FACSETE
Faculdade Sete Lagoas
Recredenciamento Portaria MEC 278/2016 - D.O.U 19/04/2016

ESPECIALIZAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO EM DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E DOR OROFACIAL COM ÊNFASE EM SONO

ANA LETÍCIA DE MAGALHÃES TEIXEIRA
MARIANA BARDELLA ANTONIAZZI

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: ETIOLOGIA, CARACTERÍSTICAS E POSSÍVEIS TRATAMENTOS

BELO HORIZONTE - MG
2026

ANA LETÍCIA DE MAGALHÃES TEIXEIRA
MARIANA BARDELLA ANTONIAZZI

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: ETIOLOGIA, CARACTERÍSTICAS E POSSÍVEIS TRATAMENTOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização e aperfeiçoamento em Disfunção Temporomandibular e dor orofacial com ênfase em sono da Faculdade Sete Lagoas -FACSETE/Neon Cursos, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Distúrbios Temporomandibulares e Dor Orofacial em Odontologia.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Marcela Drumond Abuhid

BELO HORIZONTE - MG
2026

ANA LETÍCIA DE MAGALHÃES TEIXEIRA
MARIANA BARDELLA ANTONIAZZI

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: ETIOLOGIA, CARACTERÍSTICAS E POSSÍVEIS TRATAMENTOS

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização e aperfeiçoamento em Disfunção Temporomandibular e dor orofacial com ênfase em sono da Faculdade Sete Lagoas -FACSETE/Neon Cursos, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Distúrbios Temporomandibulares e Dor Orofacial em Odontologia.

Orientadora: Prof(a). Dr(a). Marcela Drumond Abuhid

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

_____
Prof(a). Dr(a). Marcela Drumond Abuhid

_____
Prof(a). Dr(a). Isabela Hübner Alves Marques Alvim

_____
Prof(a). Dr(a).Cássia Regina Silva

Belo Horizonte, 27 de janeiro de 2026

Agradecimentos

Agradecimentos especiais à equipe de professores que compõe a especialização em Disfunções Temporomandibulares e Dor Orofacial da FACSETE, que nos orientaram e ensinaram com muita paciência e zelo nesta jornada de dois anos de aprendizados.

Às nossas famílias, por nos amparar e auxiliar até que esse título fosse conquistado.

Às nossas colegas de turma e amigas do coração, Gabi e Paola que por tornarem a trajetória de conhecimento mais leve e acolhedora.

Aos nossos demais colegas por compartilharem esta jornada de aprendizado conosco.

Por último, mas não menos importante, um agradecimento especial aos nossos pacientes, por cederem parte de seu tempo e nos confiarem seu cuidado.

Resumo

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é uma dor crônica caracterizada por ardência, queimação, formigamento e mudanças no paladar, sem lesões visíveis na boca nem causa física que se possa detectar. A língua é geralmente a região mais afetada, mas pode acometer outras partes, como palato e mucosa jugal. A condição é chamada de "síndrome" porque apresenta um conjunto de sintomas – como sensação de boca seca (xerostomia) e alterações de paladar – que têm etiologia não totalmente definida ou variável, mas que formam um quadro clínico reconhecível. À partir dessa definição, a elaboração desta revisão de literatura teve como objetivo dissertar sobre a SAB, incluindo suas possíveis causas e tratamentos. Foram utilizados artigos científicos publicados entre 2005 e 2025, em Inglês e Português, disponíveis em portais de periódicos de grande relevância (PubMed / MEDLINE, Scopus, Web of Science e Google Acadêmico). Os resultados obtidos com esta revisão de literatura evidenciam que a predominância da SAB é em público feminino, acima de 50 anos, geralmente associados a fatores biopsicossociais. Possui um perfil epidemiológico consistente, apesar de baixa predominância populacional e dificuldade dos profissionais em diagnosticá-la e tratá-la, mesmo que o tratamento já seja conhecido, multifatorial e multimodal, devendo ser totalmente individualizado para cada paciente.

Palavras-chave: “Síndrome da Ardência Bucal”; “definição”; “diagnóstico”; “etiologia”; e “tratamento”.

Abstract

Burning Mouth Syndrome (BMS) is a chronic pain condition characterized by burning, stinging, tingling and changes in taste, with no visible lesions in the mouth nor any detectable physical cause. The tongue is generally the most affected region, but it can impact other areas, such as the palate and buccal mucosa. The condition is called a "syndrome" because it presents a set of symptoms, such as a dry mouth sensation (xerostomia) and taste alterations, that have an etiology that is not fully defined or is variable, but which form a recognizable clinical picture. Based on this definition, the objective of this literature review was to discuss BMS, including its possible causes and treatments, using scientific articles published between 2005 and 2025, in English and Portuguese, from highly relevant journal portals (CAPES, Google Scholar, SciELO, etc.). The results obtained from this literature review show that the predominance of BMS is in the female public, over 50 years of age, generally associated with biopsychosocial factors. It has a consistent epidemiological profile, despite its low prevalence in the population and the difficulty professionals have in diagnosing and treating it, even though the treatment is already known to be multifactorial, multimodal, and must be completely individualized for each patient.

Keywords: “Burning Mouth Syndrome”; “definition”; “diagnosis”; “etiology”; and “treatment”.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 7
2. OBJETIVOS..... 9
2.1 Gerais:..... 9
2.2 Específicos:..... 9
3. METODOLOGIA..... 9
4. REVISÃO DE LITERATURA..... 10
4.1 Epidemiologia..... 11
4.2 Sinais, Sintomas e Características Clínicas..... 12
4.3 Classificação, Etiologia e Fatores Associados..... 13
4.4 Impactos causados pela SAB..... 15
4.5 Diagnóstico e tratamento da SAB..... 16
5. DISCUSSÃO..... 19
6. CONCLUSÃO..... 21
7. REFERÊNCIAS..... 22

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB), também denominada *Burning Mouth Syndrome* (BMS), é uma condição crônica e de difícil compreensão, caracterizada pela sensação persistente de queimação em mucosa oral clinicamente normal, na ausência de causas odontológicas ou sistêmicas evidentes (ICHD-3, 2018). Essa sensação dolorosa acomete, principalmente, a língua (em especial ponta e bordas laterais), podendo também envolver outras regiões da cavidade oral. Comumente, são relatados sintomas associados como xerostomia subjetiva e alterações do paladar, descritas pelos pacientes sob a forma de gosto metálico ou amargo. Apesar de classificada como “síndrome”, não há marcador patognomônico definido, e seu diagnóstico é pautado em critérios clínicos de exclusão, necessitando de uma abordagem multidisciplinar quanto à sua etiopatogenia.

