

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Mestrado Integrado em Medicina Dentária**

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

SÍNDROME DA BOCA ARDENTE: Diagnóstico e Tratamento

Joana Cláudia dos Santos Afonso

**Orientador:** Prof. Doutor Marco Infante Da Câmara

## DECLARAÇÃO

Eu, Marco Infante de Sousa com a categoria profissional de Professora Auxiliar do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo assumido o papel de Orientador do Relatório Final de Estágio intitulado **SÍNDROME DA BOCA ARDENTE: Diagnóstico e Tratamento**, do Aluno do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, **Joana Cláudia dos Santos Afonso**, declaro que sou de parecer favorável para que o Relatório Final de Estágio possa ser presente ao Júri para Admissão a provas conducentes à obtenção do Grau de Mestre.

Gandra, 15 de julho de 2016

O Orientador

Marco Infante de Sousa

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe, pelo apoio, força e coragem que me transmitiu. Por me ter dado mais do que podia, para que este sonho se realizasse.

Ao meu namorado, pelo apoio incondicional e companheirismo nos bons e nos maus momentos.

Aos meus irmãos e à minha avó, que sempre estiveram do meu lado e me motivaram ao longo deste percurso.

Ao meu pai, que apesar de ter partido no meu primeiro ano de faculdade está lá em cima a olhar por mim, iluminando o meu caminho.

Às minhas trinómias, pela sua amizade, ajuda e por todos os momentos que passamos juntas.

Ao Professor Doutor Marco Infante da Câmara, pela sua orientação.

A todos os docentes e funcionários, que de diferentes formas contribuíram para o enriquecimento do meu percurso académico ao longo destes 5 anos.

*"O sucesso é a soma de pequenos esforços repetidos dia após dia"*

**Robert Collier**

## RESUMO

**Introdução:** A síndrome da boca ardente (SBA) é um distúrbio intraoral doloroso, que pode variar de intensidade durante o dia. É relativamente comum, observando-se principalmente em pacientes do género feminino na pós menopausa. Caracteriza-se por sensação de ardência, que pode estar associada a disgeusia e/ou xerostomia, na ausência de dados clínicos ou laboratoriais que justifiquem tais sintomas.

A etiologia da SBA é ainda controversa, vários autores afirmam ser uma síndrome multifatorial que envolve a interação de sistemas biológicos e psicológicos.

A SBA é uma condição clínica importante tanto para a Medicina Dentária como para a Medicina em geral, causa um transtorno significativo para o paciente e requer um diagnóstico e tratamento adequados.

**Objetivos:** Sumarização do diagnóstico e tratamento da síndrome da boca ardente.

**Material e Métodos:** Pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, ScienceDirect e ResearchGate, limitada entre os anos 2002 e 2016, abordagem das palavras-chave e “Free Full Text”, excluindo “Review Articles”.

**Conclusão:** Não existe ainda um consenso universal quanto à etiologia, diagnóstico e tratamento da SBA, contudo, pensa-se ser uma síndrome multifatorial de origem biológica e psicológica. No entanto, estudos recentes sugerem que fatores neurológicos podem ser uma possível causa da SBA. Os fatores locais e sistémicos têm de ser descartados, uma vez que a SBA padece de um diagnóstico de exclusão.

Vários tratamentos, farmacológicos e não farmacológicos, tópicos e/ou sistémicos estão disponíveis, mas é difícil conseguir um tratamento curativo, sendo na maioria dos casos a gestão da doença o objetivo do tratamento, tal como numa neuropatia crónica.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Burning Mouth Syndrome (BMS) is a painful intraoral disorder, which can vary in intensity during the day. It is relatively common, observed specially in females patients postmenopausal. It is characterized by a burning sensation, which may be associated with dysgeusia and/or xerostomia, in the absence of clinical or laboratory data to justify such symptoms.

The etiology of the BMS is still controversial, many authors claim to be a multifactorial syndrome that involves the interaction of biological and psychological systems.

The BMS is an important clinical condition for medicine and dentistry which causes a significant burden on the patient and requires a proper diagnosis and treatment.

**Objectives:** Summarization of the diagnosis and treatment of Burning Mouth Syndrome.

**Methods:** Literature searched in PubMed, ScienceDirect and ResearchGate limited between 2002 and 2016, addressing the keywords and "Free Full Text", excluding "Review Articles".

