

Ardência Bucal: Como o clínico deve interpretar?

Jonas Nogueira Ferreira Maciel Gusmão^{1,*}, Liana Freire de Brito²

- 1 Programa de Pós-Graduação em Patologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.
- 2 Doutora pela Programa de Pós-graduação em Odontologia (PPGO/UFC), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

* Correspondência: jonasnfm Gusmão@gmail.com.

Resumo: A Síndrome de Ardência Bucal (SAB), uma condição complexa caracterizada por dor crônica ou sensação de queimação na cavidade oral sem evidências de lesões ou alterações detectáveis nos exames clínicos e laboratoriais. Destacando sua prevalência maior em mulheres, especialmente na faixa etária de 50 a 70 anos, o texto explora as possíveis etiologias da SAB, incluindo neuropatias, disfunções endócrinas, fatores psicológicos, entre outros. Através de uma revisão literária, são discutidas as classificações da SAB, variando de dor diária progressiva a dor intermitente, além da importância de distinguir entre SAB primária e secundária para um tratamento efetivo. O manejo da SAB requer uma abordagem multidisciplinar, com tratamentos que abrangem desde terapias farmacológicas até métodos alternativos como a acupuntura. O artigo também enfatiza a necessidade de uma avaliação clínica detalhada para identificar causas subjacentes e propor uma terapêutica adequada, considerando fatores locais, sistêmicos, nutricionais, hormonais e psicológicos. Conclui-se que a SAB representa um desafio diagnóstico e terapêutico significativo, necessitando de uma investigação abrangente e colaboração interdisciplinar para aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Síndrome de Ardência Bucal; Dor Orofacial; Neuropatia Oral.

Citação: Gusmão JNFM, Brito LF. Ardência Bucal: Como o clínico deve interpretar?. Brazilian Journal of Dentistry and Oral Radiology. 2022 Jan-Dec;1:bjd7.

doi: <https://doi.org/10.52600/2965-8837.bjd.2022.1.bjd7>

Recebido: 31 Março 2022

Aceito: 30 Abril 2022

Publicado: 9 Maio 2022



Direitos autorais: Este trabalho está licenciado sob uma Licença Internacional Creative Commons Atribuição 4.0 (CC BY 4.0).

1. Introdução

A Síndrome de Ardência Bucal (SAB) é identificada como uma condição crônica de dor intraoral sem causas clínicas ou laboratoriais aparentes. Conhecida também por termos como glossodinia e estomatodinia, a SAB é caracterizada por uma dor que não se origina de lesões visíveis ou alterações detectáveis nos exames. A dor é frequentemente descrita como uma sensação de queimação ou formigamento, principalmente na língua e em outras áreas da cavidade oral [1]. A prevalência da SAB é mais significativa em mulheres, especialmente na faixa etária de 50 a 70 anos, sugerindo uma possível conexão com alterações hormonais da menopausa [1].

Embora a etiologia exata da SAB seja desconhecida, fatores como neuropatias, disfunções endócrinas, e aspectos psicológicos são considerados influentes [1,2]. O manejo da SAB envolve uma abordagem multidisciplinar, com tratamentos que variam desde terapias farmacológicas, como o uso de antidepressivos e anticonvulsivantes, até métodos alternativos como a acupuntura, que tem mostrado resultados promissores na melhoria dos sintomas e na qualidade de vida dos pacientes [1,2]. Novas pesquisas também indicam o potencial de enxaguantes bucais e cremes dentais contendo Canabidiol (CBD) e Canabigerol (CBG) para aliviar os sintomas da SAB [3,4]. Este artigo visa revisar as pesquisas mais recentes sobre a Síndrome de Ardência Bucal.

2. Revisão da literatura

A Síndrome de Ardência Bucal (SAB) apresenta-se de forma heterogênea, com classificações baseadas em características sintomáticas diárias, o que facilita a identificação da condição e a escolha do tratamento mais adequado. As categorias incluem:

2.1 Tipo 1: Dor Diária Progressiva

Pacientes do Tipo 1 relatam ausência de sintomas ao acordar, com um aumento gradual da dor ao longo do dia, atingindo a intensidade máxima à noite. Esta variante tem sido associada a condições sistêmicas como deficiência nutricional e diabetes, refletindo a influência de fatores metabólicos e nutricionais na manifestação da SAB [5].

