, possuir receptores na mucosa bucal e assim causar esse sintoma de ardência²⁷. Sabe-se que a mucosa bucal é histologicamente semelhante à mucosa vaginal, sendo as duas compostas por epitélio escamoso estratificado que possui um crescimento descamativo padrão, o que resulta na previsibilidade de que o ambiente oral responderia a estrogênios circulantes com proliferação e maturação do epitélio²⁸. Porém esta hipótese não foi confirmada cientificamente, as tentativas de controle dos casos com a utilização de estrogênio não foram eficientes²⁷.

A diabetes mellitus (DM) tem sido muito relacionada à SAB, apesar de ainda carecer de evidências científicas. A avaliação de pacientes com DM e SAB mostrou que esses pacientes possuíam uma prevalência pelo sexo feminino em relação aos pacientes que tinham DM mas não apresentam SAB, além de apresentarem uma neuropatia periférica relacionada ao diabetes, denominada de polineuropatia simétrica distal

demonstrando ser a causa da SAB²⁹.

Outro agravante da síndrome é a alteração das glândulas salivares que pode resultar em xerostomia. O avanço da idade possibilita o surgimento de múltiplas doenças, e a xerostomia, uma das queixas da síndrome, pode ser consequência do uso de medicamentos e alterações sistêmicas. Em uma pesquisa sobre epidemiologia das mulheres idosas com sintomas de ardência bucal, detectou-se que 70% das idosas sintomáticas faziam uso de medicamentos como anti-hipertensivos, ansiolíticos e antidepressivos, os quais tem uma grande correlação com a causa da xerostomia³⁰.

No entanto, vários estudos demonstraram ausência de diminuição do fluxo salivar, porém uma alteração nos componentes, como mucina, IgA, fosfatos, pH e resistência elétrica. Acredita-se que a alteração desses componentes esteja relacionada ao envolvimento da função simpática e parassimpática, além da injúria neuropática no desenvolvimento da doença^{24,31}.

Quanto aos medicamentos, os anti-hipertensivos são as drogas mais associadas ao aparecimento de sintomas da SAB e, especialmente, a sensação de queimação na boca tem sido mais relacionada aos anti-hipertensivos que atuam sobre o sistema renina-angiotensina como captopril, enalapril e lisinopril³². A literatura mostra que em algumas situações pode existir uma anomalia no sistema renina-angiotensina que bloqueia a atividade da angiotensina II, causando assim a sensação de queimação na mucosa oral³².

A síndrome de Sjögren é uma doença que acomete as glândulas exócrinas, caracterizada por ser uma doença sistêmica inflamatória crônica e de etiologia autoimune. Seu mecanismo se dá por meio de uma agressão tecidual, em que os linfócitos B se convertem em plasmócitos e produzem anticorpos contra antígenos do epitélio dos ácinos e dos ductos das glândulas exócrinas³³. Essa síndrome também é relatada como uma das causas da SAB, que por apresentar como um dos sintomas a boca seca, também pode ocasionar a ardência bucal^{13,24,27}.

Pacientes com SAB são 3,58 vezes mais propensos a apresentarem problemas prévios ao início do diagnóstico da SAB, como doenças gastrointestinais, gastrite, refluxo esofágico e flatulência, infecções gastrointestinais por *Helicobacter pylori*. Essas condições podem provocar sequelas na mucosa oral e causar a ardência bucal, apesar de estudos não mostrarem

uma relação entre essas alterações³⁴.

Algumas pesquisas também relatam sobre o envolvimento dos hormônios da tireoide na SAB. Os hormônios tireoidianos estão envolvidos na maturação e especialização de papilas gustativas. O distúrbio desses hormônios ocorre principalmente em indivíduos chamados de "supertasters" ou "superdegustadores", que são pessoas que apresentam um elevado número de papilas gustativas e apresentam habilidades aprimoradas para detectar sabor³⁵. Nas alterações tireoidianas, a inibição das fibras nervosas aferentes do paladar pode desencadear um aumento da sensibilidade dos tecidos orais ao tato, estímulo térmico e a estímulos dolorosos, desencadeando, assim, dor, queimação e inchaço na mucosa oral^{34,35}.

