 <https://doi.org/10.58871/000.25042023.v1.16>

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: REVISÃO DE LITERATURA

BURNING MOUTH SYNDROME: LITERATURE REVIEW

RAABE CARINE FERREIRA DE MELO

Graduanda do curso de bacharelado em Odontologia – FAESF

SEBASTIÃO RIBEIRO DE SOUSA JÚNIOR

Graduando do curso de bacharelado em Odontologia – FAESF

DOUGLAS ALVES DA SILVA

Graduando do curso de bacharelado em Odontologia – FAESF

ISLENA DA SILVA RESENDE

Graduanda do curso de bacharelado em Odontologia – FAESF

MARIANA BARBOSA EVELYN

Graduanda do curso de bacharelado em Odontologia – FAESF

MAIURY SILVA DA PAZ

Graduanda do curso de bacharelado em Odontologia – FAESF

GRAZIELE EVANGELISTA FERNANDES ROCHA

Graduanda do curso de bacharelado em Odontologia – FAESF

VINÍCIUS DA SILVA TEIXEIRA

Mestrando em Odontologia - CEUMA

LUIZ IAGO ALVES SIQUEIRA CARDOZO

Graduando do curso de bacharelado em Odontologia – ANHANGUERA de Uberlândia

JULIANA NOLÊTO COSTA

Professora Especialista em Dentística, Odontologia – FAESF

RESUMO

Objetivo: Abordar, através de uma revisão de literatura, a Síndrome da Ardência Bucal (SAB), seus possíveis sinais e sintomas, diagnóstico e as principais formas de tratamento.

Metodologia: realizou-se uma busca bibliográfica através dos bancos de dados eletrônicos Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SciELO, utilizando os descritores: Estomatologia, Tratamento e Síndrome da Ardência Bucal. Foram incluídos 20 artigos, apenas os que atenderam aos critérios de inclusão: estreita relação com o tema, texto completo disponível e publicado nos últimos 12 anos, na língua inglesa e portuguesa; os que não se adequaram,

foram desconsiderados. **Resultados e Discussão:** De acordo com os estudos, os pacientes acometidos pela SAB apresentam ardor, queimação além de xerostomia, disgeusia, dor com diferentes intensidades, halitose, disfagia, formigamento, dormência, rigidez, sensação de areia ou ácido na boca, sensibilidade e desconforto. No que se refere ao tratamento, os fármacos psicotrópicos, como antidepressivos e ansiolíticos estão em evidência, seguidos pelos anti-hipertensivos. Já com relação aos métodos não farmacológicos, destacam-se: Psicoterapia – abordagem cognitiva comportamental, Acupuntura, Laserterapia e Eletroconvulsoterapia. **Considerações Finais:** A SAB apresenta etiologia multifatorial, o que torna seu diagnóstico mais complexo. Assim, é de grande importância que o profissional conheça o seu paciente, o seu histórico social e médico, para buscar o tratamento mais adequado para o controle da doença, melhorando a condição de vida desses pacientes.

Palavra-chave: Estomatologia; Tratamento; Síndrome da Ardência Bucal.

ABSTRACT

Objective: Approach, through a literature review, the Burning Mouth Syndrome (BMS), its possible signs and symptoms, diagnosis and the main forms of treatment. **Methodology** a bibliographic search was carried out through the electronic databases Virtual Health Library (BVS) and SciELO, using the descriptors: Stomatology, Treatment and Burning Mouth Syndrome. Twenty articles were included, only those that met the inclusion criteria: close relationship with the theme, full text available and published in the last 12 years, in English and Portuguese; those that did not fit were disregarded. **Results and Discussion** According to studies, patients affected by SAB present burning, burning in addition to xerostomia, dysgeusia, pain with different intensities, halitosis, dysphagia, tingling, numbness, stiffness, sensation of sand or acid in the mouth, sensitivity and discomfort. With regard to treatment, psychotropic drugs such as antidepressants and anxiolytics are in evidence, followed by antihypertensives. With regard to non-pharmacological methods, the following stand out: Psychotherapy- cognitive behavioral approach, Acupuncture, Laser therapy and Electroconvulsive Therapy. **Final Considerations:** SAB it has a multifactorial etiology, which makes its diagnosis more complex. Thus, it is of great importance that the professional knows his patient, his social and medical history, to seek the most appropriate treatment to control the disease, improving the living conditions of these patients.

