

# SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Igor Miranda<sup>1</sup>

Vera Dueyre<sup>2</sup>

Evelyne Pedroza de Andrade<sup>3</sup>

Odontologia



cadernos de  
graduação

ciências biológicas e da saúde

ISSN IMPRESSO 1980-1785

ISSN ELETRÔNICO 2316-3143

## RESUMO

Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é estabelecida como um transtorno sensitivo crônico descrito por sensações de dor, ardência ou queimação na mucosa oral, onde clinicamente não exibe nenhuma lesão, se apresenta em sua grande maioria como: boca com dor, paladar e saliva alterada. Síndrome é um termo usado para esta circunstância devido à presença de mais de um sintoma como, por exemplo, a sensação de boca seca e ardência nos tecidos orais. Pelo fato de a ardência bucal estar correlacionada a outras doenças (que variam desde o fator psíquico a alterações sistêmicas ou locais), então entende-se que é uma desordem de ardência oral que pode ser devido a diversos agentes causais. Assim, essa revisão tem como objetivo dissertar sobre a síndrome da ardência bucal, suas possíveis causas e tratamento. Esta revisão utilizou como metodologia, pesquisas bibliográficas realizadas a partir de materiais publicados na literatura, como artigos científicos, monografias e livros divulgados por meio eletrônico como busca Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde (LILACS), da *Scientific Electronic Library Online* (SCIE-LO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo Catálogo on-line global (DEDALUS). A literatura mostrou, que os pacientes avaliados eram 85% do sexo feminino, 97% de cor branca e com idade média de 59,8

anos de idade, com a maior frequência de pacientes na faixa compreendida entre 51 e 70 anos. Os pacientes apresentaram sintomas de ansiedade e transtorno de sono e o uso de fármacos é frequente, onde os mais utilizados foram os anti-hipertensivos, os ansiolíticos e os antidepressivos.

## **PALAVRAS CHAVE**

Estomatologia. Xerostomia. Síndrome da Ardência Bucal.

## **ABSTRACT**

Oral Burning Syndrome (SAB, in Portuguese) is established as a chronic sensitive disorder described by sensations of pain, burning or burning in the oral mucosa, where clinically it does not exhibit any lesion, it presents in its great majority as: mouth with pain, palate and altered saliva. Syndrome is a term used for this condition due to the presence of more than one symptom such as the sensation of dry mouth and burning in the oral tissues. Because oral burning is correlated with other diseases (ranging from the psychic factor to systemic or local changes), then it is understood that it is an oral burning disorder that may be due to several causative agents. Therefore, this review has the objective of discussing the oral burning syndrome, its possible causes and treatment. This review used as a methodology, bibliographical researches made from materials published in the literature, such as scientific articles, monographs and books published electronically as LILACS (Scientific American Library of Health Sciences), SCIELO (ScientificElectronic Library Online) Virtual Health Library (VHL) and Bibliographic Database of the University of São Paulo Global online catalog (DEDALUS). The literature showed that the patients evaluated were 85% female, 97% white and with a mean age of 59.8 years, with the highest frequency of patients in the range of 51-70 years. The patients presented symptoms of anxiety and sleep disorder and the use of drugs is frequent, where the most used were antihypertensive, anxiolytics and antidepressants.

## **KEYWORDS**

Stomatology. Xerostomia. Burn Oral Syndrome

## **1 INTRODUÇÃO**

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. A associação internacional de estudos da dor define tal condição como uma

sensação intraoral de queimação, na qual nenhum relato médico ou odontológico podem ser encontrados, a queimação varia de intensidade moderada a severa, que afeta mais a língua, podendo também afetar 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).

É relatado, também, pelos pacientes uma sensação de queimação por café ou chá, tendo início pela manhã e por diversos casos se estendendo com intensidade maior durante o dia (CHERUBINI *et al.*, 2005). A SAB é caracterizada pela ardência bucal, porém nunca se apresenta como um sintoma isolado, acompanhando-se de dor, queimação, desconforto, parestesia, prurido e disgeusia, sendo os locais mais acometidos em ordem decrescente a língua, seguida de lábios, gengiva, palato e tonsilas. Sua etiologia é incerta, entretanto é conhecida como multifatorial, e suas causas: locais, sistêmicas, neurológicas e psiquiátricas (GLIBER NETTO *et al.*, 2010).

A síndrome recebe esta nomenclatura devido ao aparecimento simultâneo de sintomas diferentes como uma sensação de que a boca está seca e/ou uma alteração em seu paladar. Devido à intensidade de dor raramente ser correspondente a sinais clínicos essa síndrome tem sido considerada uma condição enigmática (MONTANDON *et al.*, 2011). A etiologia da SAB é desconhecida, acredita-se que seja multifatorial com envolvimento de fatores sistêmicos, locais e psicológicos. Citam-se como fatores sistêmicos, a menopausa, deficiência nutricional e diabetes; como fatores psicológicos, a ansiedade e a depressão; e como fatores locais, a disfunção de glândulas salivares e hábitos parafuncionais (CRUZ *et al.*, 2008; SOARES *et al.*, 2009).

