FACULDADE INTEGRADA DE PERNAMBUCO

GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

ZENAIDE PEREIRA GUARINES

REGINA COELLI CAVALCANTE

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: UMA REVISÃO

RECIFE

2017

ZENAIDE PEREIRA GUARINES

REGINA COELLI CAVALCANTE

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: UMA REVISÃO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Odontologia, como requisito final para obtenção do título de Odontólogo. Orientador: Adelmo Cavalcanti Aragão Neto.

RECIFE

2017

AGRADECIMENTOS

Aos nossos filhos que não só entenderam nossa ausência, mas partilharam conosco nossa angustias e frustrações e nos ajudaram nas dificuldades e obstáculos do caminho.

Aos nossos pais, irmãos, sobrinhos, noras e genros, que trilharam conosco cada passo, vitória e derrotas em busca dessa conquista.

Ao Prof. Adelmo Cavalcanti Aragão Neto, por todo estímulo e ajuda, orientando-nos e incentivando-nos a concluir o tão desejado curso.

Nosso muito obrigada

Zenaide e Regina

PREFÁCIO

“É muito melhor lançar-se em busca de conquistas grandiosas, mesmo expondo-se ao fracasso, do que alinhar-se com os pobres de espírito, que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem numa penumbra cinzenta, onde não conhecem nem vitória, nem derrota.”

Theodore Roosevelt

SUMÁRIO

1. RESUMO 8
2. ABSTRACT: 8
3. INTRODUÇÃO 9
4. REVISÃO DE LITERATURA DISCUTIDO 11
5. CONCLUSÃO 18
6. REFRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 19
7. ANEXOS 20
8. Diretrizes para Autores 20

RESUMO

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é um distúrbio sensitivo doloroso crônico caracterizado por sensações dolorosas, de ardor ou queimação na mucosa bucal, sem esta apresentar clinicamente qualquer lesão, apresentando-se geralmente como tríade: dor na boca, alterações do paladar e alterações da salivação, sem lesão na mucosa bucal. A etiologia da SAB é desconhecida, porém acredita-se que seja multifatorial com envolvimento de fatores sistêmicos, locais e psicológicos, como fatores sistêmicos, a menopausa, deficiência nutricional e diabetes; como fatores psicológicos, a ansiedade e a depressão; e como fatores locais, a disfunção de glândulas salivares e hábitos parafuncionais, e fármacos, entre outros. Deste modo, o objetivo desta pesquisa é dissertar sobre a Síndrome da Ardência Bucal, suas possíveis causas e tratamento. Como metodologia, esta revisão pautou-se na pesquisa bibliográfica, realizada a partir da análise pormenorizada de materiais publicados na literatura e artigos científicos divulgados no meio eletrônico. De acordo com a literatura investigada, os pacientes avaliados eram 85% do sexo feminino, 97% eram de cor branca e com idade média de 59,8 anos de idade, com a maior frequência de pacientes na faixa compreendida entre 51 e 70 anos. Os pacientes apresentaram sintomas de ansiedade e transtorno de sono e o uso de fármacos é frequentemente, onde ao mais utilizados foram os anti-hipertensivos, os ansiolíticos e os antidepressivos.

Palavras chave:Anormalidades da Boca.Patologia da boca.Síndrome da Ardência. TerapiaBucal.

ABSTRACT

Oral Burning Syndrome (SAB) is a chronic painful sensory disorder characterized by painful, burning or burning sensations in the oral mucosa without clinically presenting any lesion, usually presenting as a triad: mouth pain, changes in taste and changes Salivation without lesion in the buccal mucosa. The SAB etiology is unknown, but it is believed to be multifactorial with involvement of systemic, local and psychological factors, such as systemic factors, menopause, nutritional deficiency and diabetes; Such as psychological factors, anxiety and depression; And as local factors, salivary glands dysfunction and parafunctional habits, and drugs, among others. Thus, this research purpose is to discuss the Oral Burn Syndrome, its possible causes and treatment. As a methodology, this review was based on bibliographical research, based on the detailed analysis of published materials in the literature and scientific articles published in the electronic medium. According to the investigated literature, the patients evaluated were 85% female, 97% were white and with a mean age of 59.8 years, with the highest frequency of patients in the range of 51-70 years. The patients presented symptoms of anxiety and sleep disorder and the use of drugs is often where the most used were antihypertensive, anxiolytics and antidepressants.

Key words:Buccal therapy. Burning Syndrome.
MouthAbnormalities.Mouthpathology.

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL: UMA REVISÃO

Zenaide P. Guarines[1]
Regina C. Cavalcante[1]
Adelmo C. Aragão Neto[2]

RESUMO: A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é um distúrbio sensitivo doloroso crônico caracterizado por sensações dolorosas, de ardor ou queimação na mucosa bucal, sem esta apresentar clinicamente qualquer lesão, apresentando-se geralmente como tríade: dor na boca, alterações do paladar e alterações da salivação, sem lesão na mucosa bucal. A etiologia da SAB é desconhecida, porém acredita-se que seja multifatorial com envolvimento de fatores sistêmicos, locais e psicológicos, como fatores sistêmicos, a menopausa, deficiência nutricional e diabetes; como fatores psicológicos, a ansiedade e a depressão; e como fatores locais, a disfunção de glândulas salivares e hábitos parafuncionais, e fármacos, entre outros. Deste modo, o objetivo desta pesquisa é dissertar sobre a Síndrome da Ardência Bucal, suas possíveis causas e tratamento. Como metodologia, esta revisão pautou-se na pesquisa bibliográfica, realizada a partir da análise pormenorizada de materiais publicados na literatura e artigos científicos divulgados no meio eletrônico. Os pacientes apresentaram sintomas de ansiedade e transtorno de sono e o uso de fármacos é frequentemente, onde ao mais utilizados foram os anti-hipertensivos, os ansiolíticos e os antidepressivos.