O interesse científico e clínico pela SAB tem se ampliado de forma expressiva nos últimos anos, tanto pelo aumento das publicações quanto pelo aprofundamento metodológico. Pesquisas recentes têm se voltado à redefinição conceitual da síndrome, à padronização de critérios diagnósticos, à identificação de fatores de risco e à avaliação de intervenções terapêuticas. Revisões sistemáticas e meta-análises vêm contribuindo para delimitar condutas de maior respaldo científico, embora a heterogeneidade dos resultados ainda dificulte a consolidação de consensos terapêuticos.

Do ponto de vista epidemiológico, observa-se maior prevalência da SAB em mulheres de meia-idade, sobretudo no período peri e pós-menopausa, com proporção mulher:homem variando entre 2,5:1 e 7:1 (Coculescu; Tovaru; Coculescu, 2014; Wu Y. et al., 2022). A incidência na população geral encontra-se abaixo de 2%, enquanto em contextos clínicos de odontologia e medicina oral, a prevalência relatada encontra-se entre 7% e 8% (Wu Y. et al., 2022). Além disso, o avanço da idade constitui fator associado ao desenvolvimento da síndrome, possivelmente devido a múltiplos elementos ligados ao envelhecimento, como comorbidades metabólicas, uso de medicações, alterações neurosensoriais e hormonais.

A etiologia da SAB é considerada multifatorial. Evidências apontam para mecanismos envolvendo disfunções neuropáticas periféricas e centrais, alteração na modulação da dor e sensibilização central. A influência hormonal tem papel

importante na predisposição feminina, embora os mecanismos ainda não estejam claramente definidos. Entre as comorbidades relacionadas, destacam-se diabetes, distúrbios da tireóide, deficiências nutricionais (como ferro e vitaminas do complexo B) e doenças autoimunes, a exemplo da síndrome de Sjögren. Fatores psicossociais, como ansiedade, depressão, estresse crônico e características de personalidade, também são relevantes, uma vez que influenciam tanto a percepção da dor quanto a qualidade de vida do paciente (Galli et al., 2017; Meneguette et al., 2020).

No campo diagnóstico, além da avaliação clínica para exclusão de causas locais, como infecções, irritantes, alergias ou próteses mal adaptadas, são indicadas anamnese detalhada, exames laboratoriais para investigação de deficiências nutricionais, avaliações de glicemia e da função tireoidiana e, em casos específicos, testes gustativos e neurossensoriais. Critérios utilizados com frequência incluem persistência dos sintomas por mais de três meses, dor diária com duração de várias horas, ausência de lesões clínicas e relato de melhora parcial durante a ingestão alimentar. Contudo, não há consenso universal quanto à definição diagnóstica, sendo comum a utilização de critérios distintos em diferentes estudos, o que dificulta comparações epidemiológicas e a avaliação de eficácia terapêutica.

Em relação ao tratamento, não existe, até o presente momento, uma terapia curativa definitiva para a SAB. O manejo concentra-se no controle sintomático, combinando estratégias farmacológicas e não farmacológicas, sempre considerando o impacto funcional e a qualidade de vida do paciente. A literatura científica atual demonstra benefícios parciais com o uso de clonazepam (tópico ou sistêmico), terapia cognitivo-comportamental, suplementação nutricional em casos de deficiência identificada e terapias físicas como laser de baixa intensidade (Arbusto et al., 2022; Al-Maweri et al., 2025; Canfora et al., 2026). Entretanto, cada abordagem apresenta limitações e resultados variáveis entre os pacientes.

Diante desse cenário, torna-se relevante a realização de uma revisão de literatura narrativa, com o objetivo de mapear a produção científica existente sobre a Síndrome da Ardência Bucal (SAB). Nesse contexto, algumas questões centrais se destacam: Quais são os achados epidemiológicos e etiopatológicos mais consistentes na literatura? Quais manifestações clínicas e variações têm sido descritas e como se distinguem? Quais métodos diagnósticos se mostram mais empregados e em que medida são eficazes? Quais intervenções terapêuticas

apresentam evidências mais favoráveis? E, por fim, de que forma a SAB tem sido relacionada ao contexto das Disfunções Temporomandibulares (DTMs) e da Dor Orofacial (DOF)?

2. OBJETIVOS

2.1 Gerais:

- Mapear a literatura existente sobre a SAB

2.2 Específicos:

- Analisar aspectos epidemiológicos e etiopatológicos da SAB.
- Esclarecer os aspectos clínicos da doença.
- Revisar métodos diagnósticos.
- Analisar opções terapêuticas para o tratamento da SAB.
- Relacionar a SAB o contexto de DTM & DOF.
- Identificar lacunas de conhecimento que justifiquem futuras pesquisas sobre a Síndrome.

3. METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com abordagem qualitativa e cujo objetivo é agrupar, comparar e interpretar achados recentes sobre a SAB, sem os critérios e procedimentos de meta-análise ou avaliação formal de viés de revisões sistemáticas.
Foram utilizados como critérios de inclusão:

- Artigos publicados entre 2005 e 2025, em idiomas inglês e português.
- Estudos em humanos que abordam um ou mais dos seguintes domínios: definição/diagnóstico, epidemiologia, etiologia/fisiopatologia, tratamento da BMS/SAB.
- Revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais (coorte, caso-controle, transversais) amplamente citados.