Keywords: Stomatology; Treatment; Burning Mouth Syndrome.

1. INTRODUÇÃO

A síndrome do ardor bucal (SAB) é classificada como uma dor orofacial neuropática, caracterizada pela sensação de ardor, dor ou queimação, sem causas locais, sistêmicas ou laboratoriais aparentes. Podendo ainda estar relacionada a alterações no paladar e a secura subjetiva da boca (DENMARK et al., 2018). A etiologia da SAB não é bem compreendida, entretanto, estudos mais recentes, apontam para uma origem multifatorial com envolvimento de alterações neuropáticas periféricas e central (KLEIN et al., 2020).

A associação internacional de estudos da dor define tal condição como uma sensação intraoral de queimação, na qual nenhum relato médico ou odontológico pode ser encontrado, essa queimação varia de intensidade moderada a severa, que afeta mais a língua, podendo também atingir demais locais da mucosa bucal, persistindo por um período mínimo de quatro meses, sem sinais clínicos que justifiquem esta sintomatologia (LOPEZ-JORNET et al., 2015)

O termo síndrome determina que um conjunto de sinais e sintomas esteja presente, simultaneamente, no quadro clínico. Além da queimação, mais frequentemente, são observadas alteração do paladar e secura bucal. Nesta síndrome, mulheres adultas e em idade mais avançada são mais comumente acometidas, com prevalência de até 12% na faixa etária entre 60 e 69 anos; e, normalmente, este grupo apresenta alterações hormonais e/ou distúrbios psicológicos (FORSSSEL et al., 2015).

O sintoma de dor típico é a sensação de queimação oral, característica que mais representa a síndrome. No entanto, alguns pacientes também relatam formigamento, coceira, sensação de alfinetadas ou boca escaldada e inchaço (PIGATTO et al., 2012). As apresentações clínicas podem variar de acordo com os sintomas em que o paciente descreve, podem ser classificados em oligossintomáticos quando o indivíduo apresenta dor e disgeusia ou apenas xerostomia e monossintomático quando apresenta apenas dor (OLIVEIRA et al., 2013).

Para o correto diagnóstico da SAB, deve-se obter uma anamnese detalhada sobre a apresentação da sintomatologia, assim como histórico do médico e farmacológico do paciente, juntamente com a eliminação de outras possíveis causas para o quadro de Glossodinia (termo genérico para o quadro de ardência intra oral) (RITCHIE et al., 2018).

Assim, o presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a síndrome da ardência bucal, abordando sobre seus sinais e sintomas, diagnóstico da síndrome e as principais formas de terapêutica medicamentosa e formas não farmacológicas, que permita produzir resultados mais uniformes e precisos no controle dessa doença.

2. METODOLOGIA

A apreciação documental foi realizada em artigos científicos publicados preferencialmente nos últimos 12 anos, salvo os mais antigos que tivessem grande relevância no assunto. Foi realizada uma pesquisa eletrônica nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scielo, utilizando uma associação dos descritores: Estomatologia, Tratamento e Síndrome da Ardência Bucal.