Essa variabilidade de dados reflete a falta de critérios diagnósticos precisos para a SAB (BARKER; SAVAGE 2005; MALTSMAN-TSEIKHIN *et al.*, 2007). Se a ardência bucal é um sintoma de outras doenças (local, sistêmica ou psicogênica) então este é referido como uma desordem de ardência oral (KLASSER *et al.*, 2008).

Nota-se uma melhora da sintomatologia a partir do consumo de alimentos frios e quando estes pacientes possuem trabalho, pois conseqüentemente há distração, já as pessoas que fazem uso de alimentos picantes e quentes ou necessitam de falar muito (de acordo com a profissão), também encontram-se em estado de muito estresse ou cansaço, foi relatado que existe um aumento de dor com uma intensidade que se agrava no decorrer do dia (CRUZ *et al.*, 2008). A dor pode persistir por anos, acomete as bordas laterais e a ponta da língua, principalmente palato, gengiva e mucosa jugal (ALFAYA *et al.*, 2010).

Na maioria dos casos há uma neurose de ansiedade coincidente ou outra condição psicológica/psiquiátrica, embora seja um ponto de debate quanto ao fato de que a SAB é uma resposta primária a estes ou se é meramente exacerbada (SAVAGE *et al.*, 2006). A falta de uma distinção clara e nítida entre SAB sem uma causa conhecida e condições que são responsáveis por sintomas de ardência oral cria um dilema durante o diagnóstico (BALASUBRAMANIAM *et al.*, 2009).

Estudos mostram relação entre síndrome da ardência bucal e estresse, sendo mais frequente no sexo feminino após a quarta década de vida, representando 5%

da população, principalmente em mulheres de meia idade pós-menopausa. Trata-se de uma das mais intrigantes e complexas patologias, envolvendo a cavidade bucal, uma vez que o paciente acometido não apresenta sinais clínicos (CRUZ *et al.*, 2008). Enquanto alguns pacientes podem ter os sintomas pelo resto da vida outros podem ser passageiros, o que torna uma dificuldade, pois, o prognóstico é muito variável (ALFAYA *et al.*, 2010).

A evidente variedade de fatores associados à SAB e a sua apresentação complexa em muitos pacientes destaca as dificuldades inerentes ao manejo das pessoas portadoras da síndrome, visto que sua etiologia é pouco compreendida. É difícil isolar as causas específicas para a apresentação clínica de cada paciente e o resultado é imprevisível, diante disso, o tratamento deve ser adaptado, respeitando a individualidade do quadro sintomatológico, onde uma abordagem multidisciplinar é recomendada (BARKER; SAVAGE, 2005).

Devido à variedade de transtornos associados a esta síndrome, não existe um medicamento universal disponível neste momento para tratar a SAB, porque nenhuma terapia é universal, vários tratamentos foram testados empiricamente e experimentalmente (LÓPEZ-JORNET *et al.*, 2015). Spanemberg relatou, no ano de 2012, que a administração sistêmica de catuama reduz os sintomas de SAB e pode ser uma nova estratégia terapêutica para o tratamento desta doença. Já Zoric e outros autores, em 2018, descreveram o papel da fluoxetina na redução da intensidade da dor, independentemente do seu efeito na depressão, portanto isto deve ser comprovado em estudos posteriores e mais aprofundado para assim se obter um resultado satisfatório com os pacientes.

Para alcançar o objetivo dessa revisão apresenta-se as principais características da SAB, indicando os procedimentos que podem ser úteis ao diagnóstico, além de modalidades terapêuticas disponíveis, ampliando o conhecimento dos profissionais da área da saúde (principalmente o cirurgião dentista), para que os pacientes acometidos possam se beneficiar do tratamento adequado, apoio e confiança de um profissional capacitado, sempre visando sua melhor qualidade de vida.

## 2 METODOLOGIA

A apreciação documental foi realizada em artigos científicos publicados preferencialmente nos últimos 10 anos, salvo os mais antigos que tivessem grande relevância no assunto. A identificação das fontes bibliográficas foi realizada por meio do sistema informatizado de busca Literatura Latino Americana de Ciências da Saúde (LILACS), da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Banco de Dados Bibliográficos da Universidade de São Paulo Catálogo on-line global (DEDALUS), por meio dos descritores síndrome da ardência bucal, doença da boca, dor e xerostomia, selecionando artigos que mais reuniram descritores. Foram inicialmente escolhidos quarenta e cinco artigos, após análise posterior, trinta e dois destes foram selecionados e compuseram este material.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA DISCUTIDA

A síndrome da ardência bucal (SAB) é caracterizada pela ardência bucal, embora quase nunca esteja como um sintoma isolado, acompanhando-se da dor, queimação, desconforto, parestesia, prurido e disgeusia, sendo os locais mais acometidos em ordem decrescente a língua, seguida de lábios, gengiva, palato e tonsilas (ALMEIDA; GAGO, 2004; PATTON *et al.*, 2007).