**Conclusion:** There is still no universal consensus on the etiology, diagnosis and treatment of BMS, however, is thought to be a multifactorial syndrome which origin can be biological and psychological, but recent studies suggest that neurological factors may be a possible cause of the BMS. Local and systemic factors must be discarded, since the BMS has an exclusion diagnosis.

Various treatments, pharmacological and non-pharmacological, topical and/or systemic are available but it is difficult to achieve a curative treatment, and in most of cases the goal of treatment is the management of the disease as chronic neuropathy.

**Palavras-chave:** *"burning mouth syndrome", "diagnostic", "treatment", "therapy", "pain managemet", "oral dysesthesia".*

## ÍNDICE

### **CAPÍTULO I - SÍNDROME DA BOCA ARDENTE: Diagnóstico e Tratamento**

1.	INTRODUÇÃO .....	1
2.	OBJETIVOS.....	3
3.	MATERIAL E MÉTODOS.....	3
4.	DISCUSSÃO .....	4
4.1.	Diagnóstico .....	4
4.2.	Tratamento .....	5
5.	CONCLUSÃO .....	11
6.	BIBLIOGRAFIA .....	13

### **CAPÍTULO II – Relatório dos Estágios**

1.	INTRODUÇÃO .....	16
2.	RELATÓRIO DAS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO.....	16
2.1.	Estágio em Clínica Geral Dentária .....	16
2.2.	Estágio Hospitalar.....	17
2.3.	Estágio em Saúde Oral Comunitária .....	17
3.	CONSIDERAÇÕES FINAIS DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO .....	20

## CAPÍTULO I - SÍNDROME DA BOCA ARDENTE: Diagnóstico e Tratamento

### 1. INTRODUÇÃO

A síndrome da boca ardente (SBA), também descrita na literatura como: glossodínia, distesia oral, glossopirose, glossalgia, estomatopirose e estomatodínia, é caracterizada por ardor da mucosa oral sem quaisquer sinais visíveis de patologia.<sup>(1,2)</sup>

A SBA é um distúrbio intraoral doloroso, com sintomas que podem durar vários meses ou anos, tendo sido relatado como de intensidade moderada ou grave, podendo variar durante o dia, o que levou à elaboração de uma classificação clínica de três tipos diferentes: Tipo I, os sintomas não são presentes ao acordar, mas agravar-se durante o dia (afetando aproximadamente 35% dos pacientes portadores da SBA); Tipo II, os sintomas são contínuos ao longo do dia (afetando 55% dos pacientes com SBA); Tipo III, os sintomas são intermitentes (em 10% dos pacientes que possuem SBA).<sup>(3,4,5)</sup>

A dor é bilateral na maioria dos casos, não segue a anatomia dos nervos periféricos e é geralmente expressa em mais de um local intraoral, gengivas, zona anterior do palato duro, lábios e mucosa jugal, sendo a língua afetada com maior frequência (bordas laterais e região anterior da língua).<sup>(2,5,6,7)</sup>

Pacientes com SBA também se queixam de boca seca (xerostomia) e perda e/ou alteração do paladar (disgeusia).<sup>(6)</sup>

Os sintomas da SBA tendem a tornar-se crônicos. Isso complica o tratamento do paciente e dá origem a situações similares às encontradas na dor crônica, onde os sintomas persistem ao longo do tempo dando origem ao aumento da ansiedade e depressão.<sup>(8)</sup>

A prevalência da SBA varia entre 0,7 e 15%, na população em geral, a variação considerável da prevalência entre estudos pode dever-se a diferentes definições de SBA que levam a diferentes critérios para a seleção das populações.<sup>(9)</sup> Ocorre mais frequentemente nas mulheres pós-menopáusicas, estudos relatam que mais de 80% dos pacientes com SBA são mulheres. O pico de início é de 3 anos antes a 12 anos após a menopausa.<sup>(5,10)</sup> O aumento do número de células epiteliais degeneradas em mulheres na

menopausa é um complemento para a explicação da prevalência deste síndrome no gênero feminino.<sup>(11)</sup>