Palavras chave: Anormalidades da Boca. Patologia da boca. Síndrome da Ardência. TerapiaBucal.

ABSTRACT: Oral Burning Syndrome (SAB) is a chronic painful sensory disorder characterized by painful, burning or burning sensations in the oral mucosa without clinically presenting any lesion, usually presenting as a triad: mouth pain, changes in taste and changes Salivation without lesion in the buccal mucosa. The SAB etiology is unknown, but it is believed to be multifactorial with involvement of systemic, local and psychological factors, such as systemic factors, menopause, nutritional deficiency and diabetes; Such as psychological factors, anxiety and depression; And as local factors, salivary glands dysfunction and parafunctional habits, and drugs, among others. Thus, this research purpose is to discuss the Oral Burn Syndrome, its possible causes and treatment. As a methodology, this review was based on bibliographical research, based on the detailed analysis of published materials in the literature and scientific articles published in the electronic medium. The patients presented symptoms of anxiety and sleep disorder and the use of drugs is often where the most used were antihypertensive, anxiolytics and antidepressants.

Key words: Buccal therapy. Burning Syndrome. MouthAbnormalities. Mouthpathology

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é um distúrbio sensitivo doloroso crônico caracterizado por sensações dolorosas, de ardor ou queimação na mucosa bucal, sem esta apresentar clinicamente qualquer lesão (SOARES et al., 2009). Geralmente apresenta-se como tríade: dor na boca, alterações do paladar e alterações da salivação, sem lesão na mucosa bucal (CRUZ et al., 2008).

A Associação Internacional para Estudos da Dor define a Síndrome SAB, como uma sensação intraoral de queimação, na qual nenhuma causa médica ou odontológica pode ser encontrada (MONTANDON et al., 2011), e como uma dor do tipo em queimação, de intensidade moderada a severa, que acomete principalmente língua, podendo também atingir outros locais da mucosa bucal, persistindo por um período mínimo de quatro meses, sem sinais clínicos que justifiquem esta sintomatologia (CHERUBINI, 2005).

Os pacientes relatam também a sensação de que a boca foi queimada com café ou chá quente, que inicia pela manhã e, na maioria dos casos, tende a intensificar-se no decorrer do dia (CHERUBINI, 2005). A SAB é classificada ainda como primária (idiopática), quando não há lesões associadas; ou secundária, quando provocada por alterações locais ou sistêmicas (SCARABELOT et al., 2011).

O termo síndrome é adotado para essa condição devido à presença simultânea de diversos sintomas subjetivos, como a sensação de boca seca, paladar alterado e ardência nos tecidos orais. Devido à intensidade de dor raramente ser correspondente a sinais clínicos, essa síndrome tem sido considerada uma condição enigmática (MONTANDON et al., 2011).

Alguns autores indicam a tríade sintomática ardor bucal, xerostomia (sensação de boca seca) e disgeusia como característica específica desta síndrome. A etiologia da SAB é desconhecida, porém acredita-se que seja multifatorial com envolvimento de fatores sistêmicos, locais e psicológicos. Citam-se como fatores sistêmicos, a menopausa, deficiência nutricional e diabetes; como fatores psicológicos, a ansiedade e a depressão; e como fatores locais, a disfunção de glândulas salivares e hábitos parafuncionais,

(CRUZ et al., 2008; SOARES et al., 2009) e fármacos (CHERUBINI et al., 2005) entre outros.

A dor pode persistir por anos, e acomete as bordas laterais e a ponta da língua, principalmente (CRUZ et al., 2008) e palato, gengiva e mucosa jugal (ALFAYA et al., 2010). No decorrer do dia, há piora da intensidade dolorosa, acontecendo o mesmo nos estados de tensão, fadiga, ao falar muito, à ingestão de alimentos picantes e quentes, e ocorre melhora com alimentos frios, trabalho e distração (CRUZ et al., 2008).

Como geralmente a causa da Síndrome da Boca Ardente é considerada desconhecida, Cruz et al., (2008) revela que tem sido levantada a hipótese de que a condição estaria relacionada a fatores de ordem psicológica, merecendo destaque a depressão, a ansiedade e o estresse. Com relação ao estresse, em estudo os autores observaram que todas as suas pacientes haviam passado por momentos de grande tensão emocional ou decepção durante suas vidas, culminando com o aparecimento de dor bucal. Assim, sugeriram uma relação entre Síndrome da Boca Ardente e estresse, sendo mais frequente no sexo feminino, da quarta década de vida em diante.Acometendo cerca de 5% da população principalmente mulheres de meia idade em período pós-menopausa.