A SAB, é uma patologia que acomete cerca de 2,5% a 5% da população, não possui predileção racial, podendo atingir todas as classes sociais. A Síndrome da Ardência Bucal pode ou não estar relacionada à diminuição da saliva e/ou xerostomia. A etiologia da SAB é multifatorial, fatores locais, sistêmicos e psicogênicos parecem estar envolvidos na maioria dos pacientes (GLEBER NETTO *et al.*, 2010).

Decorrente da idade avançada, podem ocorrer a diminuição da função das glândulas salivares, acarretando quadro de xerostomia, assim como, sensação de boca seca pode se dar como efeito colateral do uso de medicamentos ou fazer parte do quadro clínico de outras doenças sistêmicas. Entre os fármacos possivelmente relacionados à xerostomia estão: antiespasmódicos, antidepressivos, antipsicóticos, relaxantes músculo-esqueléticos, antiparkinsonianos, antiarrítmicos, antihistamínicos, anticonvulsivantes, ansiolíticos, moderadores de apetite, diuréticos e anti-hipertensivos (CHERUBINI *et al.*, 2005; GUARINES *et al.*, 2017)

A SAB é considerada idiopática por alguns autores, mas em sua grande maioria é citada como uma doença multifatorial, dentre os fatores locais destaca-se: hábitos parafuncionais, irritação mecânica, disfunção da glândula salivar, candidíase, xerostomia, doença periodontal, disfunção do paladar, língua geográfica e língua fissurada, infecções virais, dano a nervo periférico, doenças vesículo-bolhosas (GUTIERREZ *et al.*, 2009). Eles também citam que pode ter relação com etiologia sistêmica, nesses casos são descritas: deficiências nutricionais, menopausa, anormalidades do sistema nervoso central, diabetes mellitus e alergias.

Os fatores hormonais também foram encontrados, tendo em vista que as mulheres são mais acometidas que os homens, chegando a sete vezes mais, com maior frequência nos três anos que antecedem a menopausa e nos doze anos seguintes. Além disso, destaca-se os fatores psicológicos e psiquiátricos, que por sua vez estão vinculadas à etiologia psicogênica (SHIP; PILLEMER; BAUM, 2002; BERGDAHL; BERGDAHL, 1999).

O estrogênio, que é um hormônio feminino gerado ainda na adolescência e que permanece até a menopausa, pode ou não possuir receptores na mucosa oral e estar ligado com a ardência bucal, mas ainda não houve estudos científicos que comprovassem que o controle de dosagem hormonal fosse eficaz no tratamento (MONTEIRO *et al.*, 2011).

Para Scala e outros autores (2003), a SAB é basicamente uma desordem que afeta indivíduos de meia-idade e idosos com uma faixa etária entre os 38-78 anos. A sua prevalência aumenta com a idade em ambos os sexos. Devido à falta de consenso no diagnóstico da SAB, as taxas de prevalência tendem a variar entre os estudos. Patton e outros autores (2007), descrevem que a prevalência da SAB é mais frequente nas mulheres de meia-idade e idosas.

Diversos estudos mostram a síndrome da ardência bucal com uma significativa propensão pelo sexo feminino quando comparada ao sexo masculino. O local da dor é relativo, muitas vezes acometem mais de um sítio. A ardência é uma sensação experimentada por alguns, que envolve a mucosa extra – oral e que inclui também a região ano genital. Em alguns casos, com o quadro de ansiedade e/ou depressão, há uma alteração, além do paciente ter perda de sono, a dor fica mais acentuada, o que proporciona uma má qualidade de vida e conseqüente diminuição do desejo de socializar (SCALA *et al.*, 2003).

Algumas características foram apontadas para se identificar a SAB: é mais visto em mulheres geralmente em peri ou pós – menopausa; é persistente a sensação de ardência lingual e também nos tecidos moles da boca; pode se apresentar no início da manhã ou aparecer no decorrer do dia; o paladar sofre alterações que variam desde o gosto metálico ao amargo (GRUSHKA *et al.*, 2002; GRUSHKA, 1987; FEDELE *et al.*, 2007; cit. in SUNIL *et al.*, 2012; KLASSER *et al.*, 2008).

Os critérios de diagnósticos para SAB são de que os episódios de dor devem ocorrer de forma contínua durante pelo menos de 4 a 6 meses. Eles podem durar 12 anos ou mais, tendo uma duração média de 3 a 4 anos (SCALA *et al.*, 2003). O paciente descreve a SAB como uma ardência geralmente na língua, como se tivesse ingerido algo quente ou escaldante (SAVAGE *et al.*, 2006).