A seleção foi baseada na temática proposta, ou seja, foram incluídas publicações que abordaram sinais, sintomas, diagnóstico da síndrome e as principais formas de terapêutica medicamentosa e formas não farmacológicas, no idioma português e inglês, disponíveis na íntegra entre os anos de 2010 e 2022. Os critérios de exclusão foram artigos com data de publicação anterior a 2010, como também, conteúdos que não tivesse relação com o objetivo proposto. Após essa análise, as pesquisas duplicatas foram excluídas e as demais foram avaliadas a partir da leitura completa dos textos. Ao total foram selecionados 20 artigos para o estudo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontradas 74 publicações. Após a leitura dos títulos e resumos, 54 foram excluídas, por não se adequarem ao objetivo do estudo ou por estarem estruturalmente duplicadas. Após esta primeira seleção, 20 pesquisas foram submetidas à leitura do texto completo e incluídas na revisão. No fluxograma I, mostra a quantidade de artigos encontrados e quantos foram selecionados em cada base de dados.

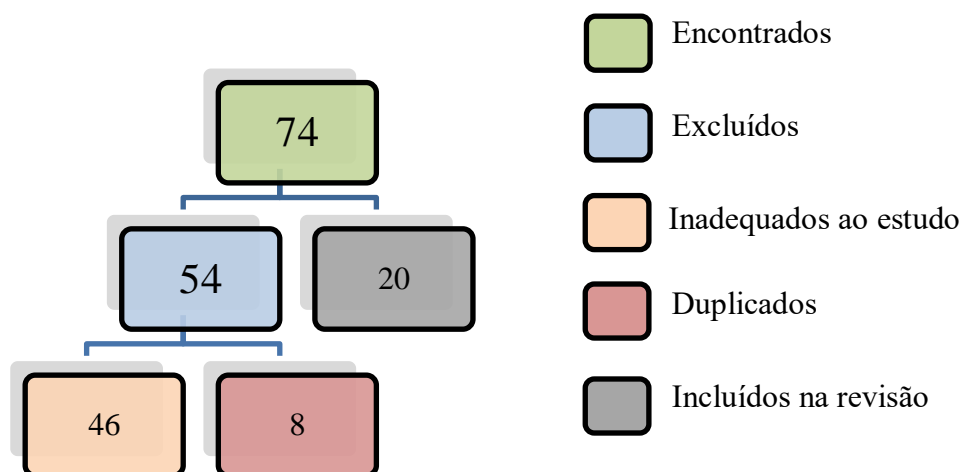


Figura 1. Fluxograma sobre o método de seleção.

A síndrome da ardência bucal (SAB) pode também ser denominada como síndrome da boca ardente ou síndrome dos lábios ardentes, desta forma se estabelece uma condição de etiologia multifatorial, acometendo preferencialmente a população idosa e de meia-idade e se caracteriza como uma sensação de ardor local ou difusa (LOPEZ-JORNET et al., 2015). A etiologia da SAB ainda não está esclarecida, mas alguns estudos relatam que esta condição é

ocasionada por uma complexa associação de fatores, sejam eles hormonais, psicológicos e/ou neuropáticos (THOPPAY et al., 2013; BENDER, 2018).

Estudos epidemiológicos apontam uma prevalência variando de 0,7% a 15% desta condição na população, ocorrendo de 3 a 7 vezes mais no sexo feminino do que no masculino, principalmente em mulheres no período pós-menopausa entre a quinta e sétima década de vida (THOPPAY., et al 2013; KLASSER et al., 2016; GALLI et al., 2020).

A incidência em diferentes sítios parece não se relacionar com a progressão da doença, nem com a resposta ao tratamento, todavia, estes sinais podem ser utilizados na identificação dos componentes atuantes na SAB. Sentida principalmente ao amanhecer ou à noite, a dor apresenta um característico aumento progressivo da sintomatologia ao longo do dia, tornando-se mais pronunciada à noite. Não é comum que os pacientes sejam acordados pela dor, contudo a dificuldade em adormecer e baixa qualidade do sono são queixas frequentes. (LOPEZ et al., 2015).

Pode estar associada a disgeusia, uma alteração do paladar para um gosto mais amargo ou metálico e também ser acompanhada por xerostomia, sensação de boca seca. A Xerostomia, a dor na boca e a alteração do paladar caracterizam essa condição como uma síndrome, sendo uma tríade patognomonia para o diagnóstico (OLIVEIRA et al., 2013).