Foram utilizados como critérios de exclusão:

- Estudos publicados antes de 2005.
- Estudos em idiomas diferentes de inglês e português.
- Estudos com população animal ou in vitro apenas.
- Relatos de casos isolados que não contribuem com dados generalizáveis ou comparativos significativos.

Os estudos abordados foram extraídos de bases eletrônicas, tais como PubMed / MEDLINE, Scopus, Web of Science e Google Acadêmico.

A estratégia de busca incluiu o uso de palavras-chave e termos DeCS, tais como “Burning Mouth Syndrome”, “definition”, “diagnosis”, “etiology”, “treatment”, “therapeutics”, “neuropathy”, “micronutrients”. Foi utilizada na busca da combinação com operadores booleanos, como por exemplo: (“Burning Mouth Syndrome” AND “treatment”) OR (“Burning Mouth Syndrome” AND “etiology”). Foram aplicados à busca filtros por data (2005-2025) e idioma (inglês português).

Os artigos foram triados inicialmente através dos títulos. Posteriormente, foi efetuada verificação da conformidade com os critérios de inclusão, com base na leitura dos resumos. Por fim, foi feita a leitura completa e extração dos dados relevantes, conforme objetivos, dos artigos selecionados.

Os artigos selecionados foram organizados em uma ficha de extração, contendo título, autor(es), ano, tipo de estudo, definição diagnóstica usada, fatores etiológicos/fisiopatológicos destacados, intervenções terapêuticas testadas e resultados principais. Os temas encontrados foram agrupados em grandes categorias para síntese: definição/diagnóstico; epidemiologia; etiologia/fisiologia; tratamento.

4. REVISÃO DE LITERATURA

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB), constitui uma condição crônica caracterizada por dor ou ardência intraoral recorrente, em mucosa clinicamente normal, sem que outra doença ou alteração local explique os sintomas. Os critérios atualmente aceitos para seu diagnóstico são aqueles estabelecidos pela International Classification of Orofacial Pain (ICOP, 2020) e pela International Classification of Headache Disorders (ICHD-3). Segundo tais diretrizes, a SAB é

definida pela presença de dor urente na mucosa oral por mais de duas horas ao dia, durante pelo menos três meses, sem lesão aparente ou causa alternativa identificável.

4.1 Epidemiologia

A epidemiologia da Síndrome da Ardência Bucal (SAB/BMS) apresenta ampla variação nas estimativas de prevalência, influenciada principalmente pelos critérios diagnósticos adotados, pelo tipo de amostra estudada (população geral ou serviços clínicos) e pelo recorte geográfico e etário. Uma meta-análise recente estimou a prevalência global de 1,73% na população geral e 7,72% em amostras clínicas, confirmando o viés de encaminhamento e a maior concentração de casos em cenários assistenciais (Wu Y. et al., 2022).

A prevalência da SAB é maior em mulheres entre 50 e 70 anos, especialmente no período pós-menopausa, correspondendo a cerca de 90% dos casos, sem predomínio étnico ou socioeconômico definido (Meneguette et al., 2020). Os dados reforçam, ainda, uma média de idade ao diagnóstico em torno de 59 anos e picos de incidência entre 70 e 79 anos (Kohorst et al., 2014; 2015). Estudos regionais indicam prevalência heterogênea: em pesquisas populacionais, valores mais altos foram observados na Europa (~5,6%), em contraste com índices menores na Ásia (~1,0%) e América do Norte (~1,1%), sugerindo influência de fatores metodológicos e demográficos (Wu Y. et al., 2022).

A heterogeneidade dos estudos históricos decorre, em grande parte, da ausência de uniformidade nos critérios diagnósticos e da inclusão de casos secundários ou condições miméticas. Revisões recentes destacam que a adoção dos critérios formais da ICHD-3 e da ICOP (2020), que exigem dor urente diária por mais de duas horas, durante pelo menos três meses, em mucosa clinicamente normal e após exclusão de causas alternativas, têm permitido estimativas mais conservadoras e comparáveis ao longo do tempo (ICDH-3) (ICOP).

Em cenários clínicos, observa-se alta prevalência de comorbidades e uso crônico de medicamentos, fatores que podem atuar como confundidores na avaliação epidemiológica e inflar a prevalência aparente. Esse aspecto foi evidenciado em estudo egípcio recente, no qual a prevalência em serviços clínicos alcançou 7,9%, sobretudo em mulheres acima de 50 anos (Ghalwash et al., 2024).

4.2 Sinais, Sintomas e Características Clínicas

A Síndrome da Ardência Bucal é assim nomeada devido à sua caracterização pela sensação de dor intra oral, sem nenhuma lesão visível na mucosa ou causa clínica estabelecida. Define-se por um conjunto de manifestações, entre as quais predominam a dor de característica urente, a disestesia, a disgeusia e a xerostomia subjetiva, configurando um quadro sindrômico complexo (Cherubini et al., 2005; Montandon et al., 2011).

O sintoma mais característico da Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é a sensação de queimação bucal, frequentemente descrita pelos pacientes como dor urente ou sensação de “boca escaldada” (Cherubini et al., 2005; Montandon et al., 2011). Além disso, podem ocorrer outras manifestações sensoriais, como alfinetadas, inchaço, formigamento e coceira, que refletem o envolvimento de mecanismos neuropáticos periféricos e centrais (Orliaguet; Misery, 2021; Russo et al., 2022).

A localização da ardência geralmente se concentra nos dois terços anteriores da língua, no palato duro anterior e na mucosa do lábio inferior, regiões mais ricamente inervadas e sensíveis a alterações sensoriais (Meneguette et al., 2020; Gonçalves et al., 2022). Clinicamente, o quadro pode se apresentar de forma oligossintomática, quando há um número reduzido de sintomas, como dor associada à disgeusia e/ou xerostomia, ou monossintomática, quando o único sintoma relatado é a dor (Montandon et al., 2011; Gonçalves et al., 2022).