É uma condição crônica que afeta na maioria das vezes mulheres em período pós-menopausa. Acredita-se que a prevalência na população em geral varie entre 0,7 e 4,5% (CHERUBINI et al., 2005; CRUZ et al., 2008; SCARABELOT et al., 2011). A SAB A síndrome da ardência bucal (SAB), também denominada glossidinia, glossopirose, glossalgia, estomatopirosedistesiabuca, síndrome da boca ardente, estomatodinia ou síndrome dos lábios ardentes (MONTANDON et al., 2011). Trata-se de uma das mais intrigantes e complexas patologias envolvendo a cavidade bucal, uma vez que o paciente acometido não apresenta sinais clínicos (CRUZ et al., 2008).

O prognóstico é considerado variável, uma vez que determinados pacientes podem apresentar a remissão da sintomatologia, enquanto outros mantêm os sintomas pelo resto da vida. O tratamento consiste na terapêutica com a finalidade de exclusão de outras morbidades como infecções fúngicas, bacterianas e inflamatórias, quadro de desnutrição e para isso utiliza-se de fármacos como, antifúngicos, antihistamínicos, antibacterianos, reposição

vitamínica, mineral. Analgésicos, benzodiapínicos, antidepressivos tricílicospodem ser utilizados no controle da dor e em quadros de ansiedade (ALFAYA et al., 2010).

Para alcançar os objetivos, esta revisão pautou-se na tentativa de descrever, e interpretar o assunto, para deste modo facilitar a compreensão e construir hipóteses contribuindo para posteriores estudos científicos, utilizando como recurso metodológico, a pesquisa bibliográfica, realizada a partir da análise pormenorizada de materiais publicados na literatura e 14 artigos científicos divulgados no meio eletrônico.

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

REVISÃO DE LITERATURA DISCUTIDO

A síndrome da ardência bucal (SAB), é umapatologia que acomete cerca de 2,5% a 5% dapopulação, não possuipredileção racial, podendo atingir todas as classessociais(GLEBER NETTO et al., 2010).

A SAB é caracterizada pela ardência bucal,embora quase nunca esteja como um sintoma isolado,acompanhando-se da dor, queimação, desconforto,parestesia, prurido e disgeusia, sendo os locais maisacometidos em ordem decrescente a língua, seguidade lábios, gengiva, palato e tonsilas. Sua etiologia éinserta, porém esta também é conhecida comomultifatorial, e

suas causas: locais, sistêmicas,neurológicas e psiquiátricas(GLEBER NETTO et al., 2010).

A literatura relata que um importante agravante dos quadros de SAB é a xerostomia. Quadros de xerostomia podem ocorrer como resultado da diminuição da função das glândulas salivares, decorrente da idade avançada, como efeito colateral do uso de medicamentos ou fazer parte do quadro clínico de outras doenças sistêmicas. Entre os fármacos possivelmente relacionados à xerostomia estão: antiespasmódicos, antidepressivos, antipsicóticos, relaxantes músculo-esqueléticos, antiparkinsonianos, antiarrítmicos, antihistamínicos, anticonvulsivantes, ansiolíticos, moderadores de apetite, diuréticos e anti-hipertensivos (CHERUBINI et al., 2005).

Apesar da SAB ser considerada idiopática, a maioria dos autores consideram como uma doença multifatorial, deste modo alguns fatores locais podem ser prováveis para sua instalação, como**:** Irritação mecânica por erros na confecção da dentadura, alergia ao acrílico da dentadura, hábitos parafuncionais, disfunção da glândula salivar, disfunção do paladar, candidose, infecções virais, língua geográfica, doença periodontal, dano a nervo periférico, doenças vesículo-bolhosas. Alergia a alimentos acontece por conterem conservantes. A concorrência de fatores locais (traumatismos, xerostomia, próteses ásperas, flora oral), sistêmicos (menopausa, doenças crônicas) e psicológicos (estresse, depressão)(MONTEIRO et al., 2011).

E como prováveis fatores sistêmicos, encontramos: Alterações hormonais, uma vez que as mulheres são atingidas sete vezes mais que os homens, ocorrendo com maiorfrequência nos 3 anos que antecedem a menopausa e nos 12 anos seguintes. Isto ocorreria devido ao hormônio feminino denominado estrogênio que começa a ser produzido na adolescência e vai até o período da menopausa*,* podendo este possuir ou não receptores na mucosa bucal, o que poderia estar relacionado com a ardência, porém esta hipótesenão foi confirmada cientificamente, uma vez que tentativas de controle dos casos com a utilização de estrógeno não foram eficientes(MONTEIRO et al., 2011).

Scarabelot et al., (2011) realizaram um estudo nos ambulatórios de Patologia Bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e de Estomatologia do Hospital das Clínicas de Porto

Alegre (HCPA) entre os anos de 2008 e 2009, onde avaliaram pacientes portadores da síndrome.Foi verificado que 81,8% da amostra era composta por mulheres, residentes em zonas urbanas, e 22,7% eram fumantes, com média de idade obtida de 61,6+2,83 anos e em período pós-menopausa. Além disso, Scarabelot et al., (2011) observaram hipossalivação em 54,5% dos casos, onde, no entanto apenas 31,3% queixaram-se sobre xerostomia. As doenças crônicas estavam presentes em 77,3% dos pacientes com ardência bucal, sendo mais prevalentes os transtornos psiquiátricos e as doenças cardiovasculares. 86% dos pacientes faziam uso de um ou mais tipos de medicamentos. Entre os mais utilizados estavam os anti-hipertensivos, os ansiolíticos e os antidepressivos.