2.2 Tipo 2: Dor Constante

A dor constante, que impacta negativamente o sono, é típica deste grupo. Estudos apontam para uma associação com disfunções das glândulas salivares, particularmente em pacientes que utilizam antidepressivos, os quais podem comprometer a função parótida e exacerbam os sintomas de ardência [6].

2.3 Tipo 3: Dor Intermitente

Este tipo é caracterizado por episódios de dor que ocorrem intermitentemente, alternando com períodos sem dor. A manifestação em áreas menos típicas, como o assoalho bucal e orofaringe, e a associação com reações alérgicas, especialmente a aditivos alimentares, sugerem um mecanismo alérgico ou hipersensibilidade como fator contribuinte [7].

2.4 Classificação Clínica

2.4.1 SAB Primária ou Idiopática

Identificada quando não se encontram causas orgânicas locais ou sistêmicas para explicar os sintomas. Esta classificação desafia os clínicos devido à complexidade no manejo e tratamento [1,8].

2.4.2 SAB Secundária

Estabelecida quando avaliações revelam alterações que podem estar contribuindo para os sintomas, permitindo abordagens terapêuticas direcionadas [9].

As estratégias de tratamento para a SAB devem ser individualizadas, abordando tanto os aspectos locais quanto os sistêmicos identificados, para aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos pacientes [8].

2.5 Etiopatogênese

A compreensão da fisiopatologia da Síndrome de Ardência Bucal (SAB) permanece desafiadora, refletindo sua natureza multifatorial que envolve uma complexa interação de fatores locais, sistêmicos e psicogênicos [7,9].

2.6 Fatores Locais

2.6.1 Fatores Orais

Investigações sobre a composição da saliva e o ambiente oral sugerem uma relação significativa entre a disfunção das glândulas salivares e a SAB. Estudos caso-controle indicam alterações na composição salivar de pacientes com SAB, incluindo níveis elevados de sódio, potássio, cloro, cálcio e imunoglobulinas [10]. Essas alterações sugerem uma possível disfunção das glândulas salivares.

2.7 Hábitos Parafuncionais

A prevalência de hábitos parafuncionais, tais como morder lábios e bochechas, bruxismo, interposição lingual e respiração bucal, tem sido frequentemente associada à SAB. Pesquisas indicam que atividades parafuncionais decorrentes de oclusão inadequada ou uso de próteses dentárias estão presentes em até 61% dos pacientes com SAB. Alterações na posição do plano oclusal, redução do espaço lingual e aumento da dimensão vertical são achados comuns entre esses pacientes [11].

Um estudo conduzido por Hershkovich e Nagler (2004) com 180 pacientes apresentando SAB idiopática e queixas de disgeusia e/ou xerostomia revelou uma potencial neu-

ropatia oral ou interrupção na transdução neurológica como fatores contribuintes, resultando em alterações na composição salivar. Essa descoberta sublinha a importância dos mecanismos neurais na etiologia da SAB [12].

2.8 Infecções por *Candida sp.* e Bactérias

A presença de *Candida albicans* tem sido frequentemente observada em pacientes com SAB, embora a significância clínica continue a ser debatida. Infecções por outras bactérias como *Enterobacter*, *Klebsiella*, e *Staphylococcus aureus* também foram relatadas. A presença de *Helicobacter pylori* na mucosa oral, detectada através de biópsias e técnicas de biologia molecular, foi notavelmente mais alta em pacientes com SAB do que em indivíduos sem sintomas orais, indicando um possível papel patogênico [13].

2.9 Alterações do Sistema Nervoso

Alterações na interpretação dos estímulos pelo sistema nervoso central, podendo ser reconhecidos erradamente como dor, sugerem que a SAB possa ser uma forma de dor fantasma bucal. Evidências sugerem uma disfunção no sistema dopaminérgico, manifestada por uma diminuição da inibição dopaminérgica pré-sináptica e, conseqüentemente, um aumento na excitabilidade neuronal [7, 9].

2.10 Reações Alérgicas

O envolvimento de alérgenos na SAB é complexo e controverso. A alergia a materiais dentários, incluindo acrilatos e metais como níquel, mercúrio, ouro e cobalto, foi investigada, mas estudos mais recentes não estabeleceram uma relação direta com a SAB. Contudo, em pacientes do tipo 3, alergias a alimentos, corantes, conservantes e aditivos foram identificadas em uma proporção significativa, apontando para uma conexão potencial entre alergias e sintomas de SAB [1,14].