A etiologia exata de SBA ainda é desconhecida,<sup>(12)</sup> portanto, pensa-se ser de origem multifatorial, contudo vários fatores locais, sistêmicos e psicológicos têm sido relatados.<sup>(3,13)</sup>

Os fatores locais associados com a SBA são: hipossalivação e/ou xerostomia (10-66% dos casos), hábitos parafuncionais, alergias de contacto, próteses mal adaptadas, infecção por *Candida albicans*, bem como o tabaco, o álcool, a cafeína e alimentos muito quentes e/ou picantes. Fatores sistêmicos associados com a SBA incluem: menopausa, deficiências nutricionais (vitaminas B6, B12, C, ferro e ácido fólico), diabetes mellitus (particularmente Tipo II), hipotireoidismo e doenças imunológicas (síndrome de Sjögren), muitos medicamentos estão também relacionados com a SBA, entre os quais encontram-se anti-histamínicos, neurolépticos, alguns anti-hipertensores, antiarrítmicos e benzodiazepínicos.<sup>(3)</sup> Em relação aos fatores psicológicos, não está claro se estes são a causa ou o resultado da SBA. Mesmo assim, fatores psicológicos estão presentes em mais de que 50% dos pacientes, e incluem ansiedade crónica, depressão, hipocondria, stress, entre outros.<sup>(3,13,14)</sup>

Alguns autores sugerem diferenciação em SBA secundária, quando existe uma condição local ou sistémica e SBA primária ou essencial/idiopática quando não há alterações visíveis.<sup>(3)</sup>

Estudos recentes sugerem que fatores neurológicos podem ser uma possível causa da SBA.<sup>(15)</sup> Atualmente, pensa-se que SBA primária reflete neuropatia das pequenas fibras trigémicas, enquanto SBA secundária reflete patologia local ou sistémica subjacentes.<sup>(9)</sup>

É uma síndrome complexa, possivelmente subdiagnosticada, sem tratamento atualmente definido e, por vezes, força os pacientes a consultar vários profissionais de saúde sem a obtenção de uma clara melhoria ou respostas às suas perguntas.<sup>(16)</sup>

Por possuir um diagnóstico desafiador, é de grande importância que o profissional de saúde realize um exame clínico adequado e um registo detalhado da história médica do paciente, para estabelecer o diagnóstico e o plano de tratamento correto.<sup>(2)</sup>



## 2. OBJETIVOS

Este trabalho de revisão bibliográfica aborda o tema Síndrome da Boca Ardente tendo como objetivos a sumarização do seu diagnóstico e dos diferentes tipos de tratamento.

## 3. MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa bibliográfica que sustentou esta revisão foi realizada nas bases de dados PubMed, ScienceDirect e ResearchGate, limitada aos anos de 2002 a 2016, abordagem das palavras-chave e "Free Full Text", excluindo "Review Articles".

**Tabela 1** - Resultado da pesquisa bibliográfica na base de dados PubMed

	<b>Artigos</b>
PubMed	25.000.000
Relacionados com "Dentistry"	490.972
Com as palavras-chave selecionadas	52
Com os critérios de inclusão	5

**Tabela 2** - Resultado da pesquisa bibliográfica na base de dados ScienceDirect

	<b>Artigos</b>
ScienceDirect	13.000.000
Relacionados com "Dentistry"	175.151
Com as palavras-chave selecionadas	311
Com os critérios de inclusão	3

**Tabela 3** - Resultado da pesquisa bibliográfica na base de dados ResearchGate

	<b>Artigos</b>
ResearchGate	100.000.0000
Relacionados com "Dentistry"	10.000
Com as palavras-chave selecionadas	100
Com os critérios de inclusão	26

## 4. DISCUSSÃO

### 4.1. Diagnóstico

Há frequentemente um atraso substancial entre o início dos sintomas e o diagnóstico definitivo, muitas vezes devido à falta de informação dos médicos e dos médicos dentistas no que diz respeito à síndrome da boca ardente.<sup>(5)</sup>

A SBA é bastante complexa o que requer uma análise detalhada de toda a história médica, passada e atual, incluindo doenças sistêmicas, alergias, distúrbios imunológicos, procedimentos dentários, uso ou não de prótese dentária e medicação anterior e atual do paciente.<sup>(2,17)</sup> Além disso, deve ser dada particular atenção aos sintomas de ansiedade, depressão e distúrbios do sono, dada a sua associação com a SBA primária.<sup>(13)</sup>