A SAB pode ser classificada com base na etiologia ou nos sintomas. Com base nos fatores etiológicos a SAB pode ser classificada como:

SAB primária (quando a etiologia é desconhecida, as causas orgânicas locais ou sistêmicas não podem ser identificadas);

SAB secundária (quando se conhece a etiologia, pode resultar de condições patológicas locais ou sistêmicas suscetíveis à terapia dirigida para o fator causal) (MALTSMAN-TSEIKHIN *et al.*, 2007; SCALA *et al.*, 2003)

A SAB foi dividida em 3 subtipos por Lamey e outros autores 1996 (APUD ARAVINDHAN *et al.*, 2014) de acordo com variações na intensidade da dor por mais de 24h.

Quadro 1 – Taxa de prevalência de acordo com a intensidade da dor

|                                |                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo 1<br>(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 intensa à noite. |
| Tipo 2<br>(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 resistente à terapia.           |
| Tipo 3<br>(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 bucal, o assoalho da boca e da garganta.                          |

Fonte: Classificada por Lamey e outros autores (1996 APUD ARAVINDHAN *et al.*, 2014); JUA *et al.*, 2016.

Com base nos sintomas a SAB pode ser classificada em: tipo 1, tipo 2 e tipo 3.

Quadro 2 – Classificação de SAB

| <b>Classificação de SAB baseada nos sintomas</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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.                                                                                                                                               |

Fonte: Scala e outros autores (2003), modificada Savage e outros autores (2006 APUD SUNIL *et al.*, 2012; JUA *et al.*, 2016).

Como visto acima a SAB do tipo 2 tem sido associado aos fatores psiquiátricos especialmente a ansiedade crônica, já os tipos 1 e 3 não há relação com os fatores psiquiátricos. Os pacientes com SAB considerados psicologicamente normais são os do tipo 1 e 3. Não é considerada essencial essa classificação pois ela não é aceita universalmente para os pacientes sob tratamento da SAB (JUA *et al.*, 2016).

Palacios-Sánchez, Jordana-Comín e García-Sívoli (2005) avaliaram as relações entre a síndrome e variantes como idade e sexo, depressão, cancerofobia, boca seca, ardência e impressão de algo estranho em uma amostra de pessoas no catalã. Foi observada entre idades de 71,2 anos, em sua grande parte ocorreu com pessoas do sexo feminino, mostrando associação com a sensação de ardor e boca seca, com vários relatos de depressão e cancerofobia. Essa relação da SAB com fatores psicológicos define um tratamento multiprofissional, com adequado controle desses sintomas (KOMIYAMA *et al.*, 2012).

Outra associação importante tem sido proposta entre a ocorrência de SAB e o estado de menopausa. Dutt, Chaudhary e Kumar (2013) realizaram um estudo de revisão, descrevendo as principais complicações que as mulheres apresentaram nesse período e puderam concluir que o ardor tem a terceira posição em ranking, mostrando-se em 15% dos casos. Além disso, sugerem que tal condição pode dispor o aparecimento de afecções como candidíase, propondo assim um tratamento de reposição hormonal em casos como esses.

Forssell e outros autores (2002) buscam correlacionar e descrever a dor da síndrome da ardência bucal no estresse do dia com a intensidade da sintomatologia, propondo um tratamento baseado no comportamento da SAB durante o dia, objeti-

vando um resultado mais eficaz. Dentre os pacientes analisados nota-se uma variação de dor em sua intensidade, em sua grande maioria eles revelam sintomas gradativos (tipo I). No decorrer do dia em geral foi mostrado que a intensidade da dor teve um aumento, mostrando que no final da tarde esteve mais intensa.

Alimentos condimentados aumentam esses fatores mais intensamente, para obter um alívio significativo destaca-se o uso de bebidas frias e pastilhas sem açúcar. Os autores sugerem que diante do que foi apresentado existe uma variação nos resultados, sendo imprescindível um tratamento individualizado baseado nas características de cada paciente, tendo em vista os aspectos da sintomatologia de cada indivíduo.

Cherubini e outros autores (2005) realizaram um estudo com 100 prontuários de pacientes portadores de síndrome da ardência bucal do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Dos pacientes investigados, 85% eram do sexo feminino e 15% do sexo masculino. Quanto à cor, 97% dos indivíduos eram brancos e 3% negros. A faixa etária apresentou uma média de 59,8 anos de idade, com a maior frequência de pacientes na faixa compreendida entre 51 e 70 anos.

Cherubini e outros autores (2005) observaram, também, o uso cotidiano de fármacos nesses pacientes, onde encontrou-se alta frequência de uso de anti-hipertensivos (40%) e psicotrópicos (30%). Apenas 22% dos indivíduos investigados não faziam uso de qualquer fármaco, enquanto 78% usavam um ou mais medicamentos. Segundo as investigações de Cherubini e outros autores (2005) podemos observar a distribuição dos portadores de SAB de acordo com os fármacos utilizados regularmente (TABELA 1).

Tabela 1 – Distribuição dos portadores da síndrome da ardência bucal segundo os fármacos utilizados regularmente, segundo Cherubini e outros autores (2005)

| <b>Fármacos</b>    | <b>Pacientes</b> |
|--------------------|------------------|
| Anti-hipertensivos | 40%              |
| Outros             | 32%              |
| Psicotrópicos*     | 30%              |
| Nenhum             | 22%              |
| TRH**              | 15%              |
| Antiácidos         | 9%               |
| Anti-histamínicos  | 2%               |

Fonte: Cherubini e outros autores (2005 APUD GUARINES *et al.*, 2017).