Os critérios clínicos amplamente aceitos descrevem a SAB como uma dor recorrente, diária, com duração superior a duas horas por dia e persistente por pelo menos três meses, em mucosa oral clinicamente normal (Russo et al., 2022). A dor tende a ser espontânea e contínua, podendo surgir após eventos como procedimentos odontológicos ou doenças sistêmicas, o que sugere a participação de mecanismos neuropáticos e psicogênicos (Orliaguet; Misery, 2021).

Fatores psicossociais (como ansiedade, depressão, estresse e distúrbios do sono) têm papel relevante tanto na gênese quanto na manutenção da síndrome, justificando uma abordagem diagnóstica e terapêutica interdisciplinar (Orliaguet; Misery, 2021).

4.3 Classificação, Etiologia e Fatores Associados

Atualmente a classificação da SAB baseia-se em dois eixos principais: a distinção entre formas primária (idiopática) e secundária, e a aplicação de critérios diagnósticos padronizados.

Além da distinção etiológica, a classificação de Lamey e Lewis (1989) é frequentemente utilizada como complemento clínico. Nela, a SAB tipo 1 apresenta dor ausente ao despertar e agravamento ao longo do dia; a tipo 2 manifesta dor contínua; e a tipo 3, um padrão intermitente, com dias assintomáticos. Embora descritiva, essa tipologia auxilia na comunicação clínica e na compreensão da variação dos sintomas (Gonçalves et al., 2022).

A etiologia da SAB é multifatorial, envolvendo fatores neuropáticos, hormonais, psicossociais, locais e sistêmicos. No componente neurossensorial, há evidências de neuropatia de fibras finas, com redução da densidade das fibras A-delta e C e alterações funcionais, o que caracteriza um fenótipo de dor neuropática e nociplástica (Orliaguet; Misery, 2021; Russo et al., 2022). Estudos de neuroimagem funcional também demonstram alterações em regiões cerebrais envolvidas na modulação da dor e das emoções, como o tálamo e as redes corticolímbicas, compatíveis com processos de sensibilização central (Russo et al., 2022).

Outro mecanismo descrito envolve a interação entre o sistema gustativo e a percepção de dor. A disfunção da corda do tímpano, ramo do nervo facial responsável pela gustação dos dois terços anteriores da língua, pode reduzir a inibição cruzada entre estímulos gustativos e nociceptivos, amplificando a sensação dolorosa (Miranda; Dueyre; Andrade, 2018). Essa hipótese está alinhada à chamada “teoria da desinibição trigeminal”, segundo a qual a perda parcial da função gustativa pode desencadear hiperatividade das vias sensoriais trigeminais, intensificando o desconforto oral (Gonçalves et al., 2022).

Os fatores hormonais também exercem influência relevante. A predominância da síndrome em mulheres peri e pós-menopáusicas sugere que a queda dos níveis de estrogênio pode aumentar a excitabilidade dos receptores sensoriais da mucosa oral, especialmente os canais TRPV1, moduladores da dor térmica e química. A queda da progesterona, por sua vez, está associada à regulação dos níveis de estresse, ansiedade e percepção da dor. O efeito da menopausa no eixo

hipotálamo-hipófise-ovário, afeta neurotransmissores como serotonina e dopamina, o que pode intensificar a percepção dolorosa e os sintomas de estresse e ansiedade (Wu S. et al., 2021; Gonçalves et al., 2022).

Os aspectos psicossociais estão fortemente associados à SAB. A prevalência de ansiedade, depressão e estresse crônico é significativamente maior em pacientes com o transtorno, influenciando a intensidade e a persistência da dor. Estudos clínicos indicam que a correlação entre sofrimento emocional e ardência oral é bidirecional, e que abordagens psicoterápicas podem contribuir para a melhora dos sintomas (Orliaguet; Misery, 2021; Galli et al., 2017).

No grupo dos fatores locais e sistêmicos, destacam-se os fatores irritativos orais (próteses mal adaptadas, hábitos parafuncionais, bruxismo, alergias a resina acrílica, tabagismo e consumo frequente de bebidas quentes ou alimentos condimentados), que podem agravar ou mimetizar o quadro de SAB secundária (Gonçalves et al., 2022). Condições sistêmicas como deficiências nutricionais (vitamina B12, ferro e zinco), diabetes mellitus, doenças autoimunes (como a síndrome de Sjögren) e alterações metabólicas também são frequentemente relatadas (Miranda; Dueyre; Andrade, 2018; Meneguette et al., 2020).

A xerostomia é um achado comum, podendo ser subjetiva, quando o paciente percebe a boca seca mesmo com fluxo salivar normal, ou objetiva, quando há hipossalivação mensurável. Essa condição pode coexistir com a SAB, sendo considerada secundária a outras alterações. Sugere-se que a hipossalivação desencadeia o aumento da fricção dos tecidos intra orais e, consequentemente, a ardência bucal e demais sintomas característicos da Síndrome. Está frequentemente associada à menopausa, ao uso de medicamentos antidepressivos, ansiolíticos e anti-hipertensivos, ou ainda a doenças sistêmicas, mas não deve ser interpretada como causa primária da SAB (Cherubini et al., 2005; Montandon et al., 2011).

O uso de medicações é outro fator relevante. Alguns estudos sugerem associação entre o uso prolongado de inibidores da enzima conversora de angiotensina (ECA) e o surgimento de sintomas de ardência oral, embora essa relação ainda não seja conclusiva. A revisão medicamentosa cuidadosa é, portanto, fundamental durante o diagnóstico (Russo et al., 2022).

Pacientes que apresentam condições médicas como distúrbios gastrointestinais, refluxo gastroesofágico, infecções pela bactéria H Pylori, flatulência

e gastrite, costumam aparecer em maior prevalência em indivíduos que possuem a síndrome aqui citada (Meneguette. et al, 2020).

Por fim, pesquisas recentes apontam alterações em biomarcadores salivares, como níveis de citocinas inflamatórias e marcadores oxidativos, em subgrupos de pacientes com SAB. Esses achados reforçam a hipótese de neuroinflamação periférica e estresse oxidativo, embora ainda não haja marcadores laboratoriais validados para o diagnóstico clínico (Russo et al., 2022; Orliaguet; Misery, 2021).