O fator psicológico é significativo no surgimento da SAB. Em uma pesquisa de caso controle, o grupo que possuía o diagnóstico da doença apresentava sintomas de depressão, baixa adaptabilidade, ansiedade e instabilidade emocional mais intensos que o grupo controle³⁶. Contudo, alguns autores acreditam que o fator psicológico pode não ser a causa e sim, uma consequência da dor crônica e das dificuldades no tratamento, o que acaba cooperando para o agravamento das condições psicossociais³⁴. Além disso, os pacientes portadores da SAB têm uma tendência a se sentirem mais introvertidos e sofrer de baixa autoestima²¹.

Pesquisas feitas para encontrar a causa da SAB nas últimas duas décadas comprovaram o envolvimento neuropático na etiologia da doença na maioria dos pacientes¹⁷. Essa dor de origem neuropática pode ser dividida em central e periférica. O envolvimento neuropático periférico pode ser causado por lesões do tronco cerebral trigeminal, neuropatias trigeminais extensas ou até mesmo por pequenas fibras localizadas na mucosa intraoral que evidenciam a perda da função. Quando central, pode estar relacionada a baixo teor de dopamina no cérebro¹⁷.

Diagnóstico clínico

A biópsia da língua pode ser utilizada como auxiliar no diagnóstico da SAB. As fibras nervosas avaliadas de biópsias feitas de pacientes com SAB exibem neuropatia sensorial das fibras pequenas trigeminais em consequência da perda das fibras nervosas epiteliais e subpapilares. Justamente, essas fibras nervosas epiteliais possuem interações sinápticas com os botões gustativos das papilas fungiformes localizadas no dorso da língua e sua estimulação pode induzir a sensação

de queimação e afetar a percepção gustativa^{17,34}.

Diante das dificuldades existentes para chegar ao diagnóstico da SAB é de extrema importância enfatizar o exame clínico. O diagnóstico, geralmente, é obtido após exclusão de todas as outras possíveis alterações mais comuns de causar ardência intraoral³⁷. Anamnese bem detalhada e o conhecimento dos dados pregressos e atuais da doença tornam-se imprescindível para chegar ao diagnóstico. Durante a anamnese, os sintomas relatados, duração, intensidade, localização, início e os fatores que potencializam a dor devem ser avaliados, dessa forma é muito importante que o profissional tenha conhecimento das características da doença e saiba os seus diagnósticos diferenciais³⁷.

Durante a consulta clínica, todas as estruturas orais do paciente devem ser verificadas, além de questionar o estado emocional do paciente. Para a maioria dos pacientes, o diagnóstico geralmente é tardio, em média de 34 meses após o início dos sintomas devido à falta de conhecimento para detectar a SAB. Muitos pacientes acumulam exames e se cansam das múltiplas consultas com vários especialistas, sem sucesso quanto ao diagnóstico e tratamento adequado^{23,34}.

Os sintomas de ardência e queimação na mucosa bucal não são exclusivos da SAB, o que torna o diagnóstico ainda mais desafiador. Esses sintomas podem estar associados a patologias como o líquen plano erosivo, pênfigo, penfigóide, candidíase e língua geográfica, por isso a importância de avaliar o diagnóstico diferencial²⁹. Clinicamente, o líquen plano erosivo possui áreas eritematosas, atróficas, com graus variáveis de ulceração central e a periferia das regiões atróficas geralmente é circundada por finas estrias brancas irradiadas, o que o difere das características da SAB a qual não se tem lesões clinicamente visíveis²⁹. Outras doenças como a síndrome de Sjögren, neuropatia diabética, lúpus eritematoso e as deficiências nutricionais graves também são consideradas como o diagnóstico diferencial da SAB²⁹.

Tratamento

Para elaboração de um planejamento de tratamento adequado, é necessário primeiro detectar se a SAB é primária ou secundária, pois a forma terapêutica nos dois casos é diferente^{18,34,37}. A patologia da SAB ainda é desconhecida, dificultando, assim, a proposta de um tratamento totalmente eficaz²⁴.