Cherubini et al., (2005) realizou um estudo com 100 prontuários de pacientes portadores de síndrome da ardência bucal do Hospital São Lucas da PUCRS. Dos pacientes investigados, 85% eram do sexo feminino e 15% do sexo masculino. Quanto à cor, 97% dos indivíduos eram brancos e 3%, negros. A faixa etária apresentou uma média de 59,8 anos de idade, coma maior frequência de pacientes na faixa compreendida entre 51 e 70 anos (Tabela 1).

Cherubini et al., (2005) observou também o uso de fármacos desses pacientes, onde encontrou-se alta frequência de uso de anti-hipertensivos (40%) e psicotrópicos (30%). Apenas 22% dos indivíduos investigados não faziam uso de qualquer fármaco, enquanto 78% usavam um ou mais medicamentos. Na Tabela 2 podemos observar distribuição dos portadores de SAB de acordo com os fármacos utilizados regularmente segundo as investigações de Cherubini et al., (2005).

Alguns estudos demonstram a presença de dor crônica em pacientes xerostômicos, e devido à alta frequência de SAB nestes pacientes, considerou-se a possível relação desta com outros tipos de dor crônica. Em um estudo que relacionou fibromialgia e sintomas bucais, 70,9% dos pacientes queixaram-se de xerostomia. Estudos relatam que pode haver coexistência de dor crônica e xerostomia, devido aos diferentes tipos de fármacos utilizados no tratamento da dor e que sabidamente têm como efeito adverso a sensação de boca seca. Entre estes fármacos destacamos os antidepressivos que atuam nos sistemas noradrenérgico e serotonérgico (SCARABELOT et al., 2011).

Tabela1 – Distribuição dos portadores da síndrome da ardência bucal segundo os fármacos utilizados regularmente, segundo Cherubini et al., (2005).

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

Fonte: CHERUBINI et al., (2005)
* Ansiolíticos, antidepressivos
** Terapia de reposição hormonal

A literatura relata que existem fortes evidências sobre uma forte correlação de fatores psicológicos, como a depressão em quadros de disestesias orais e dores faciais crônicas, como na Síndrome da Ardência Bucal (SCARABELOT et al., 2011).

O tratamento da SAB primária é uma tarefa difícil, uma vez que a causa daalteração é desconhecida. Neste caso, é feito o tratamento sintomático dasíndrome, visando tratar ou aliviar os sintomas dolorosos(GLEBER NETTO et al., 2010).Deste modo, o tratamento da SAB baseia-se na exclusão terapêutica de outras possíveis morbidades, como: infecções fúngicas, bacterianas e inflamatórias e quadro de desnutrição.E, para isso utiliza-se de fármacos como, antifúngicos, antihistamínicos, antibacterianos, reposição vitamínica, mineral. Analgésicos, benzodiapínicos, antidepressivos tricílicos podem ser utilizados no controle da dor e em quadros de ansiedade(SCARABELOT et al., 2014).

Segundo GleberNetto et al., (2010)existemdiversas opções terapêuticas descritas na literatura, as mais comuns são:*Ácido alfa lipóico;*que atua na estimulação de fatores decrescimento de nervos, possui efeito neuroprotetor e tem sido usado em estudoslaboratoriais e clínicos que avaliam a reparação de danos neurais, especialmenteem casos de polineuropatia diabética. A utilização do ácido alfa-lipóico via oral empacientes com SAB primária levou a uma melhora dos sintomas em 76 % dospacientes, embora nenhum caso apresentasse resolução completa dos sintomas.

Capsaicina; A aplicação da capsaicina tópica em pacientes com neuropatias faciais éeficiente na melhora nos sintomas, entretanto, o uso do creme de capsaicina podeter limitações quando usado na cavidade oral, devido às dificuldades inerentes àaplicação, manutenção da medicação no local e a presença do sabor amargo dacapsaicina tópica. Com o uso da capsaicina sistêmica (0,25 % via oral por 1 mês)em pacientes com SAB primária houve redução significativa dos sintomas(GLEBER NETTO et al., 2010).

Benzodiazepínicos; têm sido empregados no tratamento decondições dolorosas incluindo a neuralgia trigeminal e neuropatia diabética. Osprincipais benzodiazepínicos utilizados são o clordiazepóxido (Libruim) e oclonazepam. Estes medicamentos são agonistas do receptor GABA e se ligam centralmente ou perifericamente, promovendo inibição da dor. A utilização doclonazepam no tratamento de pacientes com SAB levou a uma redução dos sintomas dolorosos em 70 % dos pacientes, e surpreendentemente houve reduçãona queixa de distúrbios do paladar. A medicação foi mais eficaz quando empregadaem baixas doses, principalmente em indivíduos jovens e em pacientes queapresentavam os sintomas há pouco tempo(GLEBER NETTO et al., 2010).

Antidepressivos;inicialmente os antidepressivos foram introduzidos no tratamentoda SAB devido a constante ocorrência de distúrbios psicológicos associados.Evidências sugerem que esses medicamentos produzem analgesiaindependentemente da sua ação sobre a depressão. O efeito sobre a dor é sentidotanto com altas quanto com baixas doses do medicamento(GLEBER NETTO et al., 2010).