2.11 Alterações Vasculares

A investigação sobre a origem de várias dores associadas à SAB sugere um papel crucial para as alterações no sistema circulatório vascular, particularmente aquelas relacionadas à inflamação. Estudos de fluxo sanguíneo da mucosa por laser Doppler revelaram alterações significativas em pacientes com SAB, incluindo uma redução geral na perfusão sanguínea e maior atividade vascular em certas áreas, como o palato. Essas descobertas indicam que os sintomas da SAB podem ser atribuídos a alterações no controle de unidades microcirculatórias neurovasculares na mucosa bucal [15].

2.12 Fatores Sistêmicos

2.12.1 Deficiência nos hormônios sexuais

A conexão entre SAB e deficiências em hormônios sexuais, particularmente em mulheres na menopausa ou pós-menopausa, é bem documentada, com estudos mostrando que cerca de 46% dessas mulheres apresentam sintomas de SAB, melhorando em aproximadamente 60% dos casos após terapia de reposição [16].

2.12.2 Deficiências Nutricionais

A associação da SAB com deficiências nutricionais, incluindo ferro, ácido fólico, zinco e vitaminas do complexo B, tem sido relatada, com evidências sugerindo melhora dos sintomas após terapia de reposição adequada [17].

2.12.3 Doenças Sistêmicas

Estudos têm associado a SAB a diversas doenças sistêmicas, incluindo diabetes melítus, onde alterações metabólicas na mucosa oral, juntamente com xerostomia e candidose, podem contribuir para os sintomas [9].

2.12.4 Uso de Medicamentos Sistêmicos

A relação entre o uso de certos medicamentos e a SAB tem sido observada, especialmente com medicamentos que afetam o fluxo salivar, incluindo anti-hipertensivos, antidepressivos e agentes anti-retrovirais como o efavirenz. O clonazepam tem mostrado eficácia no alívio dos sintomas da SAB, com taxas de remissão de até 40% [11,18].

2.12.5 Fatores Psicológicos

Depressão, ansiedade e outras condições psicológicas são frequentemente relatadas em pacientes com SAB. Estudos de caso-controle revelaram uma alta prevalência de mudanças de humor e distúrbios psiquiátricos associados à SAB, com terapias focadas em aspectos psicológicos demonstrando ser eficazes na redução dos sintomas [6,8,9].

2.13 Abordagem Clínica da Síndrome de Ardência Bucal (SAB)

Ao avaliar um paciente com sintomas sugestivos de SAB, a anamnese e o exame físico devem ser meticulosamente conduzidos para identificar sinais e sintomas que contribuam para um diagnóstico preciso e uma proposta terapêutica adequada de acordo com o fluxograma da figura 1. A SAB é classificada como primária, quando idiopática, e secundária, quando há evidências clínicas ou laboratoriais associadas, o que orienta o tratamento para abordar tanto os sintomas quanto as causas subjacentes [19].

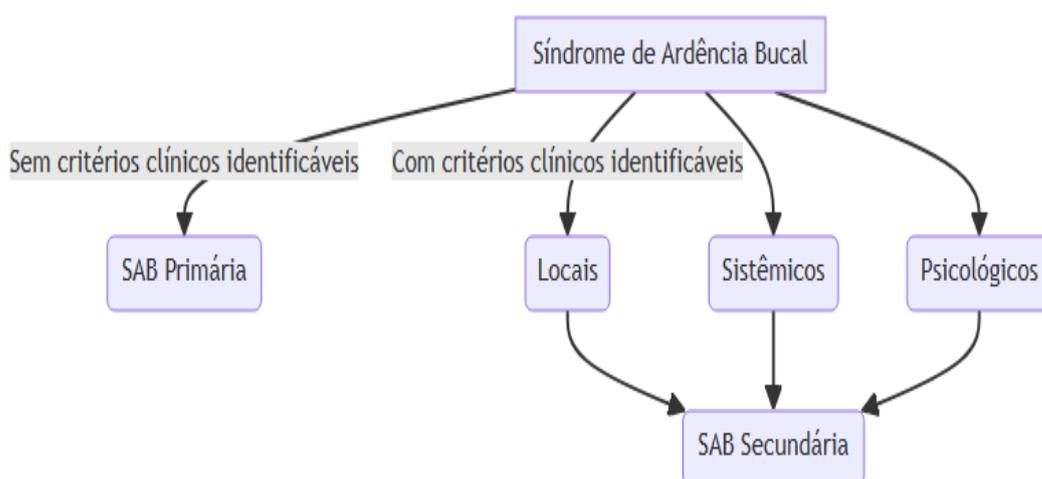


Figura 1: Fluxograma da Síndrome da Ardência Bucal, distinguindo entre casos Primários (sem critérios clínicos) e Secundários (com fatores locais, sistêmicos ou psicológicos).