De uma forma geral, os pacientes devem ser esclarecidos que a SAB não se trata de uma

doença maligna e sobre as dificuldades do tratamento, a natureza da doença e a possibilidade de muitas vezes não conseguir a cura, visto que os sintomas podem ser apenas amenizados¹³. É imprescindível comunicar ao paciente que a sua queixa é relevante e que o tratamento pode ser longo e com muitas adaptações¹³.

Diante da identificação, é viável analisar quais patologias provocam a SAB secundária³⁷. As alterações locais, sistêmicas e psicogênicas, quando identificadas como fatores etiológicos da doença, devem ser tratadas para a remissão ou suavização dos sintomas da SAB. Nessas situações, o tratamento deve ser realizado por uma equipe multiprofissional, considerando todos esses fatores que podem atuar em conjunto. No entanto, algumas vezes o tratamento específico para o fator causal pode não resultar em cura, sugerindo que o fator predisponente pode ter levado a uma alteração neuropática irreversível^{18,34,37}.

Na SAB causada por fatores secundários, busca-se usar medidas paliativas que visam diminuir ou curar o sintoma de ardor sentido pelo paciente. A depender do fator causal, pode-se utilizar saliva artificial, realizar ajuste ou substituição de próteses, remoção de cálculo dentário, prescrição de terapia antifúngica, reposição de vitaminas do complexo B e também um encaminhamento para uma avaliação psicológica de acordo com a história e o contexto social do paciente²⁴.

O tratamento da SAB primária se torna mais complexo por apresentar etiologia desconhecida. A literatura propõe uma terapêutica medicamentosa com várias substâncias, como o gel de capsaicina, aloe vera e a lidocaína e medicamentos sistêmicos como antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, benzodiazepínicos (clonazepam) e inibidores seletivos da serotonina, além da psicoterapia³⁹. Os tratamentos com maiores evidências científicas são atualmente o ácido alfa lipóico e o clonazepam⁴⁰.

O ácido alfa lipóico é um agente antioxidante e atua como um neuroprotetor por impedir o aumento dos níveis intracelulares de glutatona e eliminar os radicais livres gerados em situações de estresse. Pesquisas revelaram que o tratamento com o ácido alfa lipóico proporcionou uma melhora significativa na sintomatologia após dois meses de uso^{29,40}. Em um estudo caso-controle foi usado o ácido alfa lipóico associado a gabapentina, anticonvulsivante que atua como agonista do neurotransmissor GABA de atividade no SNC, e

observou-se que a combinação desses 2 fármacos demonstrou melhoria nos sintomas em comparação quando se usa os dois individualizados⁴¹.

Os principais benzodiazepínicos utilizados no tratamento da sintomatologia são o clordiazepóxido (Librium) e o clonazepam²⁹. Esses medicamentos vão provocar a inibição da dor por serem agonistas do receptor ácido gama-aminobutírico (GABA) se ligando central ou periféricamente. A utilização do clonazepam sistêmico levou a 70% na redução de sintomas dolorosos nos pacientes e também uma diminuição nos distúrbios do paladar, no entanto a medicação foi mais eficaz quando empregada em pacientes jovens e que apresentam sintomas há pouco tempo²⁹.

O clonazepam tópico também é um medicamento que tem demonstrado o alívio do sintoma de queimação em alguns pacientes, o seu mecanismo consiste na ação local atuando nos fatores periféricos da SAB⁴². Em um estudo clínico, os pacientes relataram sentir uma sensação de efervescência e dormência da língua quando o comprimido era dissolvido sublingual, entretanto os sintomas de ardência reapareciam depois de 3 a 4 horas sendo necessário um novo comprimido para manter a ausência dos sintomas⁴³.

A capsaicina tópica é indicada para o tratamento de neuralgia, artrose, artrite reumatoide, neuropatia diabética e prurido. No controle da SAB, a capsaicina deve ser aplicada diariamente de três a quatro vezes sobre a área afetada. Sua administração reduz o acúmulo de substância P e outros neurotransmissores e dessensibiliza os nociceptores do tipo C, aliviando dessa forma o sintoma de queimação³⁹. Contudo, a capsaicina tópica pode ter algumas limitações como ser contraindicada em pacientes que possuem alergia a pimenta e alguns pacientes podem sentir os efeitos colaterais como calor e ardor na área em que é aplicada³⁹.