Além disso, terapias alternativas, como o uso do laser de baixa potência, têm sido preconizadas, devido aos resultados satisfatórios observados em estudos clínicos em que não houve regressão do quadro com outras terapias(SCARABELOT et al., 2014). A aplicação do laser de baixa potência tem mostrado efeitos de bioestimulação, analgesia, ação antiinflamatória, e antiedematosa, causando mudanças de caráter metabólico, energético e funcional, favorecendo um aumento da resistência e vitalidade celular e como consequência comum o possível retorno a normalidade (CATÃO, 2004). Seu sucesso terapêutico se deve a correta indicação, dosimetria empregada e dos cuidados prévios no sítio de aplicação (ALFAYA et al., 2010).

Desde 1942, dados da literatura apontam uma conexão entre Diabete mellitus e queixas na cavidade bucal. Estudos com pacientes diabéticos revelam que a SAB está presente entre 2% a 10% dos casos. Vários mecanismos para a relação de causa e efeito entre a SAB e a Diabetes mellitus sugerem que microangiopatias ou neuropatias secundárias à diabetes podem produzir a sensação de ardência e outros sintomas bucais tais como secura, paladar alterado e dor. A diabetes também pode levar à xerostomia que predispõe ao crescimento de Cândida Albicans e concomitante ao aparecimento da SAB (MONTANDON et al., 2011).

Por ser a cavidade bucal especialmente sensível a deficiências nutricionais, esta pode ser a primeira indicadora de tal problema. Deficiências em vários oligoelementos e vitaminas são relatadas em uma porcentagem que varia de 2% a 33% dos pacientes portadores de SAB. Essa síndrome tem sido associada a deficiências nutricionais de vitaminas B1, B2, B6, B12, zinco e ácido fólico. Pacientes sob hemodiálise ou com restrição de dieta (vegetarianos e dietas livres de lactose), alcoólatras e idosos são os mais propensos a deficiências de vitamina B a sensação de ardência no terço anterior da língua pode ocorrer em 40% dos pacientes com deficiência de vitamina B e a deficiência de zinco pode resultar em disgeusia e glossidínea, ambas as deficiências podendo causar atrofia papilar (MONTANDON et al., 2011).

Alfaya et al., (2010) realizou um tratamento estudo em uma paciente com 87 anos do sexo feminino, portadora da SAB, onde realizaram o tratamento com o laser de baixa potência. O tratamento mostrou-se uma alternativa terapêutica eficaz no caso descrito de SAB, o que pode estar relacionado a uma produção aumentada de β-endorfinas, controle da produção de prostaglandina e biostimulação das fibras musculares. Os autores destacam que nenhum tratamento para a SAB é considerado curativo. Destaca-se, dessa maneira, o papel do profissional da área da saúde no entendimento e acolhimento do paciente, com apoio e atenção durante as consultas, influenciando a regressão do quadro.

Tabela 2: Possibilidades Terapêuticas para síndrome da ardência bucal segundo Oliveira et al., (2013)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA		
Tratamento farmacológico	**Posologia**	**Resultado**
Ácido Alpha Lipóico	200 a 300mg 3 vezes ao dia por 2 meses	Eficaz, mas parece perder efeito com o tempo
Capsaícinasistêmica	0,25%, 3 vezes ao dia, por 30 dias.	Reduz a intensidade da dor, mas não é recomendado em tratamentos prolongados (efeitos colaterais)
Capsaícina tópica (gel)	0,025%, 5 vezes ao dia por 10 minutos, por 60dias.	Reduz a intensidade da dor, porém com o tempo pode ficar não palatável.
Benzidamine	0,15%3 vezes ao dia, por 4semanas	Sem resultadossignificativos
Trazodone	200 mg por dia durante 8 semanas	Sem resultados significativos com relatos de efeitos colaterais
Amilsuprida Paroxetina Sertralina	50 mg/dia por oito semanas 20 mg/dia por oito semanas 50 mg/dia por oito semanas	Alta eficácia, sem efeitos colaterais graves
Gabapentina	300 mg a cada 2 dias até 2400 mg/ dia por 3 semanas	Sem efeito significativo
Clonazepansistêmico	0,25 mg/dia ou 25 mg/semana até no máximo 3 mg/dia por 30 dias	Redução da dor em doses baixas, com efeitos colaterais leves
Clonazepan Tópico (Comprimidos)	0,5 mg/dia a 1 mg/dia, 2 a 3 vezes/ dia por 90 dias	Eficaz
Levosulpirina	100 mg/dia por 8 semanas	Não é eficaz em pacientes recém diagnosticados
Topiramato	50 mg a cada 12 horas; depois de 4 semanas aumenta a dose para 100 mg e 2 semanas depois para 150 mg	Melhora completa dos sintomas, sem efeitos colaterais
Tratamento não farmacológico	**Resultado**	
Psicoterapia: abordagem cognitiva comportamental	Remissão da dor aos pacientes tratados quando comparados ao grupo placebo	
Acunputura	Eficaz, necessitando de mais estudos para comprovação de sua eficácia.	
Laserterapia	Eficaz e sem efeitos colaterais com melhora completa dos sintomas em alguns casos.	
Eletroconvulsoterapia	Melhora significativa do quadro clinico após 12 sessões de aplicação	

Fonte: Oliveira et al., (2013).