4.4 Impactos causados pela SAB

Há indicativos de que a ardência está presente na maioria dos casos de SAB, sendo relatada por aproximadamente 77% dos pacientes, enquanto a associação com dor ocorre em cerca de 23% dos casos avaliados (Meneguette et al., 2020). Além desses sintomas, são comuns queixas de boca seca, alterações no paladar e, em menor frequência, alterações no olfato, o que reforça a natureza multissensorial do distúrbio (Cherubini et al., 2005; Gonçalves et al., 2022).

A língua é o local mais frequentemente acometido, com intensidade de ardência variando de leve a moderada. A sintomatologia pode ser acompanhada por fadiga ao falar, dificuldade na mastigação e, em alguns casos, desconforto durante a deglutição, o que interfere significativamente nas funções orais básicas e na interação social (Spanemberg et al., 2012; Meneguette et al., 2020).

Essas manifestações repercutem de forma expressiva na qualidade de vida dos pacientes, levando à modificação de hábitos alimentares e de fala, e favorecendo quadros de irritabilidade, insônia e limitação social. Devido à sobreposição sintomática, é fundamental que o cirurgião-dentista realize um diagnóstico diferencial criterioso, excluindo condições como candidíase oral, líquen plano, língua geográfica, reações alérgicas e xerostomia primária (Montandon et al., 2011; Gonçalves et al., 2022).

A literatura destaca ainda a estreita relação entre a SAB e fatores emocionais, como ansiedade, depressão e estresse (Galli et al., 2017), que podem atuar tanto como desencadeantes quanto como perpetuadores dos sintomas (Orliaguet; Misery, 2021). Essa relação cria um ciclo contínuo entre dor, sofrimento emocional e intensificação da sintomatologia, reforçando a necessidade de uma abordagem

interdisciplinar que inclua avaliação psicológica e suporte emocional durante o tratamento.

4.5 Diagnóstico e tratamento da SAB

O diagnóstico da Síndrome da Ardência Bucal é essencialmente clínico e de exclusão. A investigação deve começar por uma anamnese detalhada, reunindo informações sobre local da dor (mucosa jugal, língua, palato, lábios), natureza da sensação (ardência, queimação, formigamento, dormência), duração, padrão diário, fatores de alívio e piora (alimentação, sono, ingestão de alimentos quentes, estresse) e sintomas associados (disgeusia, xerostomia) (Montandon et al., 2011; Gonçalves et al., 2022). É igualmente importante mapear comorbidades médicas, uso de medicamentos (polifarmácia), hábitos parafuncionais e histórico psicológico, pois esses elementos orientam a investigação de formas secundárias da condição (Orliaguet; Misery, 2021).

As classificações internacionais convergem para critérios diagnósticos que devem guiar a definição de SAB primária: dor oral de qualidade urgente, quase diária, por mais de 2 horas ao dia durante 3 meses ou mais, em mucosa clinicamente normal e sem explicação alternativa identificável (ICOP/ICHD-3) (International Classification of Orofacial Pain, 2020). Esses critérios reduziram a heterogeneidade entre estudos e ajudam a separar casos primários daqueles secundários a causas locais ou sistêmicas (Ariyawardana et al., 2019). Na prática clínica, o padrão temporal descrito por Lamey & Lewis (tipo 1: piora ao longo do dia; tipo 2: dor contínua; tipo 3: intermitente) continua útil para fenotipagem e planejamento terapêutico (Gonçalves et al., 2022).

O exame clínico deve ser minucioso, incluindo avaliação intraoral e extraoral para excluir lesões ulceradas, sinais de infecção (p.ex., candidíase), estomatites de contato, líquen plano, trauma mecânico ou próteses mal ajustadas. A investigação laboratorial de rastreio é indicada conforme a suspeita e costuma incluir hemograma, ferro/ferritina, vitamina B12/ácido fólico (combinado ou não com zinco), glicemia/HbA1c e função tireoidiana; em mulheres sintomáticas, pode ser considerado perfil hormonal; testes autoimunes são reservados a casos com sinais sugestivos de síndrome de Sjögren (Montandon et al., 2011; Alsabbagh; Ouanounou, 2022). A sialometria, cultura para Candida e patch test para alergia de contato são

exames complementares a serem usados conforme contexto clínico. Testes sensoriais (eletrogustometria, *taste strips*, QST) podem documentar fenótipos, mas não são mandatórios para o diagnóstico (Teruel; Patel, 2019; Lebioda et al., 2020).

Fluxograma prático para a decisão diagnóstica (adaptado das diretrizes):