A capsaicina sistêmica (cápsulas a 0,25%) também é utilizada no tratamento da SAB, sendo recomendada o uso 3 vezes ao dia durante 1 mês, a qual mostrou ser eficaz na redução da dor. Contudo, a literatura relata que deve ser usado com cautela, pois pode causar dor gástrica em alguns pacientes²².

A literatura recomenda o uso de antidepressivos apenas em doenças crônicas não malignas quando todas as opções de terapia já foram submetidas e não obtido resultado esperado e quando a doença é acompanhada de um

distúrbio psicológico. Na SAB, os antidepressivos mais usados são os tricíclicos como a amitriptilina (25 a 75 mg por dia), podendo ser ajustada de acordo com cada paciente³⁴. A amitriptilina e nortriptilina em baixas dosagens podem ser eficazes, no entanto alguns autores não indicam o uso desses medicamentos, pois podem causar boca seca e agravar a situação⁴⁴.

Para os pacientes refratários aos tratamentos farmacológicos, a literatura aponta a terapia cognitiva comportamental (TCC) como opção de tratamento, cujo objetivo é permitir que o paciente entenda as causas dos sintomas que possui e que esses sintomas podem servir como uma forma de defesa aos fatores emocional e psicogênico¹⁸. As diferenças existentes em cada paciente na origem psicológica podem gerar um impacto no resultado da terapia cognitiva, por isso se faz necessário seguir uma abordagem individual na avaliação⁴⁵.

Terapias alternativas como o uso do laser de baixa potência também tem sido relatado pela literatura com um resultado satisfatório. A aplicação do laser é indicada quando não há resolução no tratamento com outras terapias, dessa forma o laser promove ação de bioestimulação, analgesia, ação anti-inflamatória e antiedematosa⁴⁶.

Uma terapia de reposição hormonal (TH) foi proposta por ser uma patologia que afeta principalmente mulheres na pré e pós menopausa e ter uma grande correlação com o hormônio estrogênio, mostrando que mulheres que fazem terapia hormonal relatam melhora em sua qualidade de vida⁴⁷. Porém, no mesmo estudo foi demonstrado que a melhora de alguns sintomas orais em mulheres de meia idade que fazem o uso de TH ainda é controversa por ser um tratamento totalmente individual, comprovando que algumas mulheres podem melhorar e outras não. Além do estudo comprovar que é necessário novas pesquisas com mais tempo de acompanhamento para avaliar o efeito da TH⁴⁷.

Outros métodos alternativos como a fitoterapia juntamente com analgésicos e antidepressivos tem demonstrado uma eficácia de até 52% nos pacientes com o efeito duradouro de 12 semanas, além de tratamentos como acupuntura e aloe vera.

Nos casos em que, além de existir os sintomas, se detecta um trauma repetitivo na mucosa bucal, o mais adequado é fazer o uso dessas alternativas de tratamento combinado com um protetor lingual⁴². Entretanto, todos esses tratamentos alternativos são eficazes para alguns casos⁴².

A acupuntura também é um tratamento alternativo que tem se mostrado eficaz em pacientes que fazem uso de medicamentos sem resultado satisfatório. A acupuntura demonstrou reduzir dor em vários estudos por ser uma terapia que estimula as terminações nervosas⁴⁸. De acordo com a literatura, a acupuntura aumentou a microcirculação oral em voluntários saudáveis, influenciando na mudança no padrão vascular e, conseqüentemente, uma redução significativa na sensação de queimação após três semanas de terapia⁴⁸. Os resultados obtidos com o tratamento realizado através da acupuntura demonstram uma modificação vascular resultando no aumento da densidade capilar que proporcionou uma diminuição na sensação de ardência bucal. Contudo, existe uma tendência em voltar a um padrão vascular característico de pacientes com SAB, o que torna indispensável a realização de mais sessões mensais de acupuntura com o intuito de poder restaurar os microparâmetros circulatórios aos padrões fisiológicos de normalidade⁴⁹.

