

O QUE É A SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL?

**Fernanda Serra de Gouvêa¹, Cláudia M^a O. M. da Silva², Antônio Carlos V. Canettieri³,
Fernanda Bertini⁴**

^{1,2,3}UNIVAP/ Odontologia, Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova, fer_odonto05@hotmail.com

⁴UNIVAP/ Odontologia, Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova, bertinife@uol.com.br

Resumo – A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é uma condição dolorosa caracterizada pela sensação de ardência ou queimação da cavidade oral, na ausência de anormalidades físicas da mucosa ou de doenças sistêmicas, bem como ausência de achados laboratoriais. Vários fatores, locais, sistêmicos e psicológicos têm sido associados à SAB, entretanto sua etiologia não está ainda bem elucidada. Sua prevalência é maior em mulheres entre 45 e 60 anos no período próximos à menopausa, pacientes edêntulos, xerostômicos e idosos. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura, apresentando sua prevalência, fatores locais, sistêmicos e psicogênicos e formas de tratamento. Nesse estudo concluímos que várias condições clínicas podem estar associadas na etiologia da ardência bucal, dificultando seu diagnóstico e a implantação de um tratamento específico, sendo que o diagnóstico etiológico deve ser preconizado para diferenciação entre o sintoma ardência e a SAB.

Palavras-chave: Síndrome da Ardência Bucal, Queimor Bucal.

Área do Conhecimento: Saúde Pública

Introdução

A Síndrome da Ardência Bucal ou do Queimor Bucal pode ser definida como sendo uma entidade clínica caracterizada pela dor e sensação de ardor que se localiza numa determinada região ou podendo estender-se por toda mucosa bucal sendo que a mesma apresenta-se clinicamente normal (CUNHA et al., 2001; NASCIMENTO et al., 2006). O termo síndrome é utilizado uma vez que a maioria dos pacientes apresenta, além da ardência, xerostomia, parestesia e alteração de paladar ou do olfato (ZAKRRWSKA et al., 2003).

Essa revisão de literatura tem como objetivo identificar os principais sintomas da SAB, seus fatores causais e também os fatores que possam vir a exacerbá-la, sendo possível então, elaborar um tratamento mais adequado e objetivo, buscando resultados mais eficazes.

Revisão de Literatura

Classificação

A SAB pode ser classificada como branda, moderada ou severa, dependendo da intensidade desse sintoma. Segundo Lamey e Lamb (1998) a SAB é dividida em três tipos:

Tipo I: o sintoma ocorre diariamente, aumentando sua intensidade ao longo do dia (35% dos pacientes);

Tipo II: o sintoma ocorre diariamente, porém o paciente já acorda com dor (55% dos pacientes);

Tipo III: ocorre ocasionalmente em resposta a substâncias q provocam irritação da mucosa oral (10% dos pacientes).

Prevalência

A prevalência da Síndrome da Ardência Bucal é ainda uma questão incerta, pois não existe um estudo epidemiológico a respeito de sua incidência sobre a população, porém não é uma doença incomum e acomete aproximadamente 5% da população, sendo mais prevalente em indivíduos do gênero feminino entre 45 e 60 anos no período da pós-menopausa e que já tenham passado por tratamentos odontológicos e/ou psicológicos sem sucesso. Quando essa síndrome afeta os homens, estes se apresentam numa faixa etária superior a das mulheres (BERGDAHL et al., 1999).

Nasri et al. (2002), realizaram um estudo com pacientes portadores da Síndrome da Ardência Bucal e concluíram que as regiões da cavidade oral mais atingidas foram: língua (63%), rebordo alveolar (29,5%), mucosa jugal (23,5%), palato (17,5%), lábio (11,5%), soalho de boca (11,5%) e fundo de sulco (11,5%), havendo também em 61% dos casos pacientes com mais de uma área de ardência bucal. Num total de 17 pacientes com ardência bucal, sendo 15 mulheres e 2 homens, foi observado que dez apresentaram doenças sistêmicas crônicas: hipertensão (6), lúpus eritematoso (2), diabetes mellitus (1) e artrite reumatóide (1). Relatos subjetivos de alergia a alimentos ou a medicação

ocorreram em dez pacientes. Uma paciente tinha amnorréia havia 4 meses e quadro depressivo diagnosticado por especialista. Onze pacientes relataram xerostomia subjetiva (65%); nove eram edêntulos (53%) e sinais de disfunção temporomandibular foram encontrados em dez pacientes (59%), sendo que 70% apresentavam hiperalgesia do músculo masseter.