Como terapias alternativas no tratamento da xerostomia podemos encontrar, a acupuntura e a homeopatia. O uso da acupuntura como tratamento para a xerostomia foi primeiramente relatada pela literatura médica

no ocidente em 1981. Em um estudo com pacientes que foram tratados com acupuntura para xerostomia primária e secundária devido à Síndrome de Sjögren e radioterapia apresentaram aumento significativo fluxo salivar após o tratamento de 5 a 12 sessões de acupuntura. Os resultados indicaram que a acupuntura teve um efeito significativo sobre xerostomia e posteriormente sobre disfagia. Outros benefícios da acupuntura nesses pacientes com xerostomia atendidos nas pesquisas foram: aumento no fluxo salivar, melhoria na habilidade de comer, falar e na qualidade do sono (SAITO et al., 2012).

Observando os principais resultados relatados por Saito et al., (2012), que houve um aumento do volume de produção de saliva após a acupuntura, sendo de maneira gradativa e continua, durante o período proposto do estudo. Este resultadomostra a possibilidade da acupuntura sistêmica ser uma possível ferramenta benéfica no tratamento da xerostomia.

CONCLUSÃO

O perfil do paciente com SAB corresponde principalmente a mulheres de meia-idade no período pós-menopausa, que apresentam dor de intensidade moderada a elevada, foi observado no geral que poucos pacientes queixam-se em relação a sintomas de boca seca, porém, quando avaliada a medida de fluxo salivar, havia hipossalivação na maior parte dosavaliados.

A abordagem terapêutica depende de um bom exame clinico, embasado nas causas relatadas e focado na melhora dos sintomas da queixa do paciente. Estes sintomas devem ser valorizados pelo cirurgião-dentista e demais profissionais de saúde, sendo essencial incentivar e apoiar o paciente, fazendo com que o mesmo entenda a complexidade da síndrome e que a abordagem terapêutica pode sofrer alterações ao longo do tratamento da SAB. O entendimento da doença pelo paciente o auxilia a conviver com sua sintomatologia.

Adicionalmente, os pacientes apresentaram sintomas de ansiedade e transtorno de sono e o uso de fármacos é frequentemente, onde ao mais utilizados foram os anti-hipertensivos, os ansiolíticos e os antidepressivos. A

literatura sugere associação da SAB com sintomas depressivos, ansiedade, alterações de sono e uso crônico de medicamentos.

Chebel (2012) em seu estudo de tese conseguiu provar a eficácia do tratamento homeopático sobre o placebo no tratamento de sintomatologia da ardência bucal ou xereostomia, com melhoras estatisticamente significativas. Entretanto por se tratar do primeiro estudo neste formato na área, mais pesquisa são indicadas para comprovar a real efetividade do tratamento. E respeitado os princípios homeopáticos básicos de individualização da medicação.

REFRENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFAYA, T.A.; TANNURE, P.N.; BARCELOS, R.; CANTISANO, M. H.; GOUVÊA, C.V.D. **Laser de baixa potência no tratamento da síndrome da ardência bucal: relato de caso clínico**. Stomatos, v. 16, n. 31, p. 87-91, 2010.

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

CHEBEL, Inês FugitaroOtobe. Ação do tratamento homeopático na sintomatologia da síndrome da ardência bucal em duas fases: estudo duplo cego placebo controlado e estudo aberto. 2012. **Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo**.

CHERUBINI, K.; MAIDANA, J.D.; WEIGERT, K.L.; FIGUEIREDO, M.A. **Síndrome de ardência bucal: revisão de cem casos**. Revista Odontológica Ciência, v. 20, n. 48, p. 109-13, 2005.

CRUZ, M.C.F.N. D.; BRAGA, V.A.S.; GARCIA, J.G.F.; LOPES, F.F.; MAIA, E.D.C. S. **Condições bucais relacionadas com o estresse: uma revisão dos achados atuais**. Revista da Faculdade de Odontologia Porto Alegre, v. 49, n.1, p. 8-11, 2008.

GLEBER NETTO, F. O.; DINIZ, I. M. A.; GROSSMANN, S. D. M. C.; DO CARMO, M. A. V.; DE AGUIAR, M. C. F. **Síndrome da ardência bucal: uma revisão sobre aspectos clínicos, etiopatogenia e manejamento**. Revista Cubana de Estomatología. v.47, n.4, p. 417-427, 2010.

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, p. 59-69, 2011.

MONTEIRO, A. D.; SOUSA, A. C. V. D.; MATOS, F. Z.; CARVALHOSA, A. A. D., FRANÇA, D. C. C.; AGUIAR, S. M. H. C. Á. **Síndrome da ardência sucal, correlações fisiopatológicas, medicamentosas: revisão de literatura**. Revista Odontológica de Araçatuba, p. 33-37, 2011.

OLIVEIRA, G. M. R.; SILVA-JÚNIOR, G. O.; PICCIANI, B. L. S.; RAMOS, R. T.; PESTANA, S. G.; CANTISANO, M. H. **Síndrome da ardência bucal: aspectos clínicos e tratamento**. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 12, n. 1, 2013.

SAITO, L. T.; SILVÉRIO-LOPES, S.; PONTES, S. R. B.; SULIANO, L. C. Acupuntura sistêmica no tratamento de xerostomia decorrente do uso de anti-hipertensivos: estudo de casos. **Rev. Bras. Terap.e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 9-13, 2012.