O exame clínico não aponta para nenhum fator local que possa justificar tal sintomatologia, podendo ser caracterizada como SAB apenas quando encaixada dentro dos padrões de frequência: todos os dias, por mais de 2 horas, por mais de 3 meses, e, após descartados todos os fatores locais e sistêmicos possivelmente relacionados (Tabela 1). Com base nos sintomas a SAB pode ser classificada em: tipo 1, tipo 2 e tipo 3 (Tabela 2). A relação entre a alta prevalência de distúrbios psicoemocionais em portadores de dor crônica ainda é discutida, sem haver um consenso sobre as condições como ansiedade, depressão ou irritabilidade, são primários ou secundários ao desenvolvimento destas dores. Todavia, ansiedade e depressão são frequentes em 15 pacientes com SAB, havendo relação entre fatores psicogênicos e o desenvolvimento e agravamento da SAB. Além disso, distúrbios do sono também apresentam relação com a sensibilização à dor (LEE et al., 2019; ADAMO et al., 2018).

Tabela 1 – Taxa de prevalência de acordo com a intensidade da dor (ARAVINDHAN et al., 2014).

Tipo 1 (prevalência de 35%)	Refere-se a queixas de dor ardente todos os dias, que não está presente ao despertar, mas que se desenvolve durante o dia, aumentando gradualmente de intensidade, sendo mais à noite.
Tipo 2 (prevalência de 55%)	Dor em ardência constante está presente durante todo o dia, presente ao acordar, causa dificuldade em adormecer. Os pacientes com SAB tipo 2 tendem a ser mais se resistente à terapia.
Tipo 3 (prevalência de 10%)	A dor está presente de forma intermitente em alguns dias com intervalos livres de dor e afeta locais incomuns, como a mucosa intervalos livres de dor e afeta locais incomuns, como a mucosa bucal, o assoalho da boca da garganta.

Tabela 2 – Classificação de SAB baseada nos sintomas (MIRANDA et al.,2018).

Tipo 1	Os pacientes não têm sintomas ao acordar, mas os sintomas progridem durante o dia, aumentando o pico de intensidade ao fim da tarde, tornando-se mais severos durante a noite. Está relacionado com desordens sistêmicas como deficiência nutricional e distúrbios do sistema endócrino.
Tipo 2	Os pacientes têm sintomas contínuos ao longo do dia e são sintomáticos à noite resultando em noites sem dormir. Este tipo está associado a alteração de humor, hábitos alimentares e ansiedade crônica devido ao padrão de sono alterado. Está relacionado com uso de medicamentos antidepressivos, que causam hipossalivação e/ou xerostomia.
Tipo 3	Os pacientes têm sintomas intermitentes ao longo do dia com períodos livres de sintomas. Geralmente é perceptível devido à ansiedade ou reação alérgica especialmente aos alérgenos alimentares.

Tratamento Farmacológico

Após o diagnóstico da Síndrome de Ardência Bucal, antes de iniciar o tratamento, é necessária a classificação da doença em primária ou secundária. O tratamento da SAB primária é uma tarefa difícil, uma vez que a causa da alteração é desconhecida. Neste caso, é feito o tratamento da síndrome, visando tratar ou aliviar os sintomas dolorosos (NETTO et al., 2010).

Assim, o tratamento da SAB é baseado na eliminação terapêutica de outras prováveis morbidez como: infecção fúngica, bacteriana e inflamatória e quadro de desnutrição. Para isso, utiliza-se medicamentos como antifúngicos, antihistamínicos, antibacterianos, reposição de vitaminas e mineral. Analgésicos, benzodiazepínicos e antidepressivos tricíclicos podem ser

utilizados no controle da dor e em quadros de ansiedade (Tabela 3) (SCARABELOT et al., 2014).

