

Síndrome da ardência bucal: revisão de literatura

Burning mouth syndrome: literature review

Francielly Alves Barreiros ^I
Isadora Campos Ferreira Sader ^I
Mariana Souza Amaral ^I
Fabrício Rezende do Amaral ^{II}

^I Graduandas do curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{II} Cirurgião Dentista, Especialista em Estomatologia e Radiologia, Mestre em Estomatologia, Doutor em Farmacologia Bioquímica e Molecular, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

Correspondência para/ Correspondence to:
Fabrício Rezende do Amaral
E-mail: framaral2@gmail.com

RESUMO

A Síndrome da Ardência Bucal é caracterizada por uma distorção de sentidos comumente descrita como sensação de queimação que afeta a mucosa bucal, podendo haver ausência de sinais clínicos ou alterações laboratoriais detectáveis. Os sintomas têm início espontâneo e podem ser acompanhados por alterações de paladar e xerostomia. Esses sintomas podem afetar uma ou várias áreas da mucosa, com maior incidência relatada nos dois terços anteriores da língua. O objetivo deste estudo foi fazer uma revisão de literatura sobre as características, fatores ligados à síndrome, formas de realizar o correto diagnóstico e os efeitos do tratamento. Foi realizado levantamento bibliográfico do período entre 1987 a 2018 nas bases de dados do Pubmed, Scielo, BVS Odontologia, nos idiomas inglês e português. A literatura mostra a prevalência da Síndrome da Ardência Bucal na população entre 4^o e 5^o década de vida. Ainda há grande controvérsia para o estabelecimento de diagnósticos e tratamentos.

ABSTRACT

The Burning Mouth Syndrome is characterized by a distortion of meanings commonly described as burning sensation affecting the oral cavity, and there may be no clinical signs or detectable laboratory alterations. The symptoms have a spontaneous onset and can be accompanied by alterations of taste and xerostomia. These symptoms may be limited to a particular site of the oral cavity, or affect several areas of the mucosa, and although the previous two thirds of the tongue are the greatest reports of incidence, any oral site may be affected. The present work aims to analyze in the literature the characteristics, factors related to the syndrome, ways to perform the correct diagnosis and the effects of the treatment. A bibliographical survey from 1987 to 2017 was carried out in the databases of Pubmed, Scielo, BVS Odontogia, in English and Portuguese languages. The literature shows the prevalence of Burning Mouth Syndrome in the population between 4 th and 5 th decade of life, being more susceptible to females and, there is still great controversy in the literature for terms of diagnoses and treatments.

KEYWORDS:

ORAL HYGIENE

INTENSIVE CARE UNITS

PNEUMONIA, VENTILATOR-ASSOCIATED

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é definida pela alteração na sensibilidade bucal, o que provoca no paciente uma sensação de queimação na mucosa. ¹⁻² Glossodinia, Glossopirose, Estomatodinia e Disestesia Oral são sinônimos encontrados para denominar a SAB. ³ Os principais sintomas associados a essa condição são: xerostomia, sensação de parestesia, sensação de queimação com líquido quente, sensação de agulhadas, disgeusia e sensação de dormência na mucosa. ⁴⁻⁵ A sensação de queimação pode ocorrer em qualquer local da cavidade bucal, embora os dois terços inferiores da língua, palato duro anterior, mucosa e o lábio inferior são os locais de maior incidência, segundo relatos; ⁶ já no assoalho bucal, encontra-se menor incidência. ⁷

A SAB pode ser classificada a partir de duas condições: a primeira condição é descrita quanto às formas de manifestações da síndrome em que é feito uma análise do período e duração de ardência, conforme é mostrado na (TABELA 1). ⁸

Quadro 1 – Classificação da SAB

CLASSIFICAÇÃO	PERÍODO	DURAÇÃO
SAB TIPO 1	CRÔNICO	Sem dor matinal, tem início no decorrer do dia e aumenta gradualmente, tem seu ápice exorbitante à noite.*
SAB TIPO 2	CRÔNICO	Constante sensação de queimação ao longo do dia, desde o período em que a pessoa acorda.**
SAB TIPO 3	INTERMITENTE	Dor e ardência presentes apenas alguns dias da semana e alguns momentos do dia.

Fonte: Próprio autor

*Esse tipo pode estar ligado a doenças sistêmicas.