\* Ansiolíticos, antidepressivos \*\* Terapia de reposição hormonal

Scarabelot e outros autores (2011) observaram hipossalivação em 54,5% dos casos, onde, no entanto apenas 31,3% queixaram-se sobre xerostomia (sensação da boca seca). As doenças crônicas estavam presentes em 77,3% dos pacientes com ardência bucal, sendo mais prevalentes os transtornos psiquiátricos e as doenças cardiovasculares. Já 86% dos pacientes faziam uso de um ou mais tipos de medicamentos. Entre os mais utilizados estavam os anti-hipertensivos, os ansiolíticos e os antidepressivos como visto na Tabela 1.

Foi relatado em estudos uma correlação de dor crônica e boca seca, devido à diferentes tipos de medicamentos vistos no tratamento da dor e que excessivamente têm como resultado adverso a xerostomia. Esses medicamentos têm maior destaque com os antidepressivos, pois sua atuação é no sistema noradrenérgico e serotoninérgico (SCARABELOT *et al.*, 2011).

Tabela 2 – Possibilidades Terapêuticas para síndrome da ardência bucal segundo Oliveira e outros autores (2013)

#### INDICAÇÃO TERAPÊUTICA

| Tratamento Farmacológico               | Posologia                                                                              | Resultado                                                                    |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Ácido Alpha Lipóico                    | 200 a 300mg 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 tratamentos prolongados |
| Capsaicina tópica (gel)                | 0,025%, 5 vezes ao dia por 10 minutos, por 60dias.                                     | Reduz a intensidade da dor, porém com o tempo pode ficar não palatável.      |
| Benzidamine                            | 0,15%3 vezes ao dia, por 4semanas                                                      | Sem resultados significativos                                                |
| Trazodone                              | 200 mg por dia durante 8 semanas                                                       | Sem resultados significativos com relatos de efeitos colaterais              |
| Amisuprida<br>Paroxetina<br>Sertralina | 50 mg/dia por oito semanas<br>20 mg/dia por oito semanas<br>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 3 mg/ 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                                                                       |
| Levosulpiride                          | 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 |
| <b>Tratamento não Farmacológico</b>              | <b>Resultado</b>                                                                                     |                                                       |
| 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 aplicação                                 |                                                       |

Fonte: Oliveira e outros autores (2013 APUD GUARINES *et al.*, 2017).

Por ter uma alta presença de SAB nesses pacientes, os estudos relatam dor crônica nos pacientes com xerostomia, o que pode considerar uma relação entre elas com outros tipos. Existe na literatura evidências entre fatores psicológicos, como a depressão em quadros de staff orais e dor facial crônica, como, por exemplo, na SAB (SARDELLA, 2006; GAO *et al.*, 2009)

Apesar dos protocolos terapêuticos não estarem ainda totalmente determinados, a partir da identificação da causa, o tratamento deve ser direcionado a cada paciente especificamente. Dependendo das características envolvidas, outros profissionais devem participar da condução do caso, sempre objetivando a melhor qualidade de vida do paciente (SARDELLA, 2006; GAO *et al.*, 2009)

Após o diagnóstico da SAB, antes de iniciar o tratamento, é necessária a classificação da doença em SAB primário ou SAB secundário. 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 (GLEBER 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 utilizamos 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 (SCARABELLOT *et al.*, 2014; APUD GUARINES *et al.*, 2017).

Segundo Gleber Netto e outros autores (2010) existem diversas opções terapêuticas descritas na literatura, as mais comuns são: 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.

Segundo Gleber Netto e outros autores (2010) a aplicação da capsaicina tópica em pacientes com neuropatias faciais é eficiente na melhora dos sintomas, entretanto, o uso do creme de capsaicina pode ter limitações quando usado na cavidade oral, devido às dificuldades inerentes à aplicação, manutenção da medicação no local e a presença do sabor amargo da capsaicina tópica. Com o uso da capsaicina sistêmica (0,25 % via oral por 1 mês) em pacientes com SAB primária houve redução significativa dos sintomas.

Gleber Netto e outros autores (2010) também citaram que os benzodiazepínicos têm sido empregados no tratamento de condições dolorosas, incluindo a neuralgia trigeminal e neuropatia diabética. Os principais benzodiazepínicos utilizados são: o clordiazepóxido (Librium) e o clonazepam. Estes medicamentos são agonistas do receptor GABA e se ligam centralmente ou periféricamente promovendo inibição da dor.

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.

Os antidepressivos foram introduzidos no tratamento da SAB devido a uma grande ocorrência de distúrbios psicológicos associados. Esses medicamentos sugerem evidências que produzem analgesia, independentemente da sua ação sobre a depressão, relatando que o efeito sobre a dor é sentido tanto com altas doses como baixas dosagens (GLEBER NETTO *et al.*, 2010; GUARINES *et al.*, 2017).