Não há evidências suficientes para se obter uma “verdadeira” etiologia de modo que possa melhorar e tornar o tratamento da SAB totalmente confiável e resolutivo⁵⁰. Embora muitos tratamentos farmacológicos e terapias alternativas tenham sido eficazes em alguns casos, ainda se torna necessário mais estudos no mecanismo fisiopatológico da SAB para se obter o desenvolvimento de drogas efetivas para a resolução dessa condição⁵¹. É necessária uma abordagem individual na avaliação e no tratamento do paciente devido à sua etiologia multifatorial. O tratamento deve ser conduzido de forma multiprofissional, em conjunto com diversos profissionais da área da saúde para que se consiga gerenciar de forma adequada todos os sintomas e alterações do paciente⁵⁰.

Quadro 2. Aspectos críticos da síndrome da ardência bucal.

Problema	Pontos críticos
Síndrome da Ardência Bucal	Falta de conhecimento sobre a SAB pelo CD e outros profissionais de saúde
	Dificuldade no diagnóstico e tratamento
	Baixa auto estima do portador da SAB

Para uma seleção de qual melhor forma para controle da SAB dentre os diversos tratamentos

existentes, sugere-se que seja realizada de acordo com os sintomas, contexto social, história médica

do paciente. Souza (2013)²⁸ propôs um quadro informativo (Quadro 2) sobre o entendimento que o CD deve ter entre o problema que é a síndrome e entre os pontos críticos que a patologia traz para se obter um melhor resultado no diagnóstico e consequentemente no tratamento²⁹.

É de extrema importância que o paciente esteja

ciente sobre todas as alternativas de tratamento e suas adaptações e envolvido no planejamento e na execução do controle da SAB (Quadros 3 e 4). Assim, o profissional pode transmitir segurança e confiança para o paciente, e este se sinta acolhido, fatores que vão interferir positivamente no tratamento⁷.

Quadro 3. Principais possibilidades terapêuticas, segundo Oliveira et al., 2013¹²

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	POSOLOGIA	RESULTADO
Ácido alpha lipóico	200 a 300 mg, 3 vezes ao dia por 2 meses.	Eficaz, mas parece perder efeito com o tempo.
Capsaicina Sistêmica	0,25%, 3 vezes ao dia, por 30 dias.	Reduz a intensidade da dor, mas não é recomendado em tratamento prolongados (efeitos colaterais)
Capsaicina Tópica (gel)	0,025%, 5 vezes ao dia por 10 minutos, por 60 dias.	Reduz a intensidade da dor, porém com o tempo pode ficar não palatável.
Benzidamine	0,15%, 3 vezes ao dia, por 4 semanas.	Sem resultados significativos.
Trazodone	200 mg por dia durante 8 semanas.	Sem resultados significativos com relatos de efeitos colaterais.
Amisuprida Paroxetina Sertralina	50 mg/dia por oito semanas 20 mg/dia por oito semanas 50 mg/dia por oito semanas	Alta eficácia, sem efeitos colaterais graves.
Gabapentina	300 mg a cada 2 dias até 2400 mg/dia por 3 semanas.	Sem efeito significativo.
Clonazepam Sistêmico	0,25 mg/dia ou 25 mg/semana até no máximo 3mg/dia por 30 dias.	Redução da dor em doses baixas, com efeitos colaterais leves.
Clonazepam Tópico (comprimidos)	0,5 mg/dia a 1 mg/dia, 2 a 3 vezes/dia por 90 dias.	Eficaz.
Levosulpirina	100 mg/dia por 8 semanas.	Não é eficaz em pacientes recém diagnosticados.
Topiramato	50 mg a cada 12 horas; depois de 4 semanas aumenta a dose para 100 mg e 2 semanas depois para 150 mg.	Melhora completa dos sintomas, sem efeitos colaterais.