Cherubini et al. (2000), estudaram a distribuição dos pacientes com SAB por raça, idade, gênero e uso de fármacos. Foram investigados 100 pacientes portadores dessa síndrome, sendo que 85% dos pacientes eram mulheres e 15% eram homens. Quanto a raça, 97% eram brancos e 3% negros, porém esse resultado pode ter sido influenciado por ter sido realizado com a população do Rio Grande do Sul, que é composta em sua maioria por indivíduos de cor branca, sendo então um resultado não muito seguro. A maior frequência de pacientes ocorreu na faixa etária compreendida entre 51 e 70 anos de idade, correspondendo a 53 pacientes, sendo que 46 eram mulheres. Quanto ao uso de fármacos, de todos os pacientes investigados 22% não faziam uso de qualquer fármaco, enquanto 78% usavam um ou mais medicamentos. Observou-se ainda uma alta frequência de anti-hipertensivos (40%) e psicotrópicos (30%).

Sintomatologia

O principal sintoma dessa síndrome é a dor e ardência na mucosa bucal, principalmente na língua. O indivíduo também pode sentir gosto amargo ou alterado e apresentar dificuldade de engolir, como se estivesse com a garganta semibloqueada, podendo às vezes ter a sensação de leve inchaço na língua (SAVAGE, 1996).

A sintomatologia geralmente é espontânea, podendo começar no início do dia e agravando-se com o decorrer deste, principalmente se o paciente tiver uma jornada diária intensa e estressante. Esses sintomas podem se agravar com a fala ou movimentação contínua da língua. À noite podem desaparecer e não perturbam o sono, podendo ainda, atenuar ou desaparecer durante as refeições ou atividades que prendam a atenção, como ao ler ou assistir televisão (ZISKIN et al., 1946).

Os sintomas são geralmente bilaterais, acrescido ao fato de não respeitar a anatomia dos nervos responsáveis pela gustação, sendo assim um importante indicativo para excluir a possibilidade de uma neuropatia (WODA, 2000).

A saliva do paciente pode apresentar-se espumosa e de gosto metálico, pois seu pH altera-se e a torna mais ácida (JONATHAN et al., 1995).

Etiologia

Os estudos realizados a respeito da etiologia da SAB ainda são uma incógnita, o que torna o tratamento desses pacientes empírico e, na maioria das vezes, frustrante. Entre as possíveis causas da SAB estão fatores sistêmicos, locais, psicogênicos e até devido ao uso de alguns fármacos (OKESON, 1998).

Dentre os fatores locais, podemos encontrar desde alimentos condimentados, líquidos quentes, bebidas gasosas, café e chá muito fortes, certos sucos, dentifrícios e colutórios que são capazes de exacerbar o desconforto (OKESON J. P. 1998), até próteses mal adaptadas que podem causar injúrias teciduais levando à sensação de ardência. As disfunções do sistema mastigatório levam ao surgimento de hábitos parafuncionais, tais como o bruxismo, desencadeando a sensação de ardor na mucosa bucal. Além de todos esses fatores locais, ainda temos o fumo, o álcool e o refluxo esofágico que atuam como irritantes à mucosa ressecando-a e causando a sensação de desconforto (VELOSO et al., 2000).

Como fatores sistêmicos, patologias que se apresentam associadas à SAB, como a Candidose que pode induzir um estado de hipersensibilidade pela produção de toxinas levando ao aparecimento dos sintomas de ardência podem ocorrer (MUZYKA, 1999). Pacientes diabéticos, também são susceptíveis a infecções oportunistas, levando a SAB por infecções fúngicas. A carência nutricional também pode levar à SAB, pois prejudica o reparo tecidual, podendo gerar despilação da língua e com isso provocando a sensação de ardor. A reação liquenóide pode ser incluída como fator local, por ser uma reação alérgica aos metais presentes na boca de pacientes predispostos a essa alteração (GRUSHKA, 2002).

Depois de tratadas as possíveis causas locais e sistêmicas e mesmo assim não obtendo sucesso, pode-se supor uma origem psicogênica para essa doença, como em toda patologia dessa origem sabemos que o lado emocional e a personalidade do paciente devem ser cuidadosamente avaliados, pois representam grande importância na evolução da mesma (PRABHU, 2007). Veloso et al. (2000) constataram que os portadores da síndrome caracterizam-se por serem indivíduos ansiosos, desconfiados, deprimidos, preocupados, socialmente isolados e com suas funções corporais e emocionais abaladas. Têm tendência a se cansarem com facilidade, sofrem de tensão muscular, têm a voz monótona e são facilmente acometidos por palpitações e indigestão. Geralmente, são pessoas hipocondríacas,

cancerofóbicas e que estão vivendo ou já vivenciaram experiências estressantes.