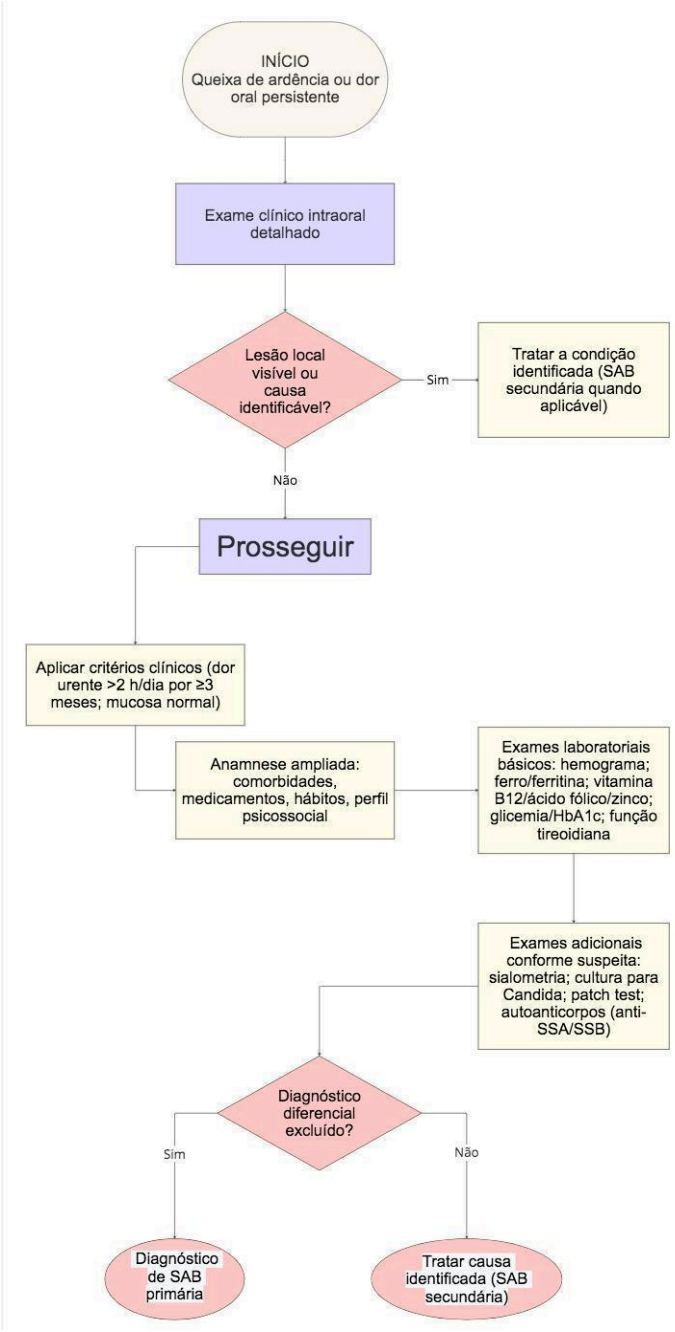


Figura 1: Fluxograma prático para decisão diagnóstica (elaboração autoral)

No manejo, é imprescindível identificar e tratar causas secundárias antes de rotular um caso como SAB primária. Quando uma causa local ou sistêmica é

reconhecida (p.ex., deficiência nutricional, diabetes mal controlado, xerostomia medicamentosa, estomatite de contato), a correção desta condição frequentemente conduz à melhora ou resolução dos sintomas (Miranda et al., 2018; Gonçalves et al., 2022).

O tratamento da SAB primária é multifatorial e deve ser individualizado. Entre as intervenções farmacológicas mais estudadas estão o clonazepam, um benzodiazepínico com ação antiepiléptica e anticonvulsivante, agindo como depressor do Sistema Nervoso Central (SNC) e aumentando a ação do GABA (potente transmissor do SNC). Seu uso pode ser empregado por via oral (ação neuromoduladora) ou tópica (deixar que o comprimido se dissolva na boca). Outras intervenções farmacológicas incluem antidepressivos tricíclicos e agentes moduladores de dor neuropática (gabapentina, pregabalina). Embora haja relatos de benefício, o grau de evidência varia e os riscos (sedação, dependência, efeitos adversos) devem ser ponderados (Ariyawardana et al., 2019; Lebioda et al., 2020). Terapias tópicas, como clonazepam aplicado na cavidade oral, reduzem exposição sistêmica e têm demonstrado eficácia em estudos controlados (Ariyawardana et al., 2019).

Em adição, várias abordagens não farmacológicas são empregadas: fotobiomodulação, com laser de baixa potência (infravermelho, 660 nm, 40-100 nw, 1-4 J de 10 a 40 segundos) e neuroestimulação elétrica transcutânea (TENS) apresentaram efeitos analgésicos em revisões, embora parâmetros e protocolos variem entre estudos; terapia cognitivo-comportamental (TCC) é indicada para pacientes com carga psicossocial significativa; e suplementação nutricional é recomendada quando há deficiências documentadas (Lebioda et al., 2020; Spanemberg et al., 2012).

Barreiras físicas ou protetores palatinos (placas acrílicas ou de silicone termomoldável) podem ser úteis em casos com irritação local ou para reduzir microtraumas e atrito. Geralmente cobre o palato e a arcada superior, funcionando como um “colchão” ou amortecimento destas superfícies, podendo ser utilizado algumas horas do dia ou à noite. Costuma fazer parte de um tratamento multimodal e funciona em alguns casos, uma vez que ajuda na modulação do estímulo sensorial da hiperestesia, gerando neuroestimulação leve, quebra de padrão neurológico disfuncional ou efeito placebo positivo. Essas medidas fazem parte de estratégias multimodais e devem ser individualizadas (Montandon et al., 2011).

É importante reconhecer a heterogeneidade das evidências: revisões sistemáticas apontam variação metodológica entre ensaios clínicos e diferenças nos critérios de inclusão, o que limita generalizações sobre eficácia terapêutica. Por isso, o enfoque deve privilegiar a abordagem multidisciplinar, envolvendo cirurgiões-dentistas, médicos (endocrinologistas, reumatologistas, neurologistas), psicólogos/psiquiatras e nutricionistas e o alinhamento de expectativas com o paciente, esclarecendo que a melhora costuma ser gradual, que a remissão completa é incomum e que o tratamento muitas vezes requer combinações de intervenções (Orliaguet; Misery, 2021; Lebioda et al., 2020).

5. DISCUSSÃO

A literatura revisada demonstra que a Síndrome da Ardência Bucal (SAB) permanece como um desafio clínico e científico, apesar dos avanços conceituais alcançados nas últimas décadas. O corpo de evidências disponíveis permite identificar alguns consensos relevantes, embora ainda não se possa falar em conhecimento consolidado ou em diretrizes terapêuticas plenamente estabelecidas.

Entre os achados mais consistentes está a predileção por mulheres de meia-idade e pós-menopausa, faixa etária em que a condição é notavelmente mais prevalente. A proporção de acometimento entre mulheres e homens varia de 2,5:1 a 7:1, e a média de idade das pacientes situa-se em torno de 60 anos (Kohorst et al., 2014; Wu Y. et al., 2022). Essa predominância é atribuída, em grande parte, a alterações hormonais, especialmente à redução dos níveis de estrogênio e progesterona, que influenciam a excitabilidade neuronal e a modulação central da dor (Wu S. et al., 2021; Gonçalves et al., 2022). A constância desse perfil demográfico, confirmada em diferentes amostras e contextos culturais, representa uma das evidências epidemiológicas mais robustas sobre a SAB.