**Esses pacientes muitas vezes relatam alterações de humor e de hábitos alimentares em função da ardência na boca.

Essa subclassificação não é universalmente considerada essencial ao paciente com SAB, mas é válida mediante ao fato de que pode auxiliar na escolha do tratamento para diminuição dos sintomas.⁸⁻⁹ A segunda condição é utilizada após a forma de manifestação da síndrome e categoriza a SAB como primária ou secundária. A idiopática, como é chamada a SAB primária, é caracterizada quando não existe um fator causal associado ao desenvolvimento da síndrome.⁹ É caracterizado pela ausência de sintomas clínicos e achado laboratorial, o que torna uma alteração de difícil diagnóstico. Por se tratar de uma condição idiopática, condições locais e sistêmicas devem ser excluídas para o diagnóstico da SAB primária.¹ Na SAB secundária, é possível identificar a associação com fatores predisponentes. Esses fatores são dispostos nos grupos: locais, sistêmicos, medicamentosos, neurológicos, podendo a síndrome estar relacionada a um ou vários desses fatores.⁹

MÉTODOLOGIA

A metodologia baseia-se em uma revisão bibliográfica em bancos de dados do PUBMED (National Library of Medicine, Estados Unidos da América), Scielo, BVS Odontologia, NCBI, nos períodos entre 1987 a 2018. As palavras-chave utilizadas foram: “Síndrome da Ardência Bucal” e “Queimação da boca” e sua respectiva tradução em inglês, “BurningMouthSyndrome”. Foram selecionados 38 artigos, sendo 9 em português e 29 em inglês que abordavam a etiologia, sintomatologia, métodos para diagnóstico e formas de tratamentos da SAB.

EPIDEMIOLOGIA

A prevalência é maior em pessoas do sexo feminino, principalmente em mulheres de meia idade e pós-menopausa. É incomum afetar crianças e adolescentes e, quando há relatos do sexo masculino, ocorre em idade mais avançada que nas mulheres.¹⁰

ETIOLOGIA

Em um estudo realizado por Rivinus¹¹ (2009), afirma não haver associação hormonal com a SAB, entretanto, GAO² realizou outro estudo no mesmo ano e afirma que há relação com alterações provenientes da pré e pós-menopausa, pois níveis hormonais nessa fase podem predispor a mulher a desenvolver a SAB secundária, nesse mesmo estudo, foi encontrado em pacientes com a SAB secundária um nível mais elevado de hormônios estimulantes foliculares e um grau mais baixo de estradiol.

A deficiência de estrogênio pode ser um fator desencadeante, visto que, com a reposição hormonal para esses pacientes, houve sucesso no tratamento, enquanto em outros pacientes, não houve melhora significativa com essa conduta.¹²⁻¹³

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da SAB primária só pode ser considerado após excluir condições e processos patológicos, que também podem ser fatores causadores de ardência bucal.¹⁴ O Diabetes Mellitus, Síndrome de Sjögren, anemias, deficiências hormonais (TSH), radioterapia em cabeça e pescoço, deficiências nutricionais e de vitaminas do complexo B, deficiência de ferro e o climatério podem demonstrar sintomas similares da SAB¹⁵. Deficiências nutricionais prejudicam o reparo tecidual, podendo gerar despilação da língua e conseqüentemente provocar sensação de ardor e queimação.¹⁶

O uso de aparelhos ortodônticos incorretos ou de próteses com tempo prolongado, sem manutenção, pode levar a alterações no paladar. Dentre os fatores locais, destacam-se também álcool, fumo, refluxo esofágico e hábitos parafuncionais como agentes irritantes da mucosa bucal.¹⁷ Existe também o tratamento com alguns fármacos que podem estar associados à dor, como aldeído de canela, ácido ascórbico, tartarazina, ácido benzóico, propilenoglicol e mentol.¹⁸ Outro fator que pode ser relacionado é a candidíase, que se manifesta com presença ou ausência de sinais inflamatórios, e sua principal queixa é de ardor bucal,¹⁷ contudo não há relação entre esses microrganismos e esta síndrome, visto que o tratamento com fármacos antifúngicos promove a melhora na infecção.⁴

Existem diversos critérios de diagnóstico da SAB primária. As seguintes características devem ser consideradas:

A sensação deve ser sentida eminentemente na mucosa; deve estar existente há mais de 4-6 meses se encaixando em algum padrão da síndrome; não deve intervir no sono do indivíduo; deve sofrer diminuição durante a alimentação.