Ácido alfa lipóico que atua na estimulação de fatores de crescimento de nervos, possui efeito neuroprotetor e tem sido usado em estudos laboratoriais e clínicos que avaliam a reparação de danos neurais, especialmente em casos de polineuropatia diabética. A utilização do ácido alfa-lipóico via oral em pacientes com SAB primária levou a uma melhora dos sintomas em 76 % dos pacientes, embora nenhum caso apresentasse resolução completa dos sintomas (NETTO et al., 2010).

A capsaicina também é sugerida como alternativa de tratamento para a SAB, utilizada por via tópica ou em cápsulas ingeridas. Reduzindo efeitos de agentes inflamatórios e atuando na dessensibilização de canais iônicos das terminações nervosas periféricas. Seu uso tópico pode intensificar sintomatologia por 20 minutos em pacientes que apresentam dores gástricas com a terapia sistêmica (KUTEN-SHORRER et al., 2014).

A gabapentina apresenta efeitos (até 70% quando associada a outros medicamentos) sobre a sintomatologia da SAB em 50% dos pacientes, exercendo efeito modulador dos sistemas descendentes de dor. Tem dose eficaz de 900 a 3600mg/dia. Sugere-se iniciar com o aumento gradual de dose, de 300mg no primeiro dia, 600mg no segundo dia e 900mg o terceiro dia (3 comprimidos de 300mg divididos em manhã, tarde e noite). Após, pode-se ajustar a dose de acordo com a resposta obtida (RITCHIE et al., 2018).

A utilização do clonazepam no tratamento de pacientes com SAB levou a uma redução dos sintomas dolorosos em 70% dos pacientes e surpreendentemente houve redução na queixa de distúrbios do paladar. A medicação foi mais eficaz quando empregada em baixas doses principalmente em indivíduos jovens e em pacientes que apresentavam os sintomas há pouco tempo (NETTO et al., 2010).

Tabela 3. Principais possibilidades terapêuticas (OLIVEIRA et al.,2013).

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	Reduz a intensidade da

	10 minutos, por 60 dias.	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.

Tratamento Não Farmacológico

A acupuntura e a homeopatia podem ser utilizadas como terapias alternativas no tratamento da boca seca, os autores relataram que um estudo com pacientes que foram submetidos a acupuntura para xerostomia primária e secundária (Síndrome de Sjögren e radioterapia) apresentaram aumento significativo fluxo salivar após o tratamento com 5 a 12 sessões. Os resultados indicaram que a acupuntura teve um efeito significativo sobre a xerostomia e posteriormente sobre disfagia, a pesquisa revela também que os pacientes estudados aumentaram o fluxo salivar, melhorou a habilidade de comer, falar e a qualidade do sono (SAITO et al., 2012).

Adicionalmente, alguns estudos têm demonstrado a eficácia da terapia a laser de baixa intensidade como uma opção de tratamento para várias condições médicas devido sua ação analgésica, biomodulação da inflamação, redução de edema, estimulação da cicatrização, regeneração de tecidos e inervação. Atualmente, a terapia a laser vem sendo amplamente

utilizada na odontologia para tratamento de algumas condições como a SAB (ARDUINO et al., 2016; BARBOSA et al., 2018).

Tabela 4. Principais possibilidades terapêuticas não farmacológicas. (OLIVEIRA et al., 2013)

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.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A SAB apresenta etiologia multifatorial, o que torna seu diagnóstico mais complexo. Nesse sentido, torna-se uma condição desafiadora a todos os cirurgiões dentistas, assim se faz notório o conhecimento do profissional sobre a síndrome para facilitar o diagnóstico e melhorar a condição de vida desses pacientes. Além disso, o profissional da área de saúde deve apoiar seu paciente, explicando claramente a complexidade desta patologia, pois o entendimento da doença ajuda a conviver melhor com os sintomas.

Diversas são as linhas de tratamento, pois muitos dos portadores da SAB apresentam distúrbio emocional e uso de diversos fármacos no cotidiano, assim, 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

ADAMO, D. et al. A associação entre síndrome da ardência bucal e distúrbios do sono: um estudo multicêntrico caso-controle. **Doenças orais.**, v. 24, n. 4, p. 638-649, 2018.