Os distúrbios do sono podem resultar em dor crônica ou exacerbar a dor existente, uma vez que a privação do sono pode levar a mudanças de humor, insónias e fadiga, que afetam a sensação de dor.<sup>(18)</sup>

Os principais sintomas apresentados pelo paciente portador desta síndrome são: início súbito ou intermitente, de dor com uma duração de pelo menos 4 a 6 meses, relatada como de intensidade moderada ou grave, podendo variar durante o dia.<sup>(3)</sup> É localizada principalmente na língua, mas muitas vezes afeta outras áreas da mucosa oral tais como a parte anterior do palato duro e os lábios, percepção alterada do paladar (disgeusia), sabor metálico, amargo ou ambos,<sup>(15,19)</sup> e sensações de boca seca (xerostomia). Apesar da ausência de dados clínicos e/ou laboratoriais que justifiquem tais sintomas.<sup>(7)</sup>

Deve ser realizado um exame clínico oral completo, incluindo avaliação das peças dentárias, com especial ênfase na detecção de lesões nos tecidos moles orais, associados à anemia, língua geográfica, deficiência nutricional e sinais de próteses mal adaptadas. Exames de sangue, incluindo hemograma completo, em busca de infecções, deficiências nutricionais, assim como, testes de alergias para materiais dentários, alimentos ou alguma outra substância que possa estar a causar alergia.<sup>(5)</sup>

*Georgieva S et al*, revelam que pacientes com anemia hipocrômica e síndrome da boca ardente, foram submetidos a análises citológicas, tendo sido detetadas alterações

histológicas no epitélio da língua (queratinização deficiente, presença de células epiteliais degeneradas, redução do epitélio, acantose e atividade mitótica), esta constatação está associada à deficiente oxigenação da mucosa oral devido a processos bioquímicos e metabólicos.<sup>(11)</sup>

Alguns autores afirmam que a SBA primária padece de um diagnóstico de exclusão, em que é assim classificada depois de todos os fatores locais e sistêmicos terem sido excluídos.<sup>(5,10)</sup>

Outros autores defendem que a SBA primária ou essencial/idiopática está relacionada com fatores neuropáticos. Após ter sido realizada biópsia do epitélio lingual de vários pacientes com SBA verificaram que estes apresentam uma densidade significativamente mais baixa de fibras nervosas epiteliais do que pacientes que não possuam esta síndrome.<sup>(10,15,19)</sup>

*Spanemberg J et al*, investigaram a atividade do cérebro, por ressonância magnética funcional em pacientes com SBA após a estimulação térmica do nervo trigêmeo, concluindo que os pacientes tinham menos atividade volumétrica cerebral em comparação com o grupo controle, sugerindo que a hipoatividade cerebral pode ser uma característica importante na fisiopatologia desta síndrome.<sup>(10)</sup>

## 4.2. Tratamento

As medidas terapêuticas utilizadas para os pacientes portadores da síndrome da boca ardente têm como principal objetivo eliminar fatores locais e sistêmicos que possam agravam os sintomas. Devido à sua natureza crônica, vários tratamentos são descritos na literatura, no entanto, não há nenhum protocolo terapêutico definido e, até agora, nenhum tratamento para curar este distúrbio intraoral doloroso.<sup>(10)</sup>

Estudos mostram que mais de 70% dos pacientes submetidos a tratamento, que sofrem de SBA, continuam a ser elevados consumidores de recursos de saúde e só cerca de 3% dos pacientes acabam por ter uma remissão espontânea da dor dentro de 5 anos após o início da SBA.<sup>(20)</sup>

O tratamento da SBA é geralmente sintomático e o uso de baixas doses de benzodiazepínicos, clonazepam e antidepressivos podem ser eficazes. Contudo, o tratamento a longo prazo com estes medicamentos pode resultar em xerostomia, agravando a percepção de dor dos pacientes. Um número de pesquisadores têm relatado uma diminuição definitiva da intensidade da dor com a aplicação de laser de baixa intensidade e mostraram que ele pode diminuir a gravidade da dor na SBA.<sup>(4)</sup> No entanto deve-se ter em conta o importante tratamento da ansiedade e da depressão nos pacientes portadores desta síndrome.<sup>(8)</sup>