As seguintes alterações podem acompanhar: xerostomia; alteração do paladar; ansiedade e depressão.^{8-9,14}

A ansiedade, a depressão, a cancerofobia e a desordem de personalidade também podem estar relacionadas com a SAB secundária. Dor em forma de queimação é uma característica presente em várias condições crônicas.¹⁹

Devem ser realizados antes de chegar ao diagnóstico de SAB:

Tomar uma história completa e abrangente para quantificar a sensação de dor; realizar exame clínico completo da mucosa bucal para excluir causas locais e sistêmicas; obter informações sobre estressores psicossociais anteriores ou atuais e bem-estar psicológico; obter as medições objetivas das velocidades de fluxo salivar e função do sabor; realizar exames de imagens neurológicas e exame para descartar quaisquer distúrbios de patologias degenerativas; verificar culturas orais para confirmar suspeita bacteriana, viral e infecções fúngicas; realizar teste de Patch para indivíduos alérgicos; submeter a estudos de refluxo gástrico; verificar exame hematológico para descartar problemas hormonais, doenças autoimunes nutricionais.²⁰

Como diagnóstico diferencial devem ser consideradas as seguintes condições: Síndrome de *Sjogren*; candidíase bucal; estomatite aftosa; líquen plano; herpes simples; estomatite por contato alérgico; eritema *migrans*; gastrite crônica; refluxo gastroesofágico; xerostomia causada por medicação; reações a antibióticos e fármacos inibidores da enzima conversora de angiotensina; diabetes *Mellitus*; menopausa; anemias; deficiência de vitaminas (B1, B2, B6, B12 e ácido fólico); hipotireoidismo.¹¹

A realização de uma oroscopia criteriosa e cautelosa é importante para eliminar algumas dessas alterações, além da solicitação de alguns exames complementares para auxiliar na exclusão de outros diagnósticos como: Hemograma completo; níveis de glicose; ferritina sérica; níveis de vitamina B12 sérica; fator antinuclear; ácido fólico; anti-SSA, anti-SSB; testes de mensuração do fluxo salivar; citologia esfoliativa; dosagem sérica dos hormônios T3, T4 e hormônio estimulante da tireoide (TSH).¹⁰⁻¹¹

TRATAMENTOS

O tratamento pode ser feito com intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Na tabela 2 encontram-se os tratamentos farmacológicos de maior eficácia, onde são utilizados: ansiolíticos, anticonvulsivantes, analgésicos e neurolépticos.

Quadro 2 – Tratamentos farmacológicos mais utilizados para Síndrome da Ardência Bucal

CLASSE FARMACOLÓGICA	PRINCÍPIO	GRUPO TERAPÊUTICO	AÇÃO
Ansiolítico e Anticonvulsivante	Clonazepam Topiramato	Benzodiazepina Antiepiléptico	Agonistas do receptor GABA e se ligam central ou periféricamente, promovendo inibição da dor. ²¹
Analgésicos	Capsaicina	Dessensibilizante	Agem nas terminações das fibras C que implicam na sensação de ardor na cavidade oral e controlam a sensação de ardência, porém o efeito é limitado e pode gerar desconforto no momento da aplicação.

Neuroléptico

Amitriptilina

Antidepressivo

Possuem propriedades analgésicas, além da sua propriedade como antidepressivo. ²¹

Fonte: Adaptado de Fenelon ²¹ e Silvestre ²²

Entre os tratamentos não farmacológicos, a laserterapia, que consiste na aplicação do laser de baixa intensidade em pontos específicos da mucosa, tem se mostrado eficaz, principalmente em pacientes que não houve melhora do quadro com outras terapias. O laser de baixa intensidade apresenta propriedades regenerativas, analgésicas, bioestimulantes, anti-inflamatórias e antiedematosas sobre o tecido e as fibras nervosas, produzindo mudanças metabólicas e, consequentemente, favorecendo o aumento da vitalidade e resistência celular, possibilitando um possível retorno à normalidade. ²³⁻²⁴ Além disso, o tratamento não produz efeitos colaterais significativos e sua técnica de aplicação é simples e bem tolerada pelos pacientes. ²⁴