Por fim, existem alguns fármacos que podem diminuir a saliva e com isso causar o aparecimento dos sintomas da SAB, são eles, antiespasmódicos, antidepressivos, antipsicóticos, relaxantes músculos-esqueléticos, antiparkinsonianos, antiarrítmicos, antihistamínicos, anticonvulsivantes, ansiolíticos, moderadores de apetite, diuréticos e anti-hipertensivos (BOGETTO et al., 1998).

Diagnóstico

A ICHD_II (Classificação Internacional das Cefaléias) descreve os seguintes critérios para o diagnóstico da SAB:

- a. Dor na boca presente diariamente e persistindo a maior parte do dia;
- b. A mucosa oral de aparência normal;
- c. Doenças locais e sistêmicas serem excluídas.

Tratamento

Os tratamentos propostos para a SAB são empíricos e, na maioria se baseiam em protocolos clínicos descritos por diversos autores. Uma vez descartada a atuação de fatores locais e sistêmicos, o tratamento deverá ser realizado como se estivéssemos diante de uma dor neuropática (BERGDAHL et al., 1999).

Como os pacientes podem ser considerados cancerofóbicos, provar a ausência de malignidade para os mesmos contribui sensivelmente para a melhora do seu quadro emocional (VELOSO et al., 2000).

Se forem eliminados todos os fatores locais e sistêmicos, a hipótese de uma origem psicogênica deve ser considerada, mostrando-se a necessidade de acompanhamento psicológico, porém, nem sempre o paciente reagirá bem a esta indicação (VAN HOUDENHOVE et al., 1995). O uso da medicação antidepressiva também pode ser utilizada tomando-se cuidado para que sejam administradas pequenas doses, pois esses fármacos também podem contribuir para o aparecimento dos sintomas da SAB (JONATHAN et al., 1995).

O controle do consumo de fumo e álcool deve ser promovido bem como o balanceamento da dieta alimentar, evitando-se alimentos condimentados e bebidas com teor ácido que atuam como irritantes da mucosa bucal (VELOSO et al., 2000).

Nos casos de deficiência nutricional, a terapia de reposição é recomendada. A vitamina B é bastante citada na literatura como um recurso utilizado na melhoria dos sintomas obtendo-se excelentes resultados (HUGOSON et al., 1991).

Quando o paciente é portador de prótese, deve-se verificar as condições da mesma e sua adaptação com a mucosa, devendo promover seu ajuste ou troca, eliminando assim, o fator irritante (REGEZI et al., 1991).

Nos casos onde a cultura fúngica for positiva para *Cândida albicans*, aplicações tópicas de Nistatina ou Clotrimazol produzem resultados clínicos satisfatórios (BERGDAHL et al., 1993).

O uso de esteróides e xilocaína tópicos pode ser usado apenas para aliviar, por um curto período de tempo, a sensação de ardor (GRISPAN et al., 1995), a lidocaína 2% (uso tópico), também pode ser utilizada com o intuito de reduzir a sintomatologia dolorosa com a vantagem de não causar aumento da sensação de ardor no início do tratamento (EPSTEIN et al., 1994).

Distúrbios hormonais e neurológicos são difíceis de serem tratados, necessitando de uma terapia empírica. No caso das deficiências hormonais em pacientes na menopausa, o tratamento sistêmico com hormônios produz resultados satisfatórios (REGEZI et al., 1991).

Diante das possibilidades de tratamento, é de suma importância, que o clínico seja realista e não mostre ao paciente grande otimismo e nem ofereça solução fácil, pois este poderá ter que aceitar e aprender a conviver com o problema, no caso de um tratamento sem sucesso (VELOSO et al., 2000).

Conclusão

A revisão de literatura realizada mostrou que a SAB é uma doença de origem multifatorial, mais freqüente em mulheres na faixa etária de 45 a 60 anos no período da menopausa, sendo sua etiologia não totalmente esclarecida. Para a realização de seu diagnóstico é essencial que sejam observados todos os fatores que podem vir a causar os sintomas da SAB, tanto fatores locais como sistêmicos. A avaliação da personalidade do paciente é de grande importância, pois se acredita na possibilidade de uma origem psicogênica para essa patologia.