Na presença de hipossalivação, um fator local associado à SAB, recomenda-se a medição do fluxo salivar. O fluxo normal é igual ou superior a 1 mL/min, considerando-se hipossalivação valores entre 0.7 mL/min e 1 mL/min e xerostomia abaixo de 0.7 mL/min. O uso de saliva artificial e acupuntura são abordagens terapêuticas que mostraram melhora nos sintomas e no fluxo salivar [20]. O exame oral deve também investigar alterações decorrentes de hábitos parafuncionais, como bruxismo ou uso inadequado de próteses dentárias, que são comuns em pacientes com SAB [11]. Intervenções como a utilização de placas oclusais e a reabilitação protética podem ser necessárias.

A presença de infecções por microorganismos, especialmente *Candida spp.*, deve ser avaliada e tratada, se confirmada, com medicação [13]. Além disso, reações alérgicas devem ser investigadas e, se presentes, deve-se orientar o paciente a evitar os alérgenos identificados para prevenir a recorrência dos sintomas [14]. É imperativo que o clínico explore possíveis condições sistêmicas associadas à SAB, como diabetes mellitus e distúrbios da tireoide, pois tais condições podem estar relacionadas com a etiopatogenia da SAB [5,9]. Deficiências nutricionais, como em ferro, ácido fólico, zinco e vitaminas do complexo B, devem ser investigadas com exames de sangue e tratadas apropriadamente [5]. Em mulheres na menopausa ou pós-menopausa, deve-se considerar as alterações hormonais como

possíveis fatores agravantes da SAB [16]. Alterações psicológicas, frequentemente associadas à SAB, podem justificar o uso de antidepressivos tricíclicos e benzodiazepínicos, com evidências de eficácia principalmente para o clonazepam tópico [6, 9].

3. Considerações Final

A Síndrome de Ardência Bucal (SAB) representa um desafio diagnóstico e terapêutico significativo devido à sua natureza multifatorial. A distinção entre SAB primária e secundária é crucial para a estratégia de tratamento, enfatizando a importância de uma avaliação clínica minuciosa e de testes laboratoriais para identificar possíveis causas subjacentes. A gestão da SAB envolve uma abordagem holística que pode incluir o tratamento de condições locais, como hipossalivação e infecções, bem como a consideração de fatores sistêmicos, nutricionais, hormonais e psicológicos que possam contribuir para os sintomas do paciente.

A recomendação de medição do fluxo salivar e o uso de saliva artificial e acupuntura para tratar hipossalivação exemplificam a abordagem focada em sintomas específicos. Da mesma forma, a correção de hábitos parafuncionais e o tratamento de infecções por *Candida spp.* são essenciais para abordar causas localizadas que podem exacerbar a SAB. Além disso, a investigação de condições sistêmicas, deficiências nutricionais e alterações hormonais sublinha a necessidade de uma abordagem interdisciplinar para o tratamento eficaz da SAB. Por fim, a consideração das dimensões psicológicas da SAB e a potencial utilização de antidepressivos tricíclicos e benzodiazepínicos destacam a complexidade da síndrome e a necessidade de tratamentos personalizados.

Conclui-se que o sucesso no manejo da SAB requer não apenas o reconhecimento e tratamento das manifestações clínicas diretas, mas também uma investigação abrangente e multidisciplinar das possíveis causas subjacentes. A cooperação entre especialistas de diferentes áreas é, portanto, fundamental para proporcionar aos pacientes com SAB o alívio efetivo dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa: Nenhuma.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Materiais Suplementares: Nenhum.