Um dos sintomas mais frequentes nos pacientes com diagnóstico da SAB é a xerostomia, e há evidências que a estimulação sensorial promovida pela acupuntura afeta o sistema nervoso central e o sistema nervoso neurovegetativo, fazendo com que haja liberação de alguns neuropeptídeos nas terminações nervosas periféricas e esses estão diretamente envolvidos no aumento do fluxo salivar, mostrando que a acupuntura tem influência direta na microcirculação oral. ²⁵

Com o objetivo de avaliar os efeitos da fisioterapia bucal, estimulando a produção salivar de forma mecânica, os resultados mostraram que esse tipo de terapia promove estímulos neurais eficientes com resposta de aumento de fluxo salivar obtendo uma melhora na sintomatologia de xerostomia. ²⁶⁻²⁷

Outra terapia associada no tratamento da SAB é a psicoterapia. Nessa modalidade, destaca-se a terapia comportamental cognitiva, que tem se mostrado eficaz no tratamento de dores crônicas e é utilizada para tratar diversas desordens psicológicas como ansiedade, depressão, fobias e doenças com sintomatologias dolorosas. Foi verificada uma significativa redução da intensidade dos sintomas nos paciente que estavam realizando esse tratamento. ²⁸

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Síndrome de Ardência bucal possui etiologia complexa, pois, encontram-se diversas controvérsias na literatura relacionadas a fatores predisponentes e à terapêutica mais eficaz para cada caso. Com relação à sintomatologia, há evidências que o principal sintoma associado à SAB é a disgeusia, ^{3,19} entretanto, em outras pesquisas foi verificada a xerostomia como sendo a principal manifestação associada. ¹⁰⁻²⁵ O tratamento com ansiolíticos e anticonvulsivantes tem mostrado resultados eficientes na redução da dor, contudo, é necessário levar em consideração todas as condições sistêmicas, uma vez que o uso indiscriminado desses medicamentos pode provocar diversos efeitos secundários indesejáveis.

Existem autores que obtiveram bons resultados no tratamento com a utilização de analgésicos, entretanto outros reconhecem que a administração crônica apenas inibe a função periférica de dor. ²² Acredita-se que os medicamentos da classe dos neurolépticos agem diretamente na sintomatologia dolorosa relatada pelos pacientes, provocando efeitos de analgesia. ²¹ Uma diversidade de medicamentos tem sido utilizada, porém, até o momento, nenhum método foi rigorosamente eficaz.

Mesmo sendo encontrado bons resultados nos tratamentos com medicamentos, é importante ressaltar que, nos casos em que a terapia farmacológica não é possível, visando sempre as condições sistêmicas do paciente, é importante iniciar o tratamento com uma intervenção conservadora, optando por um tratamento não farmacológico na primeira escolha, porque se trata de uma terapia menos invasiva e possivelmente redutível.

CONCLUSÃO

A Síndrome da Ardência Bucal é uma patologia complexa de ser diagnosticada, sendo evidente a necessidade de novos estudos para somar conhecimento e cada vez mais proporcionar um diagnóstico assertivo com indicação de terapia eficaz para cada paciente, visando sempre o bem-estar e a saúde do mesmo. É imprescindível o Cirurgião Dentista tomar conhecimento sobre a complexidade dessa patologia pois isto o leva a entender sobre as inúmeras possibilidades de tratamento da SAB, auxiliando o paciente a conviver com sua sintomatologia.