ARAVINDHAN, R. et al. Burning mouth syndrome: A review on its diagnostic and therapeutic approach. **J Pharm Bioall Sci.**, v. 6, n.1, p.21-25, 2014.

ARDUINO, P. G. et al. Um estudo piloto randomizado para avaliar a segurança e o valor da terapia com laser de baixa potência versus clonazepam em pacientes com síndrome da ardência bucal. **Lasers na ciência médica.**, v. 31, n. 4, p. 811-816, 2016.

BARBOSA, N. G. et al. Avaliação da terapia a laser e ácido alfa-lipóico para o tratamento da síndrome da ardência bucal: um ensaio clínico randomizado. **Lasers em Ciências Médicas.**, v. 33, n. 6, p. 1255-1262, 2018.

BENDER, S.D. Burning Mouth Syndrome. **Dent Clin North Am.**, v. 62, n. 4, p. 585- 596, 2018.

DENMARK, J.O. et al. **Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders.** São Paulo: Omnifarma, 2018. 1-211 p.

FORSSELL, H. et al. Uma atualização sobre os mecanismos fisiopatológicos relacionados às condições de dor orofacial idiopática com implicações para o manejo. **Revista de Reabilitação Oral.**, v. 42, n. 4, p. 300-322, 2015.

GALLI, F. et al. Role of psychological factors in burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis. **Cephalalgia.**, v. 37, n. 3, p. 265-277, 2017.

KLASSER, G.D.; GRUSHKA, M.; SU, N. Burning Mouth Syndrome. **Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America.**, v. 28, n. 3, p. 381-396, 2016.

KLEIN, B. et al. Burning Mouth Syndrome. **Dermatologic Clinics.**, v. 38, n. 4, p. 477-483, 2020.

KUTEN-SHORRER, M. et al. Efeito placebo na síndrome da ardência bucal: uma revisão sistemática. **Doenças Orais.**, v. 20, n. 3, p. e1-e6, 2014.

LEE, GEUN-SHIN et al. Relevância do sono, cognição da dor e sofrimento psicológico em relação à dor em pacientes com síndrome da ardência bucal. **CRANIO.**, v. 40, n. 1, p. 79-87, 2019.

LOPEZ-JORNET, P. et al. Circadian rhythms variation of pain in burning mouth syndrome. **Geriatrics and Gerontology International.**, v. 15, n. 4, p. 490-495, 2015.

MIRANDA, I. et al. Síndrome da ardência bucal: uma revisão da literatura. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde.**, v. 4, n. 1, p. 35-35, 2018.

NETTO, G. F.O. et al. Síndrome da ardência bucal: uma revisão sobre aspectos clínicos, etiopatogenia e manejo. **Revista Cubana de Estomatología.**, v. 47, n. 4, p. 417-427, 2010.

OLIVEIRA, G. et al. Síndrome da Ardência Bucal: aspectos clínicos e tratamento. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto.**, v. 12, n. 1, p. 21-9, 2013.

RITCHIE, A.; KRAMER, J.M. Recentes avanços na etiologia e tratamento da síndrome da ardência bucal. **Journal of Dental Research.**, v. 97, n. 11, p. 1193-1199, 2018.

SAITO, L.T. et al. Acupuntura sistêmica no tratamento de xerostomia decorrente do uso de anti-hipertensivos: estudo de casos. **Rev. Bras. Terap. e Saúde.**, v.3, n.1, p.9-13, 2012.

SCARABELOT, V. L. et al. Factors associated to salivary flow alterations in dry mouth female patients. **Rev. dor.**, v. 15, n.3, p. 186-190, 2014.

THOPPAY, J.R.; ROSSI, S.S; CIARROCCA, K.N. Burning Mouth Syndrome. **Dental Clinics of North America.**, v. 57, n. 3, p. 497-512, 2013.