No campo diagnóstico, observou-se avanço significativo com a consolidação dos critérios estabelecidos pela Classificação Internacional de Dores Orofaciais (ICOP) e pela Classificação Internacional de Cefaleias (ICHD-3), que definem a SAB primária como uma dor urente diária, com duração superior a duas horas por dia, por no mínimo três meses, em mucosa clinicamente normal e sem causa identificável (Orofacial Pain Classification Committee of the International Headache Society, 2020). A adoção desses critérios tem reduzido a heterogeneidade entre estudos e favorecido uma abordagem mais precisa, embora ainda haja inconsistências

metodológicas em pesquisas que utilizam definições menos rigorosas. A uniformização diagnóstica é, portanto, um passo concreto e confiável no amadurecimento da literatura sobre o tema.

No que se refere à etiopatogenia, há consenso de que a SAB é uma condição multifatorial, de natureza predominantemente neuropática ou nociplástica. Estudos estruturais e funcionais demonstram a presença de neuropatia de fibras finas, disfunção gustativa e alterações centrais de modulação da dor, evidenciando a participação de mecanismos periféricos e centrais (Russo et al., 2022; Orliaguet; Misery, 2021). A hipótese da interação gustativo-trigeminal, na qual a perda de inibição gustativa promove hiperexcitabilidade trigeminal, é particularmente relevante, pois integra a disfunção sensorial com as manifestações clínicas de dor e disgeusia (Miranda; Dueyre; Andrade, 2018). Além disso, fatores hormonais, emocionais e psicossociais atuam como moduladores do limiar doloroso e influenciam o curso clínico, reforçando a necessidade de uma abordagem diagnóstica e terapêutica interdisciplinar.

Do ponto de vista terapêutico, ainda não há tratamento curativo comprovado, mas algumas intervenções apresentam resultados consistentes de melhora parcial. O clonazepam, em formulação tópica ou sistêmica, é uma das terapias mais estudadas, com evidência moderada de eficácia no controle sintomático (Ariyawardana et al., 2019; Lebioda et al., 2020). A fotobiomodulação também tem se mostrado promissora, embora a heterogeneidade de protocolos limite a comparabilidade entre estudos (Lebioda et al., 2020). A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é recomendada como adjuvante em casos com comorbidades ansiosas ou depressivas, melhorando o enfrentamento da dor e a qualidade de vida (Orliaguet; Misery, 2021). Diante disso, a estratégia de tratamento mais adequada é o manejo multimodal individualizado, que combine intervenções farmacológicas, suporte psicológico e medidas de reabilitação sensorial, adaptadas ao fenótipo e às necessidades de cada paciente.

Apesar dos avanços, persistem lacunas relevantes. A ausência de biomarcadores diagnósticos e de protocolos terapêuticos padronizados, a variabilidade metodológica entre estudos e o pequeno número de ensaios clínicos controlados reduzem a força das recomendações disponíveis. A literatura destaca a necessidade de pesquisas multicêntricas com amostras representativas, fenotipagem sensorial detalhada e seguimento longitudinal, a fim de aprimorar a

reprodutibilidade dos resultados e permitir a elaboração de diretrizes clínicas baseadas em evidência.

O prognóstico da SAB, segundo os estudos revisados, tende a ser crônico e de difícil remissão espontânea, com evolução variável e dependente do perfil clínico e psicossocial do paciente (Gonçalves et al., 2022). Embora o alívio completo seja incomum, a melhora sintomática sustentada é possível com tratamento adequado, sobretudo quando há adesão às terapias combinadas e acompanhamento contínuo. Assim, o foco terapêutico deve recair sobre o controle da dor, a redução do sofrimento emocional e a melhora funcional, objetivos mais realistas e compatíveis com o conhecimento atual sobre a síndrome.

6. CONCLUSÃO

A Síndrome da Ardência Bucal configura-se como uma condição de dor crônica complexa, cuja compreensão tem evoluído significativamente nas últimas décadas. A literatura revisada permite afirmar que há consensos sólidos quanto à predominância em mulheres de meia-idade e pós-menopausa, à adoção dos critérios diagnósticos internacionais da ICOP/ICHD-3 e ao reconhecimento de sua natureza predominantemente neuropática ou nociplástica. Esses elementos consolidam uma base conceitual mais precisa, capaz de orientar o raciocínio clínico e reduzir a variabilidade diagnóstica observada em estudos anteriores.

Apesar dos avanços, o conhecimento atual ainda não é suficiente para definir protocolos terapêuticos de eficácia universal. Os tratamentos disponíveis, como o uso de clonazepam, a fotobiomodulação e a terapia cognitivo-comportamental, demonstram benefício parcial e reforçam a necessidade de manejo multimodal e individualizado. O prognóstico tende a ser crônico, com melhora gradual quando há adesão terapêutica e acompanhamento interdisciplinar, o que destaca a importância do suporte psicossocial e da educação do paciente.

A análise crítica da literatura evidencia que o progresso na compreensão da SAB depende da padronização metodológica, da integração entre pesquisa clínica e experimental e da realização de estudos multicêntricos com amostras representativas. Somente a partir dessa consolidação será possível transformar o conhecimento atual (ainda fragmentado) em diretrizes clínicas consistentes e em estratégias terapêuticas que realmente impactem a qualidade de vida dos pacientes.

7. REFERÊNCIAS

AL-MAWERI, S. A. *et al*. Efficacy of different therapeutic options for pain relief and treatment of burning mouth syndrome: a systematic review. **European Journal of Dentistry**, v. 19, n. 1, p. 12–24, fev. 2025. Acesso em: 23 ago 2025.

ALSABBAGH, R.; OUANOUNOU, A. Burning Mouth Syndrome: Etiology, clinical presentations, diagnosis, and management. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology**, v. 134, n. 1, p. 81–89, 2022. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772559622000049. Acesso em: 23 ago 2025.