O laser de baixa potência é uma das terapias existentes e pode ser utilizado como uma das alternativas para tratamento da SAB, o mesmo possui resultado satisfatório em estudos clínicos, no qual não houve regressão do quadro na utilização de outras terapias (SCARABELOT *et al.*, 2014). A aplicação do laser de baixa potência vem trazendo como consequência um possível acesso a normalidade devido ao laser mostrar efeitos de bioestimulação, ação anti-inflamatória, antiedema e analgesia, o que causa uma mudança metabólica funcional e energética, fornecendo um aumento de resistência e normalidade celular (CATÃO, 2004). Esse sucesso terapêutico se deve a indicação correta, dosimetria ajustada de acordo com cada caso e de cuidados prévios na aplicação (ALFAYA *et al.*, 2010).

A laserterapia tem sido usada por mais de trinta anos e mais de 90% da literatura disponível relata efeitos positivos. Alfaya e outros autores (2010) realizou uma pesquisa em paciente do sexo feminino, 87 anos, portadora da SAB, onde foi executado tratamento com o laser de baixa potência. O tratamento mostrou-se uma alternativa terapêutica eficaz no caso descrito de SAB.

O cirurgião dentista deve ter conhecimento sobre o que é a síndrome de ardência bucal e responsabilizar-se pela realização do diagnóstico e melhor plano de tratamento para o paciente, pois diante de uma queixa de ardência não se deve tratar simplesmente os sintomas, é preciso que se identifique os fatores etiológicos para posterior tratamento. É importante que o paciente seja esclarecido, em todos os mo-

mentos, a respeito do curso das ações que estão sendo tomadas e que esteja envolvido no planejamento e execução dessas ações, pois, os autores destacam que nenhum tratamento para a SAB é considerado curativo. Contudo, o papel do profissional da área da saúde no entendimento e acolhimento do paciente, com apoio e atenção durante as consultas, influenciando a regressão do quadro (ALFAYA *et al.*, 2010).

Estudos mostram uma conexão entre a diabetes mellitus e queixas na cavidade bucal desde 1942, segundo a literatura os pacientes diabéticos revelam que a SAB está presente 2% a 10% dos casos. A diabetes também pode levar à xerostomia que predis põe a manifestação clínica da Cândida *Albicans* e concomitante ao aparecimento da SAB (MONTANDON *et al.*, 2011).

A SAB também tem associação com deficiências nutricionais, o que pode ser a primeira indicação do problema, pois a ausência de vitaminas B1, B2, B6, B12, zinco e ácido fólico, estão presentes em 2% a 33% dos pacientes portadores de SAB. Montandon e outros autores (2011) apontam que pacientes sob hemodiálise ou com restrição de dieta (vegetarianos e dietas livres de lactose), alcoólatras e idosos são os mais propensos a deficiências de vitamina B e a sensação de ardência no terço anterior da língua pode ocorrer em 40% dos mesmos. Já as alterações na dosagem de zinco podem resultar em disgeusia e glossidínea, sendo estabelecido que, tanto a carência de vitaminas do complexo B, como o déficit de zinco possui correlação com a atrofia papilar.

Segundo Saito e outros autores (2012) a acupuntura e a homeopatia podem ser utilizadas como terapias alternativas no tratamento da xerostomia, 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 xerostomia e posteriormente sobre disfagia, a pesquisa revela também que os pacientes estudados com xerostomia tiveram um aumento no fluxo salivar, melhoria na habilidade de comer, falar e na qualidade do sono.

Saito e outros autores (2012) fizeram uma observação sobre os principais resultados relatados, notando que houve aumento na produção de saliva após a acupuntura, sendo de maneira gradativa e contínua, durante o período proposto do estudo. Este resultado corrobora com a possibilidade de a acupuntura ser uma possível ferramenta benéfica no tratamento da xerostomia.

Spanemberg e outros autores (2012) relataram em suas pesquisas que a Catuama tem um bom resultado nos pacientes portadores da síndrome da ardência bucal, possuindo ação nociceptiva, relaxante e antidepressiva. Os participantes tomaram por 56 dias um comprimido de catuama no horário da manhã e outro no horário da noite, voltando para uma nova avaliação depois de 84 dias, após o experimento foi notado que a administração sistêmica reduziu os sintomas da síndrome da ardência bucal, podendo esta ser uma nova estratégia terapêutica, sabendo-se que ainda precisa de mais estudos para sua comprovação.

Também foi visto por Zoric e outros autores (2018) em estudo realizado pela universidade de Belgrado na Sérvia com pacientes em sua grande parte mulheres,

com queixa de ardor bucal e na língua, como a parte comumente afetada, mostrando a Fluoxetina como uma boa resposta terapêutica ao tratamento da SAB.