Por essa síndrome tratar-se de um problema particularmente decepcionante para o clínico e para o paciente devido ao fato de não haver uma causa nítida nem a certeza do sucesso do tratamento, pode-se concluir, com esse estudo, que ainda existe a necessidade de maiores pesquisas sobre essa síndrome, para que se possa entender melhor suas causas instituindo assim tratamentos mais eficazes e objetivos ao problema.

Revisão Bibliográfica

- Classificação Internacional das Cefaléias/ Subcomitê de Classificação das Cefaléias da Sociedade Internacional de Cefaléia; tradução da Sociedade Brasileira de Cefaléia com autorização da Sociedade Internacional de Cefaléia, 2ª ed., São Paulo: Editora Segmento Farma, 2004.
- BERGDAHL, J.; ANNEROTH, G. Burning mouth syndrome: literature review and model for research and management. **J. Oral Psychol. Méd.**, v.22, n.10, p.433-438, 1993.
- BERGDAHL, M.; BERGDAHL, J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. **J. Oral Pathol Med** 1999; 28: 350-54.
- BOGETTO, F.; MAINA, G.; FERRO, G.; CARBONE, M.; GANDOLFO, S. Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. **Psychosom Med** 1998; 60: 378-85.
- CHERUBINI, K. et al. Síndrome da ardência bucal: revisão de cem casos. **Revista Odonto Ciência – Fac. Odonto/PUCRS**, v.20, n.48, abr./jun. 2005.
- CUNHA, K. S. G., JANINI, M. E. R. Síndrome da ardência bucal: uma revisão da literatura. **JBA**, 1(3): 244-251, 2001.
- EPSTEIN, J.B.; MARCOE, J. H. Topical application of capsaicin for treatment of oral neuropathic pain and trigeminal neuralgia. **Oral Surg. Oral Med Oral Pathol Oral Radiol** 1994; 77: 135-40.
- GRISPAN, D.; BLANCO, G.; ALLEVATO, M.; STENGEL, F. BMS. **Inter. J. Dermatol.** 34 (7) 483-87, 1995.
- GRUSHKA, M. Burning mouth syndrome. **Am Fam Physician** 2002; 65: 615-20.
- HUGOSON, A.; THORSTENSSON, B.; Vitamin B status and response to replacement therapy in patients with BMS. **Acta. Odontol. Scand** .49:367-75, 1991.
- JONATHAN, A. S. et al. Syndrome: na update **JADA**. Vol 126, 843-53, 1995.
- LAMEY, P. J.; LAMB, A. B. Prospective study of etiological factors in burning mouth syndrome. **Br Med J** 1998; 296: 1243-46.
- MUZYKA, B. C.; DE ROSSI, S. S. A review of burning mouth syndrome. **Cutis** 1999; 64: 29-35.
- NASCIMENTO, T. T.; BORDINI, C. A.; SPECIALI, J. G. Síndrome da Ardência Bucal: diagnóstico diferencial e revisão de tratamento. **Migrâneas cefaléias** 2006; 9(3): 80-83.
- NASRI, C.; TEIXEIRA, M. J.; SIQUEIRA, J.T.T. Estudo clínico sobre as características gerais dos pacientes com queixas de ardência bucal. **JBA Jornal Brasileiro de Oclusão, ATM e Dor Orofacial**, Curitiba, v.2, n.8, p.278-284, out./dez. 2002.
- OKESON, J.P. Dores bucofaciais de Bell. 5ª ed. **Chicago: Quintessence**; 1998.
- PRABHU, S.R. Medicina Oral; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 52-54, 2007.
- REGEZI, J; SCIUBBA J. Patologia clínica: correlações clínico patológicas. Guanabara Koogan. Cap. 4:86-104, 1991.
- SAVAGE, N; BMS: patient management. **Australian Dental Journal** 41 (6) 363-6, 1996.
- VAN HOUDENHOVE, B; JOOSTENS, P. BMS: successful treatment with combined psychotherapy and psychopharmacotherapy. **Gen. Hosp.Psych.** 17: 385:388, 1995.
- VELOSO, K. M.; CUTRIM, M. N. Síndrome da ardência bucal <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp>, 2000.
- WODA, A. Mechanisms of neuropathic pain. Orofacial pain. From **Basic Science to Clinical Management**. **Chicago: Quintessence**; 2000, 67-78.
- ZAKRRWSKA, J. M.; FORSELL, H.; GLENNY, A. M. Interventions for the treatment of burning mouth syndrome: a systematic review. **J. Orofac. Pain** 2003; 17: 293-300.
- ZISKIN, D. E.; MOUTON, R. Glossodynia a study of orolingual pain. **JADA** 33 (21): 423-32, 1946.