REFERÊNCIAS

1. Péder SNS, Ricken CM, Perialisi N, Silva MC, Tolentino ES. Análise da aplicação tópica de caseína 0,025% em pacientes com síndrome de ardência bucal e sua associação com a qualidade de vida: série de casos. *Revista Faipe*. 2018; 8(1): 11-25.
2. Gao J, Chen L, Zhou J, Peng J. A case-control study on etiological factors involved in patients with burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med*. 2009; 38(1): 24-8.
3. Drage LA, Rogers RS. Burning mouth syndrome. *Dermatol Clin*. 2003; 21(1): 135-45.
4. 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.
5. Tacola RMAB. Avaliação da eficiência das terapias aplicadas na síndrome da ardência bucal: revisão sistemática e metanálise. [Dissertação]. São Paulo: UNIP; 2018.
6. Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome. *Am Fam Physician*. 2002; 65(4): 615-20.
7. Lucas VGM, Ferreira VM, Mello IP, Bastos YVP, Ferreira SMS. Desafio no diagnóstico da ardência bucal. In: *Anais da I Jornada Odontológica da Liga de Diagnóstico Oral e Maxilofacial (I JOL - LIDOM)*; 2017 jun 2-3; Maceió, AL. Maceió: FOUFAL; 2018.
8. Lamey PJ, Lewis MA. Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. *Br Dent J*. 1989; 167(6): 197-200.
9. Gleber Neto FO, Diniz IMA, Grossmann SMC, Carmo MAV, Aguiar MCF. Síndrome da ardência bucal: uma revisão sobre aspectos clínicos, etiopatogenia e manejo to. *Rev Cubana Estomatol*. 2010; 47(4): 417-27.
10. Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med*. 1999; 28(8): 350-4.
11. Rivinus C. Burning mouth syndrome: Identification, diagnosis, and treatment. *J Am Acad Nurse Pract*. 2009; 21(8): 423-9.
12. Wardrop RW, Hailes J, Burger H, Reade PC. Oral discomfort at menopause. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1989; 67(5): 534-40.
13. Meurman JH, Tarkkila L, Tiitinen A. The menopause and oral health. *Maturitas*. 2009; 63(1): 56-62.
14. Scala A, Checci 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.
15. Silverman S, Eversole LR. *Fundamentos da medicina oral*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guarabara Koogan; 2004.
16. Miranda I, Dweyre V, Andrade EP. Síndrome da ardência bucal: uma revisão de literatura. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e de Saúde Unit*. 2018; 4(1): 35-52.
17. Cerchiari DP, de Moricz RD, Sanjar FA, Rapoport PB, Moretti G, Guerra MM. Burning mouth syndrome: etiology. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2006; 72(3): 419-23.
18. Lamey PJ, Lamb AB, Hughes A, Milligan KA, Forsyth A. Type 3 burning mouth syndrome: psychological and allergic aspects. *J Oral Pathol Med*. 1994; 23(5): 216-9.
19. Ship JA, Grushka M, Lipton JA, Mott AE, Sessle BJ, Dionne RA. Burning mouth syndrome: an update. *J Am Dent Assoc*. 1995; 126(7): 842-53.
20. Aravindhana R, Vidyalakshmi S, Kumar MS, Satheesh C, Balasubramaniam AM, Prasad VS. Burning mouth syndrome: a review on its diagnostic and therapeutic approach. *J Pharm Bioallied Sci*. 2014; 6(Suppl 1):S21-5.
21. Fenelon M, Quinque E, Arrive E, Catros S, Fricain JC. Pain-relieving effects of clonazepam and amitriptyline in burning mouth syndrome: a retrospective study. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2017; 46(11): 1505-11.
22. Silvestre FJ, Silvestre-Rangil J, Tamarit-Santafé C, Bautista D. Application of a capsaicin rinse in the treatment of burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012; 17(1): e1-4.
23. Catão MA. Os benefícios do laser de baixa intensidade na clínica odontológica na estomatologia. *Rev Bras Patol Oral*. 2004; 3(4): 214-8.
24. Brugnera Júnior A, Santos AECG, Bologna ED, Ladalardo TCCGP. *Atlas de laserterapia aplicada à clínica odontológica*. São Paulo: Santos; 2004.
25. Andersson S, Lundeberg T. Acupuncture—from empiricism to science: functional background to acupuncture effects in pain and disease. *Med Hypotheses*. 1995; 45(3):271-81.
26. Amaral TMP, Rosa MA, Souza FTA, Santos TPM, Silva MLV, DA Rosa P, et al. Salivary stimulation in patients with burning mouth syndrome. *J Dent Res*. 2010; 89(Spec Iss B): 1048.
27. Souza F.T.A. Síndrome da ardência bucal: terapia com estimulação salivar mecânica, qualidade de vida e transtornos psiquiátricos. [Tese]. Belo Horizonte: UFMG; 2011.
28. Turner-Stokes L, Erkeller-Yukse F, Miles A, Pincus T, Shipley M, Pearce S. Outpatient cognitive behavioral pain management programs: a randomized comparison of a group-based multidisciplinary versus an individual therapy model. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003; 84(6): 781-88.

Recebido em: 23 nov. 2018
Aprovado em: 05 abr. 2019