A Fluoxetina tem característica de longa meia-vida que a distingue de outros inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS). A maioria dos ISRS tem uma meia-vida de aproximadamente 1 dia, enquanto a fluoxetina tem uma meia-vida de 2 a 4 dias (DE SOUZA *et al.*, 2012). Os estudos demonstraram uma boa eficácia de ISRS e vários deles indicam alta prevalência de sucesso em pacientes com SAB, exibindo boa resposta em baixa dose de terapia antidepressiva (ZORIC *et al.*, 2018).

Zoric e outros autores (2018) relatam a importância dos achados, pois mostram que a depressão e a ansiedade têm uma alta prevalência em pacientes com SAB e que os sintomas, como dor e ardor bucal, podem ser reduzidos com a medicação. Os resultados apontam para o papel da serotonina na etiopatogenia da síndrome, bem como em outras condições de dor crônica. Os participantes que utilizaram a fluoxetina, apresentaram redução da dor durante 6 meses de tratamento e esses achados corroboram com eficácia deste medicamento no tratamento de SAB, tendo um papel primordial na redução da intensidade da dor, independentemente do seu efeito na depressão.

## 4 CONCLUSÃO

A síndrome da ardência bucal (SAB) acomete principalmente as mulheres de raça branca, no período de meia-idade e pós-menopausa, apresentando dor de intensidade moderada a elevada. Com um bom exame clínico o cirurgião dentista pode realizar uma abordagem terapêutica e estabelecer um plano de tratamento focado na melhoria dos sintomas.

O profissional da área de saúde deve apoiar o 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, porém, mesmo que desafiador é necessário que se estabeleça o agente causal e conseqüentemente o tratamento, trazendo com isso uma melhor qualidade de vida para o indivíduo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.; GAGO, M.T. Síndrome do ardor bucal: Controvérsias e realidades. **Rev port estomtol cir maxilofac**, v.45, p.85-103, 2004.

ALFAYA, T.A. *et al.* Laser de baixa potência no tratamento da síndrome da ardência bucal: relato caso clínico. **Stomatós**, v.16, n.31, dezembro de 2010.

ARAVINDHAN, R. *et al.* Burning mouth syndrome: A review on its diagnostic and therapeutic approach. **J Pharm Bioall Sci**. v6, p.21-25, 2014.

BALASUBRAMANIAM, R.; KLASSER, G.D.; DELCANHO, R. Separating oral burning from burning mouth syndrome: unravelling a diagnostic enigma. **Aust Dent J.**, v.54, n.4, p.293-299, 2009.

BARKER, K.E.; SAVAGE, N.W. Burning mouth syndrome: na update on recente findings. **Aust Dent J.**, v.50, n.4, p.220-223, p.2005.

BERGDAHL, M.; BERGDAHL, J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. **J. Oral Pathol. Med.**, Copenhagen, v.28, p.350-354, 1999.

CATÃO, M.A. Os benefícios do laser de baixa intensidade na clínica odontológica na estomatologia. **Revista Brasileira de Patologia Oral**, v.3, n.4, p.214-8, 2004.

CHEBEL, INÊS FUGITARO OTOBE. **Ação do tratamento homeopático na sintomatologia da síndrome da ardência bucal em duas fases: estudo duplo cego placebo controlado e estudo aberto.** 2012. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, USO, 2012.

CHERUBINI, K. *et al.* Síndrome de ardência bucal: revisão de cem casos. **Revista Odontológica Ciência**, v.20, n.48, p.109-13, 2005.

CRUZ, M.C.F.N. D. *et al.* Condições bucais relacionadas com o estresse: uma revisão dos achados atuais. **Revista da Faculdade de Odontologia**, Porto Alegre, v.49, n.1, p.8-11, 2008.

DE SOUZA, F.T.A *et al.* Psychiatric disorders in burning mouth syndrome. **J Psychosom Res.**, v.72, p.142-146, 2012.

DOS SANTOS, L.D.E. F. *et al.* Effect of low-level laser therapy in the treatment of burning mouth syndrome: a case series. **Photomed Laser Surg.**, v.29, n.12, p.793-796, dec. 2011. DOI: 10.1089/pho.2011.3016.

FEDELE, S. *et al.* Burning mouth syndrome (stomatodynia). **QJM**. V.100, n.8, p. 527-530, aug. 2007.

FORSSELL, H. *et al.* Sensory dysfunction in burning mouth syndrome. **Pain**, v.99, n.1-2, p.41-47, sep. 2002.

GAO, J. *et al.* A case control study on etiological factors involved in patients with burning mouth syndrome, **J Oral Pathol and medicine**, v.38, n.1, p.24-28, 2009.

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

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.**, v.3, n.3, p.320-3, 2013.

GRUSHKA, M. Clinical features of burning mouth syndrome. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, v.63, n.1, p.30-36, jan. 1987.

GRUSHKA, M.; EPSTEIN, J.B.; GORSKY, M. Burning mouth syndrome. **Am Fam Physician**, v.15;65, n.4, p.615-620, feb. 2002.