Referências

1. Carreño-Hernández I, Cassol-Spanemberg J, de RodríguezRivera-Campillo E, Estrugo-Devesa A, López-López J. Is burning mouth syndrome a neuropathic pain disorder? A systematic review. *J Oral Facial Pain Headache.* 2021;35(3):218–229.
2. Miyauchi T, Tokura T, Kimura H, Ito M, Umemura E, Sato Boku A, Nagashima W, Tonoike T, Yamamoto Y, Saito K, et al. Effect of antidepressant treatment on plasma levels of neuroinflammation-associated molecules in patients with somatic symptom disorder with predominant pain around the orofacial region. *Hum Psychopharmacol.* 2019;34(4):e2698.
3. Gambino A, Cabras M, Panagiotakos E, Calvo F, Macciotta A, Cafaro A, Suria M, Haddad GE, Broccoletti R, Arduino PG. Evaluating the Suitability and Potential Efficiency of Cannabis sativa Oil for Patients with Primary Burning Mouth Syndrome: A Prospective, Open-Label, Single-Arm Pilot Study. *Pain Med.* 2021 Feb 4;22(1):142-151.
4. Lowe H, Toyang N, Steele B, Bryant J, Ngwa W, Nedamat K. The Current and Potential Application of Medicinal Cannabis Products in Dentistry. *Dent J (Basel).* 2021 Sep 10;9(9):106
5. Tredal C, Petersen J, Mogensen S, Therkildsen C, Jacobsen J, Andersen O, Pedersen AM. Characterization of burning mouth syndrome profiles based on response to a local anaesthetic lozenge. *Oral Dis.* 2020;26(3):656–669.
6. Forssell H, Teerijoki-Oksa T, Puukka P, Estlander AM. Symptom severity in burning mouth syndrome associates with psychological factors. *J Oral Rehabil.* 2020;47(6):713–719.

7. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, et al. The revised international association for the study of pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976–1982.
8. Fukushima Y, Kitamura T, Ikami E, Yumoto M, Sano Y, Sato T, Yoda T. A case of burning mouth syndrome leading to suicide 10 days after self-cutting of tongue. *Psychogeriatrics*. 2020;20(1):126–128.
9. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. 2006;36(5):575–586.
10. Skrinjar I, Loncar Brzak B, Vidranski V, Vucicevic Boras V, Rogulj AA, Pavelic B. Salivary cortisol levels and burning symptoms in patients with burning mouth syndrome before and after low level laser therapy: a double blind controlled randomized clinical trial. *Acta Stomatol Croat*. 2020;54(1):44–50.
11. Heckmann S, Kirchner E, Grushka M, Wichmann M, Hummel T. A double-blind study on clonazepam in patients with burning mouth syndrome. *Laryngoscope*. 2012;122:813–816.
12. Hershkovich O, Nagler RM. Biochemical analysis of saliva and taste acuity evaluation in patients with burning mouth syndrome, xerostomia and/or gustatory disturbances. *Arch Oral Biol*. 2004 Jul;49(7):515-22.
13. Cavalcanti DR, Birman EG, Migliari DA, da Silveira FR. Burning mouth syndrome: clinical profile of Brazilian patients and oral carriage of *Candida* species. *Braz Dent J*. 2007;18(4):341-5.
14. de Pedro M, Lopez-Pintor RM, Casanas E, Hernandez G. Effects of photobiomodulation with low-level laser therapy in burning mouth syndrome: a randomized clinical trial. *Oral Dis*. 2020;26(8):1764–1776.
15. Komiyama O, Nishimura H, Makiyama Y, Iida T, Obara R, Shinoda M, Kobayashi M, Noma N, Abe O, De Laat A, et al. Group cognitive-behavioral intervention for patients with burning mouth syndrome. *J Oral Sci*. 2013;55(1):17–22.
16. Dahiya P, Kamal R, Kumar M, Niti, Gupta R, Chaudhary K. Burning mouth syndrome and menopause. *Int J Prev Med*. 2013 Jan;4(1):15-20.
17. López-Jornet P, Collado Y, Zambudio A, Pons-Fuster E, Castillo Felipe C, Tvarijonaviciute A. Chemosensory Function in Burning Mouth Syndrome a Comparative Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2021 Feb 25;13(3):722.
18. Cui Y, Xu H, Chen FM, Liu JL, Jiang L, Zhou Y, Chen QM. Efficacy evaluation of clonazepam for symptom remission in burning mouth syndrome: a meta-analysis. *Oral Dis*. 2016;22(6):503–511.
19. Lynde CB, Grushka M, Walsh SR. Burning mouth syndrome: patch test results from a large case series. *J Cutan Med Surg*. 2014 May-Jun;18(3):174-9.
20. Franco FR, Castro LA, Borsatto MC, Silveira EA, Ribeiro-Rotta RF. Combined Acupuncture and Auriculotherapy in Burning Mouth Syndrome Treatment: A Preliminary Single-Arm Clinical Trial. *J Altern Complement Med*. 2017 Feb;23(2):126-134.