O ácido alfa-lipóico (ALA) é um potente antioxidante que é produzido naturalmente no corpo. Ele também está presente em alimentos naturais, tais como batatas, tomates e espinafres.<sup>(3)</sup>

Até ao momento, a principal contribuição da ALA é desacelerar o envelhecimento cutâneo. Regenera e fortalece os efeitos de outros antioxidantes biológicos. Também é um antioxidante que pode aumentar os níveis de glutathione intracelular e eliminar os radicais livres. O ALA atua como uma coenzima na produção de energia (ATP), e melhora o metabolismo da glicose. Além disso, o ALA parece favorecer a produção do fator de crescimento do nervo e tem sido utilizado no tratamento da neuropatia diabética.<sup>(3)</sup>

Não há tratamento estabelecido para a SBA dada a sua etiologia desconhecida. A causa neurológica possível foi recentemente sublinhada. Com base neste ponto de referência e nos benefícios do ALA no tratamento da neuropatia diabética, tem havido tentativas para demonstrar a sua eficácia na gestão da SBA.<sup>(3)</sup>

*Palacios-Sánchez B et al*, realizaram estudos em pacientes com SBA, em que o tratamento consistiu numa dose de 600 mg/dia de ácido alfa-lipóico administrada em 3 cápsulas de 200 mg a cada 8 horas por 2 meses. Todos os pacientes foram avaliados a cada 15 dias para verificar as alterações da sintomatologia, bem como a ocorrência de efeitos secundários. Os resultados apresentados mostraram-se bastante eficazes. O ALA parece ter benefícios na gestão da SBA, mas novos estudos, com um maior número de pacientes, são necessários.<sup>(3)</sup>

A bupivacaína é um anestésico local de longa duração com efeitos anestésico e analgésico. Estudos mostram que o tratamento com pastilhas de bupivacaína 5 mg, três vezes por dia conduziu a uma redução da dor e ardência intraoral estatisticamente significativas. A pastilha de bupivacaína foi bem tolerada, e o sabor e a textura da pastilha foi bem aceite pelos pacientes. No entanto, as pastilhas de bupivacaína aumentaram as alterações do paladar e não mostraram nenhum efeito na xerostomia.<sup>(7)</sup>

Capsaicina é o componente ativo das pimentas, e tem um papel na terapia da dor neuropática através da inibição da biossíntese e no transporte axonal de substância P. Um estudo realizado a 23 indivíduos avaliou a capsaicina 0,02% em solução de bochecho, em que os pacientes foram divididos em 2 grupos (A) - bochechos com capsaicina 0,002%, (B) - lavagem placebo. Após um período de lavagem de uma semana os pacientes foram atribuídos ao grupo oposto. Concluindo que, a aplicação tópica de capsaicina pode ser útil no tratamento do desconforto da SBA, mas tem algumas limitações, podendo ser mal tolerado por alguns pacientes devido ao seu paladar amargo que provoca uma sensação de ardor.<sup>(21)</sup>

Um estudo realizado a 50 pacientes relatou que a capsaicina sistêmica administrada por via oral 0,25% durante 30 dias de tratamento, melhora a curto prazo os sintomas dos pacientes com SBA. Contudo, o uso da capsaicina sistêmica implica toxicidade gástrica significativa, alguns pacientes apresentaram dores de estômago durante o tratamento.<sup>(22)</sup>

*Petruzzi M et al*, afirmam que a capsaicina tópica deve ser considerada na gestão de SBA, embora tendo em conta o seu efeito limitado no tempo e o desconforto provocado durante a utilização da solução de bochecho.<sup>(21)</sup>

Dada a forte ligação entre a menopausa e a SBA, a terapia de reposição hormonal (TRH) seria uma terapia atraente. No entanto, não há atualmente nenhuma evidência para recomendar a TRH como um tratamento para esta síndrome, apesar da sua associação com a menopausa.<sup>(5)</sup>