ARBUSTO, A. *et al*. Burning Mouth Syndrome Treated with Low-Level Laser and Clonazepam: A Randomized, Single-Blind Clinical Trial. **Pain Medicine**, Oxford, v. 23, n. 6, p. 1107–1116, jun. 2022. Acesso em: 25 ago. 2025.

ARIYAWARDANA, A. et al. World Workshop on Oral Medicine VII: Burning Mouth Syndrome: A systematic review of randomized controlled trials and clinical guidelines. **Oral Diseases**, v. 25, p. 52–68, 2019. Acesso em: 25 ago. 2025.

CANFORA, F. *et al*. Management strategies for burning mouth syndrome: a comprehensive review. **Journal of Oral Medicine and Pain**, v. 50, n. 1, p. 1–12, jan. 2026. Acesso em: 17 jan 2026.

CHERUBINI, K.; MAIDANA, J. D.; WEIGERT, K. L.; FIGUEIREDO, M. A. Z. Síndrome da ardência bucal: revisão de cem casos. **Revista Odonto Ciência (Faculdade de Odontologia/PUCRS)**, Porto Alegre, v. 20, n. 48, p. 109–114, abr./jun. 2005. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/article/view/1161. Acesso em: 19 ago. 2025.

COCULESCU, E. C.; TOVARU, S.; COCULESCU, B. I. Epidemiological and etiological aspects of burning mouth syndrome. **Journal of Medicine and Life**, Bucharest, v. 7, n. 3, p. 305–309, set. 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206710/. Acesso em: 19 ago. 2025.

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

mar. 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121358/. Acesso em: 22 set. 2025.

GHALWASH, D. et al. Prevalence profile of burning mouth syndrome in a sample of Egyptian patients. **European Medical Journal**, 2024. Disponível em: https://www.explorationpub.com/Journals/em/Article/1001244. Acesso em: 19 ago. 2025.

GONÇALVES, J. F.; AZEVEDO, L. P.; DUARTE, A. C. S.; OLIVEIRA, A. C. M. Síndrome da ardência bucal: uma abordagem de interesse clínico. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA**, Salvador, v. 43, n. 1, p. 1–9, 2022. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo/article/view/48838. Acesso em: 12 ago. 2025.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF HEADACHE DISORDERS, 3rd edition (ICHD-3). **Cephalalgia**, v. 38, n. 1, p. 1–211, 2018. Disponível em: https://ichd-3.org/13-painful-cranial-neuropathies-and-other-facial-pains/13-11-persistent-idiopathic-facial-pain-pifp/. Acesso em: 12 ago. 2025.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF OROFACIAL PAIN, 1st edition (ICOP). **Cephalalgia**, v. 40, n. 2, p. 129–221, 2020. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0333102419893823. Acesso em: 12 ago. 2025.

KOHORST, J. J. et al. The prevalence of burning mouth syndrome: a population-based study. **British Journal of Dermatology**, v. 172, n. 6, p. 1654–1656, 2015. Disponível em: [Incluir link, se aplicável]. Acesso em: 25 ago. 2025.

LEBIODA, Z.; LUKASZEWSKA-KUSKA, M.; DOROCKA-BOBKOWSKA, B. Evaluation of the efficacy of treatment modalities in burning mouth syndrome: a systematic review. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 47, n. 11, p. 1435–1447, nov. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32979878/. Acesso em: 22 set. 2025.

MENEGUETTE, A. F. et al. Pain perception and quality of life in burning mouth syndrome. **Brazilian Journal of Pain**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 153–157, 2020.

Disponível em: https://www.scielo.br/j/brjp/a/8yjYYZCHrZ6BzKQydkhz5BG/. Acesso em: 22 set. 2025.

MIRANDA, I.; DUEYRE, V.; ANDRADE, E. P. Síndrome da ardência bucal: uma revisão da literatura. **Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT**, Recife, v. 4, n. 1, p. 35–52, nov. 2018. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/facipesaude/article/view/6412. Acesso em: 19 ago. 2025.

MONTANDON, A. A. B.; PINELLI, L. A. P.; ROSELL, F. L.; FAIS, L. M. G. Síndrome da ardência bucal: avaliação e tratamento. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 59–69, jan./abr. 2011. Acesso em: 19 ago. 2025.

ORLIAGUET, M.; MISERY, L. Neuropathic and Psychogenic Components of Burning Mouth Syndrome: A Systematic Review. **Biomolecules**, v. 11, n. 1237, p. 1–25, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.3390/biom11081237. Acesso em: 3 set. 2025.

RUSSO, M.; CRAFA, P.; GUGLIELMETTI, S.; FRANZONI, L.; FIORE, W.; DI MARIO, F. Burning Mouth Syndrome Etiology: A Narrative Review. **Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases**, v. 31, n. 2, p. 223–228, 2022. Disponível em: [Incluir link, se aplicável]. Acesso em: 19 ago. 2025.

SPANEMBERG, J. C. et al. Impact of burning mouth syndrome on quality of life = Impacto da síndrome da ardência bucal na qualidade de vida. **Revista Odonto Ciência**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 191–195, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1980-65232012000300003. Acesso em: 3 set. 2025.

TERUEL, A.; PATEL, S. Burning mouth syndrome: a review of etiology, diagnosis, and management. **General Dentistry**, Chicago, v. 67, n. 2, p. 24–29, mar./abr. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30875303/. Acesso em: 3 set. 2025.

WU, S. et al. Worldwide prevalence estimates of burning mouth syndrome: a systematic review and meta-analysis. **Oral Diseases**, v. 28, n. 6, p. 1431-1440, set. 2022. DOI: 10.1111/odi.13868. Acesso em: 3 set. 2025.

WU, Y. et al. Estrogen modulation of oral sensory pathways and TRPV1 activity in postmenopausal women. **Journal of Dental Research**, v. 100, n. 1, p. 48–55, 2021. Acesso em: 3 set. 2025.