GUARINES, ZENAIDE PEREIRA; CAVALCANTE, REGINA COELLI; ARAGÃO NETO, ADELMO; **Síndrome da ardência bucal**: uma revisão. Repositório Institucional Tiradentes, Grupo Tiradentes Open Rit. 24-07-2017.

GUTIERREZ, LUIZ MAKITO OSAWA **Avaliação de fatores associados ao diagnóstico da xerostomia e/ou queimação bucal um estudo preliminar** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Curso de Odontologia, 2009.

JUA, GISELA YANNY SOARES TEN, **Síndrome da boca ardente**. 2016. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina Dentária) – Universidade Fernando Pessoa, jul. 2016.

KLASSER, G.D. FISCHER, D.J.; EPSTEIN, J.B. **Burning mouth syndrome**: recognition, understanding, and management. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.*, v.20, p.255-271, 2008.

KOMIYAMA O, NISHIMURA H, MAKIYAMA Y, *ET AL*. Group cognitive-behavioral intervention for patients with burning mouth syndrome. **Journal of oral science**, v.55, n.1, p.17-22, mar. 2013.

LAMEY, P.J.; LAMB, A.B. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. **Br Med J Clin Res**, p.1243-1246, 1988.

LOPEZ-JORNET, P., *et al*. Circadian rhythms variation of pain in burning mouth syndrome. **Geriatr Gerontol Int.**, v.15, p.490-495, 2015.

MALTSMAN-TSEIKHIN, A.; MORICCA, P.; NIV, D. Burning Mouth Syndrome: Will Better Understanding Yield Better Management. **W Inst Pain**, v.7, n.2, p.151-162, 2007.

MONTANDON, A.A.B. *et al*. Síndrome da ardência bucal: avaliação e tratamento. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, p.59-69, 2011.

MONTEIRO, A.D. *et al*. Síndrome da ardência bucal, correlações fisiopatológicas, medicamentosas: revisão de literatura. **Revista Odontológica de Araçatuba**, p.33-37, 2011.

NASRI, C.; TEIXEIRA, M.J.; SIQUEIRA, J.T.T. de. Estudo clínico sobre as características gerais dos pacientes com queixas de ardência bucal. **JBA**, Curitiba, v.2, n.8, p.278-284, out-dez. 2002.

NASRI-HEIR, C. *et al.* The role of sensory input of the chorda tympani nerve and the number of fungiform papillae in burning mouth syndrome. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v.112, n.1, p.65-72, jul. 2011. doi: 10.1016/j. Tripleo. 2011.02.035

OLIVEIRA, G.M.R. *et al.* Síndrome da ardência bucal: aspectos clínicos e tratamento. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v.12, n.1, 2013.

PALACIOS-SÁNCHEZ, M.; JORDANA-COMÍN, X.; GARCÍA-SÍVOLI, C. Burning mouth syndrome: a retrospective study of 140 cases in a sample of catalan population. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal.**, v.10, n.5, p.388-393, nov-dec. 2005.

PATTON, L.L., *et al.* Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.**, v.103, p.1-13, 2007.

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.

SARDELLA, A. Causative or precipitating aspects of burning mouth syndrome: a case-control study. **J. Oral Pathol Med.**, v.35, p.466-471, 2006.

SCALA, A. *et al.* Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. **Crit Rev Oral Biol Med.**, v.14, n.4, p.275-291, 2003.

SCARABELOT, V.L. *et al.* Avaliação do fluxo salivar, xerostomia e condição psicológica em mulheres com Síndrome da Ardência Bucal. **Revista de Odontologia da UNESP**, v.37, n.4, p.315-319, 2008.

SCARABELOT, V.L. *et al.* Avaliação de fatores associados ao diagnóstico de queimação bucal: um estudo preliminar. **Revista HCPA**, v.31, n.3, p.318-25, 2011.

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

SHIP, J.A; PILLEMER, S.R; BAUM, B.J. Xerostomia and the geriatric patient. **J Am Geriatr Soc.**, v.50, n.3, p-535-543, 2002.

SPANEMBERG, J.C. *et al.* Aetiology and therapeutics of burning mouth syndrome: an update. **Gerodontol.** v.29, p.84-89, 2011.

SAVAGE, N.W.; BORAS, V.V.; BARKER, K. Burning mouth syndrome: clinical presentation, diagnosis and treatment. **Aust J Dermatol.**, v.47, n.2, p.77-81, 2006.

ZORIC, B. The efficacy of fluoxetine in BMS – A crossover study. **Gerodontology**, p.1-6, 2018.

---

**Data do recebimento:** 7 de Julho de 2018

**Data da avaliação:** 27 de Julho 2018

**Data de aceite:** 30 de Julho de 2018

---

---

1 Acadêmico do Curso de Odontologia, Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE.

E-mail: igor\_miranda\_18@hotmail.com

2 Acadêmica do Curso de Odontologia, Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE.

E-mail: dueyred@gmail.com

3 Dentista; Mestre em Patologia Bucal; Docente do curso de Odontologia da Faculdade Integrada de Pernambuco – FACIPE. E-mail: evelynpedroza@hotmail.com