Pacientes com SBA podem ter hábitos parafuncionais, como interposição lingual ou tiques causando fricção contínua de estruturas orais, que podem contribuir para esta síndrome. A aplicação de um protetor de língua (a fina bainha de polietileno transparente), que

abrange a língua demonstrou diminuir a intensidade da dor nestas circunstâncias. A utilização de tais dispositivos pode ser benéfico em alguns casos.<sup>(23)</sup>

Um estudo publicado em 2013 relatou que 0,5 mL de gel de aloe vera, a 70%, aplicado sobre as áreas doridas da língua, três vezes por dia em combinação com um protetor de língua melhora significativamente os sintomas da SBA.<sup>(24)</sup> Contudo, é necessário realizar mais estudos, com amostras maiores e envolvendo um período de tempo mais longo.<sup>(23)</sup>

O clonazepam e o diazepam são benzodiazepinas que possuem um efeito inibidor no sistema nervoso central, vulgarmente utilizados como agentes ansiolíticos.<sup>(25)</sup>

O clonazepam tópica tem mostrado bons resultados a curto prazo para o alívio da dor na SBA, embora isso não fosse apresentado como uma cura conclusiva.<sup>(17)</sup>

Um estudo realizado em 2011 avalia retrospectivamente a eficácia da administração de clonazepam, por dissolução de comprimidos lentamente por via oral antes de engolir, para a gestão SBA. Aos pacientes foram prescritos 0,5 mg clonazepam três vezes ao dia, e as mudanças foram feitas para este regime com base na sua resposta individual. Os pacientes foram orientados a dissolver o comprimido por via oral antes de engolir e foram analisados durante um período de 6 meses. Uma grande percentagem (80%) dos pacientes obteve mais de 50% de redução da dor. Um paciente não relatou redução nos sintomas de dor, e um terço dos pacientes tiveram resolução completa da dor. Aproximadamente um terço dos pacientes apresentou efeitos colaterais que foram transitórios e suaves.<sup>(26)</sup>

Apesar dos possíveis efeitos colaterais que podem ocorrer (por exemplo, xerostomia e sonolência, acima de tudo), o clonazepam tem mostrado resultados promissores para o alívio dos sintomas, que variam de 69 a 80%.<sup>(17)</sup>

A eficácia do clonazepam e diazepam para o tratamento da SBA foi comparada numa revisão retrospectiva, onde se verificou que uma percentagem mais elevada dos pacientes responderam ao clonazepam (71,4%) e que uma percentagem menor respondeu ao diazepam (55,1%). No entanto, não houve diferença significativa entre os dois tratamentos.<sup>(25)</sup>

Um estudo publicado em 2013, realizado a 91 pacientes que sofriam de SBA com mais de 18 meses de evolução e tratados durante uma média de 54 meses teve como objetivo investigar a evolução clínica, a remissão espontânea da sintomatologia e a resposta a diferentes tratamentos.<sup>(1)</sup>

Os tratamentos mais frequentes foram: bochechos com clorexidina, benzodiazepinas orais, clonazepam tópica, anti-inflamatórios, antidepressivos, antimicóticos, vitaminas, psicoterapia, substitutos salivares e corticoides tópicos.<sup>(1)</sup> Dos quais resultaram algumas melhorias nos sintomas da SBA: os bochechos com clorexidina e o clonazepam tópica melhoraram os sintomas em 62% dos pacientes; Nos restantes tratamentos (substitutos salivares 45%, psicoterapia 42%, vitaminas 36%, antimicóticos 30%, desinfetantes orais 29%, benzodiazepinas orais 21%, corticoides tópicos 20%, anti-inflamatórios e antidepressivos 10%) uma menor percentagem de pacientes apresentaram melhorias dos sintomas; No entanto, em alguns pacientes houve um agravamento dos sintomas.<sup>(1)</sup>

Os bochechos com clorexidina e o clonazepam tópica apresentaram maior percentagem na melhoria dos sintomas. Todavia, na maioria dos casos, estas melhorias estão intimamente relacionados com a psicoterapia.<sup>(1)</sup>

Deve-se considerar que a amostra de pacientes neste estudo não é particularmente grande e que é necessário continuar a investigar este assunto com populações maiores e com os controlos efetuados durante períodos mais longos.<sup>(1)</sup>

A acupunctura é uma técnica de cura antiga usada há séculos no tratamento e prevenção de doenças na China, é bem conhecida por ser útil em muitas condições dolorosas como dor nas costas, dores de cabeça e enxaqueca.<sup>(27)</sup>