SCARABELOT, V.L.; GUTIERREZ, L.M.O.; SOUZA, A.D.; OLIVEIRA, M.G.D.; CHAVES, A.C.M.; MUNERATO, M.C.; HIDALGO, M.P.; CAUMO, W.; TORRES, I.L. **Avaliação de fatores associados ao diagnóstico de queimação bucal: um estudo preliminar**. Revista HCPA, v. 31, n. 3, p. 318-25, 2011.

SCARABELOT, V. L.; MUNERATO, M. C.; MEDEIROS, L. F.; OLIVEIRA, M. G. D.; CHAVES, A. C. M.; SOUZA, A. D.;VERCELINO, R.; CAUMO, W.; TORRES, I. L. D. S. **Factorsassociatedtosalivaryflowalterations in drymouthfemalepatients**. RevistaDor, v. 15, n. 3, p. 186-190, 2014.

SOARES, M.S.M.; LIMA, J. M. C.; PEREIRA, S.C.C. **Avaliação do fluxo salivar, xerostomia e condição psicológica em mulheres com Síndrome da Ardência Bucal**. Revista de Odontologia da UNESP, v. 37, n. 4, p. 315-319, 2008.

ANEXOS

Diretrizes para Autores

NORMAS DE SUBMISSÃO

A apreciação de diferentes modalidades de texto com vistas à publicação nos Cadernos de Graduação fica condicionada aos seguintes critérios:

a) autorização documentada do professor orientador para que o aluno-autor possa submeter o trabalho à apreciação do Conselheiro Editorial do Caderno de Graduação;

b) assinatura do termo de responsabilidade pelos alunos, sobre a autenticidade do trabalho submetido a parecer com vistas à publicação;

c) enquadramento do trabalho que será submetido à publicação em relação às normas que seguem abaixo.

Os trabalhos devem ser redigidos em português e corresponder a uma das seguintes categorias e volume de texto.

Modalidades de texto	Nº de palavras
Artigos: tornam pública parte de um trabalho de pesquisa, produzida segundo referencial teórico e metodologia científica.	de três mil a sete mil palavras
Comunicações temáticas: textos relativos a comunicações em eventos temáticos	até duas mil palavras
Revisão de literatura: revisão retrospectiva de literatura já publicada	até cinco mil palavras
Resenhas: apresentação e análise crítica de obras publicadas	atémilpalavras
Documentos históricos: resgate, recuperação, reprodução e edição crítica de textos de valor histórico.	até cinco mil palavras
Relatos de pesquisa: relato parcial ou total de pesquisa	até quatro mil palavras
Conferências, debates e entrevistas	de três mil a cinco mil palavras

O texto proposto deverá ser enviado pelo(s) autor (es) para o endereço: **http://periodicos.set.edu.br**; com a finalidade de apreciação do Conselheiro Editorial do Caderno de Graduação. Após s avaliação, o Conselheiro Editorial emitirá parecer técnico Registro de Aceite de Trabalho Científico) pontuando por escrito as alterações necessárias (se houver), definindo prazo para que estas sejam realizadas (se for o caso). O atendimento integral ao que é descrito no parecer técnico é condição para submissão à nova apreciação do trabalho, respeitando as datas informadas pelo Conselheiro Editorial.

OBS.: Informamos que não aceitaremos artigos de outras instituições e nem artigos onde não configure entre os autores professores e alunos da Faculdade Integrada de Pernambuco - FACIPE.

NORMAS DE SUBMISSÃO

A apreciação de diferentes modalidades de texto com vistas à publicação nos Cadernos de Graduação fica condicionada aos seguintes critérios:

a) autorização documentada do professor orientador para que o aluno-autor possa submeter o trabalho à apreciação do Conselheiro Editorial do Caderno de Graduação;

b) assinatura do termo de responsabilidade pelos alunos, sobre a autenticidade do trabalho submetido a parecer com vistas à publicação;

c) enquadramento do trabalho que será submetido à publicação em relação às normas que seguem abaixo.

Os trabalhos devem ser redigidos em português e corresponder a uma das seguintes categorias e volume de texto.

Artigos: tornam pública parte de um trabalho de pesquisa, produzida segundo referencial teórico e metodologia científica (de três mil a sete mil palavras).

Comunicações temáticas: textos relativos a comunicações em eventos temáticos (até duas mil palavras).

Revisão de literatura: revisão retrospectiva de literatura já publicada (até cinco mil palavras).

Resenhas: apresentação e análise crítica de obras publicadas (até mil palavras).

Documentos históricos: resgate, recuperação, reprodução e edição crítica de textos de valor histórico (até cinco mil palavras).

Relatos de pesquisa: relato parcial ou total de pesquisa (até quatro mil palavras).

Conferências, debates e entrevistas (de três mil a cinco mil palavras).

NORMAS PARA FORMATAÇÃO DO TRABALHO

O trabalho deverá ser digitado exclusivamente em fonte Arial, tamanho 12, em espaçamento 1,5 entrelinhas, em parágrafo justificado, inclusive quando se tratar de elementos não textuais (ilustrações, quadros e tabelas), na digitação de legenda e na indicação de fontes referenciais. A marca de parágrafo deverá contemplar apenas com um espaço vertical de <enter> entre os parágrafos, sem nenhum espaço horizontal entre a margem esquerda e a primeira palavra do parágrafo.