Quadro 4. Principais possibilidades terapêuticas não farmacológicas, segundo Oliveira et al., 2013¹²

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO	RESULTADO
Psicoterapia: abordagem cognitiva comportamental	Remissão da dor aos pacientes tratados quando comparados ao grupo placebo.
Acupuntura	Eficaz, necessitando de mais estudos para comprovação de sua eficácia.
Laserterapia	Eficaz e sem efeitos colaterais com melhora completa dos sintomas em alguns casos.
Eletroconvulsoterapia	Melhora significativa do quadro clínico após 12 sessões de aplicações.

Essa revisão de literatura apresenta algumas limitações. Pode-se citar falta de informações sobre a fisiopatologia da SAB, além da dificuldade em encontrar artigos adequadamente delineados, especialmente referentes as possibilidades terapêuticas dessa síndrome.

CONCLUSÃO

A SAB é uma condição muito desafiadora para os cirurgiões-dentistas e também para outros

profissionais da saúde. É de extrema importância que o profissional tenha conhecimento sobre a síndrome para acelerar no diagnóstico e melhorar a condição de vida desses pacientes, que em grande maioria já passam por diversos profissionais, com agravamento de problemas psicológicos. Assim, pode-se concluir:

- A SAB apresenta etiologia multifatorial e muitas vezes duvidosa, o que torna o diagnóstico difícil, o que acarreta diretamente nos pacientes;
- A fisiopatologia mais aceita atualmente refere-se à desinibição trigeminal com perda parcial ou

total da função do nervo corda do tímpano, responsável pela aferência gustativa;

- Para seu diagnóstico, o paciente deve apresentar sintomas de queimação intraoral ou disestesia recorrente diariamente por mais de 2 horas por dia e mais de 3 meses, sem quaisquer lesões causais identificáveis;
- As regiões intraorais com maior frequência de manifestação dos sintomas são os dois terços anteriores da língua, o palato duro anterior e a mucosa do lábio inferior;
- Vários tratamentos são propostos na literatura e é cabível ao profissional que conheça o seu paciente, o seu histórico social e médico para buscar o tratamento mais adequado para o controle da SAB, sempre explicando e confortando o paciente sobre a sua condição.