Pensa-se que a acupunctura aumenta a microcirculação oral, que por sua vez diminui os sintomas da SBA, embora o mecanismo exato ainda seja desconhecido, parece que a acupunctura leva à liberação de substâncias opioides endógenas que fazem diminuir os sinais de dor no sistema nervoso central.<sup>(27)</sup>

Um estudo recente compara a acupunctura tradicional chinesa e o clonazepam no tratamento da SBA. A acupunctura tradicional chinesa foi realizada em 20 participantes, três vezes por semana, durante 4 semanas e 22 pacientes tomaram clonazepam uma vez

por dia (0,5 mg de manhã), nas primeiras 2 semanas e depois um comprimido (0,5 mg) de manhã e outro comprimido (0,5 mg) à noite, durante mais 2 semanas.<sup>(27)</sup>

Os resultados deste estudo mostram que a acupuntura e clonazepam são igualmente eficazes no tratamento de pacientes com SBA. Cinco pacientes que tomaram clonazepam apresentaram efeitos secundários (sonolência, tonturas e náuseas), não tendo sido observados efeitos colaterais nos pacientes que receberam acupuntura. Portanto, conclui-se que a acupuntura é mais segura possuindo menos efeitos secundários do que o tratamento com clonazepam. No entanto, a acupuntura é mais demorada para profissionais de saúde e muito mais dolorosa para os pacientes.<sup>(27)</sup>

A terapia com laser de baixa intensidade (LBI) é uma abordagem cada vez mais utilizada em medicina. Até à data, alguns estudos foram publicados descrevendo a utilidade de LBI na redução dos sintomas de pacientes com SBA.<sup>(17)</sup>

Atualmente, muitos estudos mostram que a fototerapia com baixo consumo de energia lasers pode promover analgesia, bio modulação de células, proliferação de fibroblastos, síntese de colagénio e regeneração de tecidos ósseos e nervosos, com alterações clínicas e histológicas significativas sobre os tecidos biológicos irradiados.<sup>(2)</sup>

Estudos recentes têm mostrado que os efeitos terapêuticos podem ser relatados pelo paciente, imediatamente após a irradiação.<sup>(2)</sup>

A radiação laser de baixa potência é utilizado devido à sua capacidade de modular vários processos metabólicos, bioquímicos e fotofísicos, que transformam a luz laser em energia útil para a célula.<sup>(10)</sup>

Esta energia provoca reações nas mitocôndrias, aumentando a produção de ATP, o consumo de glucose pelas células, os níveis de cálcio intracelular e o número de mitoses. O efeito analgésico, anti-inflamatório e a reparação de tecidos demonstrou que a terapia com laser de baixa intensidade (LBI) pode ser eficaz na redução da dor nos pacientes com SBA.<sup>(10)</sup>



A literatura mostra que a fototerapia pode promover a inibição de mediadores da dor e o aumento da membrana celular, reduzindo a velocidade de condução do impulso nervoso, o que poderia justificar a sua ação analgésica.<sup>(10)</sup>

Vários estudos já foram realizados para demonstrar os efeitos da fototerapia em pacientes com SBA. Num deles vinte e cinco pacientes, 16 do sexo feminino e 9 do sexo masculino, foram selecionados aleatoriamente para aplicações de laser de baixa intensidade. Todos os pacientes foram irradiados com um duplo laser díodo (Lumix 2 Prodent, Itália) emitindo contemporaneamente a 650 nm e 910 nm, com uma fluência de 0,53 J/cm durante 15 minutos, duas vezes por semana, durante 4 semanas. As áreas de irradiação foram os bordos da língua onde se localizam as fibras gustativas.<sup>(28)</sup>

Todos os pacientes concordaram com o tratamento. Não foram registados efeitos colaterais e todos os pacientes completaram a terapia sem interrupção. Dezassete pacientes (68%) tiveram benefícios relevantes no tratamento com redução da dor. Em 8 casos, as diferenças não foram significativas. Em nenhum caso houve agravamento dos sintomas.<sup>(28)</sup>