Exemplo:

Maslow defende as primeiras necessidades como as fisiológicas e as de segurança (GADE, 1998). Após a realização das mesmas, surgem as necessidades de afeto e as de *status* e, assim que satisfeitas, o indivíduo chegaria ao seu último nível, o da autorrealização. Segundo Gade (1998), as necessidades fisiológicas são as básicas para sobrevivência, como alimentação, água, sono, entre outras, e é a partir delas que o indivíduo passa a se preocupar com o nível seguinte. [...]

Os elementos não textuais (ilustrações, quadros e tabelas) e quaisquer outros elementos não textuais terão sua reprodutibilidade garantida na publicação após avaliação e orientação do núcleo técnico de edição. Além disso, imagens (fotografia, infográficos, imagem eletrônica a partir de escaneamento, fotografias de amostras microscópicas) deverão/poderão ser apresentadas em cor; ressalta-se, entretanto, que no suporte impresso não há publicação em cor; somente no suporte web. Assim, os elementos não textuais do trabalho terão que ser produzidos considerando que na versão impressa as cores serão alteradas para escalas de cinza e/ou texturas. A posição do título e da fonte dos elementos não textuais deverá ser padronizada conforme exemplos abaixo. Recomenda-se atenção para inclusão de fotografias e/ou imagens, uma vez que as mesmas só podem ser publicadas com autorização da utilização da imagem.

TABELA (ABERTA): Título em fonte 12, em negrito, na mesma linha, espaçamento simples nas entrelinhas.

Fonte:(tamanho 12) tudo em negrito

QUADRO (FECHADO): Título em fonte 12, em negrito, na mesma linha, espaçamento simples nas entrelinhas.

Fonte: (tamanho 12) tudo em negrito

Para fotos/desenhos ou quaisquer outros recursos não textuais que não sejam tabela, quadro e gráfico: nomear o tipo de recurso, numerando-o também com 1, 2 (sequencial), com os mesmos critérios indicados para tabela e quadro.

Qualquer que seja o trabalho proposto, o título deve vir em caixa alta e negrito justificado à esquerda. Citar apenas o nome e sobrenome do autor e coautores, seguido do nome do curso, com a indicação de até oito autores, e considera-se como autor principal o primeiro a constar na relação. Para o caso do artigo científico, utilizar resumo na língua vernácula e traduzido para o idioma inglês, entre 150 e 200 palavras, ambos seguidos de palavras chave nos idiomas que as precedem, respeitando-se os limites mínimo e máximo do número de palavras. As palavras-chave devem ser grafadas em espaço simples e sem negrito; apenas a primeira palavra com inicial maiúscula, as demais em minúsculas, a não ser em nomes próprios, separados por vírgula e com ponto final. Se aceita até cinco palavras-chave, postadas na linha seguinte após o término de cada resumo.

No texto do artigo, utilizar texto sem a quebra de página, observando: Introdução (maiúsculas e negrito); seções de divisão primária (maiúsculas e negrito); seções de divisão secundária (maiúsculas sem negrito); Seções de divisão terciária (em negrito, com maiúscula apenas na primeira letra do título da seção, à exceção de nomes próprios) e conclusões (maiúsculas e negrito).

Logo em seguida, apresentar o item: sobre o trabalho (maiúsculas e negrito) em que deve ser contextualizada a produção do trabalho no âmbito da academia (origem do trabalho, bolsa, financiamento, parcerias), indicando apenas um e-mail para contato. Quando for o caso, informar o nome completo do orientador do trabalho, bem como titulação e e-mail, até o máximo de 100 palavras.

Finalizar o trabalho com a indicação das referências e quando for o caso, acrescentar apêndice(s) (matérias de própria autoria) e anexo(s) (materiais de autoria de terceiros). Na numeração das seções, usar números arábicos, deixando apenas um espaço de caractere entre o número final da seção e a primeira palavra que nomeia a seção. Não há nem ponto nem traço entre o número e a primeira palavra.

Os textos enviados em Língua Portuguesa devem estar escritos conforme o Novo Acordo Ortográfico que passou a vigorar em janeiro de 2009.

NORMAS ABNT

ABNT. **NBR 6022:** informação e documentação – artigo em publicação periódica científica impressa – apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ABNT. NBR 6023: informação e documentação (referências – Elaboração)

ABNT. **NBR 6028:** resumos. Rio de Janeiro, 1990.

ABNT. **NBR 14724:** informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.(informações pré-textuais, informações textuais e informações pós-textuais)

ABNT. **NBR 10520:** informações e documentação – citações em documentos – apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
2. O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.
3. URLs para as referências foram informadas quando possível.
4. O texto está em fonte Arial, tamanho 12, em espaçamento 1,5 entrelinhas, em parágrafo justificado, inclusive quando se tratar de elementos não textuais (ilustrações, quadros e tabelas), na digitação de legenda e na indicação de fontes referenciais.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Diretrizes para Autores, na página Sobre a Revista.
6. Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em Assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.

Declaração de Direito Autoral

Oferece acesso livre e imediato ao seu conteúdo, seguindo o princípio de que disponibilizar gratuitamente o conhecimento científico contribui para a democratização do saber. Assume-se que, ao submeter os originais os autores cedem os direitos de publicação para a revista. O autor(a) reconhece esta como detentor(a) do direito autoral e ele autoriza seu livre uso pelos leitores, podendo ser, além de lido, baixado, copiado, distribuído e impresso, desde quando citada a fonte.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.