REFERÊNCIAS

1. Hilgenberg PB, Cunha CO, Mendonça LM, Conti R. Dor orofacial odontogênica e a importância do diagnóstico diferencial. *Relato de caso. Ver Dor.* 2010;11(2):169–72.
2. Rocha ASRM. Catastrofização da dor e percepção de doença em indivíduos com dor crônica. 2013; Porto. [Dissertação de Mestrado – Universidade Fernando Pessoa].
3. Heir GM. Introduction to Orofacial Pain. *Alpha Omegan.* Winter 2012;105(3-4):58-60.
4. Janeiro IMI. Fisiologia da dor. Lisboa; 2017 [Dissertação - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias].
5. International Association for the study of pain. Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised), Introduction [Internet]. Washington, DC 20005-1020, EUA [citado em 2011]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/publications/free-ebooks/classification-of-chronic-pain-second-edition-revised/>
6. Rocha IM, Pinheiro VDA. Síndrome da ardência bucal: uma revisão de literatura. Recife; 2018. [Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade Integrada de Pernambuco].
7. Montandon AAB, Pinelli LAP, Rosell FL, Fais LMG. Síndrome da Ardência Bucal: avaliação e tratamento. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo.* 2011;23(1):59–69.
8. Meneguet AF, Moraes PC, Guimarães AS, Rodrigues L, Cruz MM. Pain perception and quality of life in burning mouth syndrome. *BrJP.* 2020;3(2):153–7.
9. Feller L, Fourie J, Bouckaert M, Khammissa RAG, Ballyram R, Lemmer J. Burning Mouth Syndrome: Aetiopathogenesis and Principles of Management. *Pain Res Manag.* 2017;2017:1926269.
10. Tan HL, Smith JG, Hoffmann J, Renton T. A systematic review of treatment for patients with burning mouth syndrome. *Cephalalgia.* 2021; 18;3331024211036152.
11. Gurvits GE, Tan A. Burning mouth syndrome. *World J Gastroenterol.* 2013;19(5):665–72.
12. Oliveira GMR, Silva-júnior GO, Picciani BLS, Ramos RT, Pestana SG, Cantisano MH. Síndrome da Ardência Bucal: aspectos clínicos e tratamento. *Rev HUPS.* 2013;12(1):21–9.
13. Pigatto PD, Guzzi G. Burning mouth syndrome. *Skinmed.* 2012;10(3):134–5.
14. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. In: Merskey H, Bugduk N, eds. Report by the IASP Task Force on Taxonomy. Seattle IASP Press, 1994:74.
15. Siviero M, Teixeira MJ, de Siqueira JTT, Siqueira SRDT. Somesthetic, gustatory, olfactory function and salivary flow in patients with neuropathic trigeminal pain. *Oral Diseases.* 2010; 16(5): 482-487.
16. Jääskeläinen SK. Is burning mouth syndrome a neuropathic pain condition? *Pain.* 2018;159(3):610–3.
17. Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I, Giamberardino MA. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2003;14(4):275-91.
18. Kim MJ, Kho HS. Understanding of Burning Mouth Syndrome Based on Psychological Aspects. *Chin J Dent Res.* 2018;21(1):9-19. doi: 10.3290/j.cjdr.a39914.
19. Cerchiari DP, de Moricz RD, Sanjar FA, Rapoport PB, Moretti G, Guerra MM. Burning mouth syndrome: etiology. *Braz J Otorhinolaryngol [Internet].* 2006;72(3):419–23. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S1808-8694\(15\)30979-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1808-8694(15)30979-4)
20. Ostroski MM, Moura SAB de, Sarmento VA, Lima AAS de. Fluxo salivar e os níveis de ansiedade e depressão em pacientes com a Síndrome da Ardência Bucal: estudo de caso-controlado. *Rev odontol UNESP.* 2012;41(2):118–24.
21. Aravindhan R, Vidyalakshmi S, Kumar MS, Satheesh C. Síndrome da boca ardente: uma revisão sobre sua abordagem diagnóstica e terapêutica Classificação e subtipos. *J Pharm Bioallied Sci.* 2021;6(Suplemento 1):1–9.
22. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sánchez-Siles M, Gómez-García F. Burning mouth syndrome: na update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010;15(4):562–8.
23. Barros JA, Barros HA, Barros JA. Diagnóstico e tratamento da neurocisticercose. *Rev Med Minas Gerais.* 2003;13(4):240–3.
24. Cherubini K, Maidana JD, Weigert KL, Figueiredo MA. Síndrome da ardência bucal:

- revisão de cem casos. *Rev Odonto Ciência*. 2005;20(48):109–13.
25. Mock D, Chugh D. Burning mouth syndrome. *Int J Oral Sci*. 2010;2(1):1–4.
 26. Monteiro AD, Sousa ACV de, Matos FZ, Carvalhosa AA de, França DCC, Aguiar SMHCA de. Síndrome Da Ardência Bucal, Correlações Fisiopatológicas, Medicamentosas: Revisão De Literatura. *Rev Odontol Araçatuba*. 2011;32(2):33–7.
 27. Ferraz PCG, Trindade MS, Brito LGO, Brito LMO, Chein MBC. Avaliação da influência da terapia hormonal na saúde oral de mulheres na menopausa. *REPRODUÇÃO & CLIMÁTERIO*. 2009, 24(3):107-111.
 28. Souza ACDA. Síndrome da ardência bucal: um desafio para o cirurgião-dentista. *Campos Gerais*; 2013. [Trabalho de Conclusão de Curso Universidade Federal de Minas Gerais - MG].
 29. Lima Saintrain MV de, Oliveira Braga J de, Ximenes Carlos M, Germano Maia MC. Perfil epidemiológico de mulheres idosas com sintomas de ardência bucal. *RBPS*. 2011; 24(3): 238-244. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820076008>. 2011.
 30. Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome and other oral sensory disorders: A unifying hypothesis. *Pain Res Manag*. 2003;8(3):133–5.
 31. Salort Llorca C, Mínguez Serra MP, Silvestre FJ. Drug-induced burning mouth syndrome: A new etiological diagnosis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13(3):E167–70.
 32. Felberg S, Dantas PEC. Diagnóstico e tratamento da síndrome de Sjögren. *Arq. Bras. Oftalmol*. 2006;69(6):959–63.
 33. Omar F, Netto G, Márcia I, Diniz A, Mattos S De. Síndrome da ardência bucal: uma revisão sobre aspectos clínicos, etiopatogenia e manejo. *Rev. Cuba. Estomatol*. 2010;47(4):417–27.
 34. Femiano F, Gombos F, Esposito V, Nunziata M, Scully C. Burning mouth syndrome (BMS): evaluation of thyroid and taste. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006;11(1):22–5.
 35. Pokupec-Gruden JS, Cekić-Arambašin A, Gruden V. Psychogenic factors in the aetiology of stomatopyrosis. *Coll Antropol*. 2000;24(Suppl 1):119–26.
 36. Medeiros G, Zilli BL, Damian MA, Pompeo DD. Diagnóstico da síndrome da ardência bucal – uma revisão integrativa. *Full Dent Sci*. 2017; 9(33):1-6.
 37. Amenábar JM. Níveis de cortisol salivar, grau de estresse de ansiedade com síndrome da ardência bucal. Porto Alegre; 2006. [Tese de Doutorado - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul].
 38. Péder SNS, Ricken CM, Pieralisi N, da Silva MC, Tolentino ES. Análise da aplicação tópica de capsaicina 0,025% em pacientes com síndrome de ardência bucal e sua associação com a qualidade de vida: série de casos. *Ver FAIPE*. 2018; 8(1):11–25.
 39. Cembrero-Saralegui H, Imbernón-Moya A. Burning Mouth Syndrome: New Treatments. *Actas Dermosifiliogr*. Jan-Feb 2017;108(1):63-64.
 40. López-D'alessandro E, Escovich L. Combination of alpha lipoic acid and gabapentin, its efficacy in the treatment of burning mouth syndrome: A randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(5):e635-40.
 41. De Luca Monasterios F, Rodríguez de Rivera CME. Tratamiento del ardor bucal y de la boca seca. *Nuevas tendencias*. *Av Odontostomatol [Internet]*. 2014;30(3):139–43. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014003300007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 42. Campillo ERR, López-López J, Chimenos-Küstner E. Response to topical clonazepam in patients with burning mouth syndrome: a clinical study. *Bull Group Int Rech Sci Stomatol Odontol*. 2010 May 21;49(1):19-29.
 43. Ramesh P. Burning mouth syndrome: Present perspective. *Online J Otolaryngol [Internet]*. 2015;5(3):7–13. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=108685254&site=ehost-live>
 44. Zakrzewska JM, Forssell H, Glennly AM. Interventions for the Treatment of Burning Mouth Syndrome: A Systematic Review. *J Orofac Pain*. 2003;17(4):293–300.
 45. Alfayal TA, Tannurell PN, Barcelos R, Cantisano MH, Gouvêa CVD. Laser de baixa potência no tratamento da síndrome da ardência bucal: relato de caso clínico. *Stomatos*. 2010; 16(31): 87-91.
 46. Dutt P, Chaudhary S, Kumar P. Oral Health and Menopause: A Comprehensive Review on Current Knowledge and Associated Dental Management. *Ann Med Health Sci Res*. 2013;3(3):320-3.
 47. Diep CP, Goddard G, Mauro G. Acupuncture improves pain and rest in Burning Mouth Syndrome patients: A clinical cases. *Dent Cadmos*. 2019;87(3):160–6.
 48. Braga FPF. Síndrome de ardência bucal: estudo dos fatores clínicos associados ao diagnóstico e avaliação da acupuntura como modalidade terapêutica. São Paulo; 2010. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
 49. Nakazone PA, Nogueira AVB, de Alencar Júnior FGP, Massucato EMS. Burning mouth syndrome: A discussion about possible etiological factors and treatment modalities. *Brazilian J Oral Sci*. 2009;8(2):62–6.

50. Mínguez Serra MP, Salort Llorca C, Silvestre Donat FJ. Pharmacological treatment of burning mouth syndrome: A review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2007;12(4):E299–304.

Endereço para correspondência

Ana Paula Varela Brown Martins
E-mail: apvbmartins@gmail.com