De acordo com os resultados deste estudo é razoável supor que a fototerapia pode ter um papel importante no tratamento da SBA.<sup>(28)</sup> Contudo, resultados indesejados podem ocorrer devido ao uso incorreto de doses, erros de diagnóstico, número insuficiente de sessões e também a falta de padronização da frequência da radiação. Assim, o sucesso do tratamento com a luz do laser depende de um correto diagnóstico.<sup>(2)</sup> No entanto, mais investigações são necessárias para esclarecer a eficácia deste tratamento inovador.<sup>(28)</sup>

## 5. CONCLUSÃO

A síndrome da boca ardente (SBA) é um distúrbio intraoral doloroso, com sintomas que podem durar vários meses ou anos, tendo sido relatado como de intensidade moderada ou grave, podendo variar durante o dia. É caracterizada por ardor da mucosa oral, boca seca (xerostomia) e perda e/ou alteração do paladar (disgeusia), sem quaisquer sinais visíveis de patologia. O seu início é súbito e ocorre mais frequentemente nas mulheres durante e após a menopausa.

Não existe ainda um consenso universal quanto à etiologia desta doença, o que dificulta o avanço na investigação de um tratamento que seja totalmente eficaz, contudo, pensa-se ser uma síndrome multifatorial de origem biológica e psicológica. No entanto, estudos recentes sugerem que fatores neurológicos podem ser uma possível causa da SBA.

A realização de uma anamnese detalhada, exame físico geral, exames à cavidade oral minuciosos são de grande importância, para evitar que o tratamento dos pacientes com esta síndrome seja baseado em tentativas e erros.

Os fatores locais e sistêmicos têm de ser descartados, uma vez que a SBA padece de um diagnóstico de exclusão.

Vários tratamentos, farmacológicos e não farmacológicos, tópicos e/ou sistêmicos estão disponíveis, mas é difícil conseguir um tratamento curativo, sendo na maioria dos casos a gestão da doença o objetivo do tratamento.

A síndrome da boca ardente causa um enorme transtorno para o paciente e requer um diagnóstico e tratamento adequados. No entanto, em muitas ocasiões, esses pacientes andam de um especialista para outro, sem respostas para o seu problema. Isso desencadeia uma maior ansiedade, uma vez que eles se sentem incompreendidos.

Existem vários estudos que analisaram os efeitos de diferentes tratamentos na SBA, mas atualmente, não existe um tratamento completamente eficaz, sendo necessário continuar a investigar este assunto com populações maiores e com os controlos efetuados durante períodos mais longos.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez-de Rivera-Campillo E, López-López J. Evaluation of the response to treatment and clinical evolution in patients with burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013 Mai;18(3):403-410
2. Santos L, Andrade S, Nogueira G, et al. Phototherapy on the Treatment of Burning Mouth Syndrome: A Prospective Analysis of 20 Cases. *Photochem Photobiol* 2015 Set-Out;91(5):1231-1236
3. Palacios-Sánchez B, Moreno-López LA, Cerero-Lapiedra R, et al. Alpha lipoic acid efficacy in burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2015 Jul;20(4):435-440
4. Arbabi-Kalati F, Bakhshani NM, Rasti M. Evaluation of the efficacy of low-level laser in improving the symptoms of burning mouth syndrome. *J Clin Exp Dent* 2015 Mai;7(4):524-527
5. Cheung D, Trudgill N. Managing a patient with burning mouth syndrome. *Frontline Gastroenterology* 2015 Ago;6:218 – 222
6. Forssell H, Jääskeläinen SK, Tenovuo O, et al. Sensory dysfunction in burning mouth syndrome. *Pain* 2002 Set;99(1-2):41-47
7. Trelidal C, Jacobsen CB, Mogensen S, et al. Effect of a local anesthetic lozenge in relief of symptoms in burning mouth syndrome. *Oral Dis* 2016 Mar;22(2):123-131
8. Silvestre-Rangil J, Silvestre F, Tamarit-Santafé C, et al. Burning mouth syndrome: correlation of treatment to clinical variables of the disease. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011 Nov;16(7):890-894
9. Boras VV, Peakic M, Music L, et al. Burning Mouth Syndrome-Retrospective Analysis of 328 Patients. *RJPBCS* 2015 Set-Out;6(5):141-146
10. Spanemberg J, López J, Figueiredo M, et al. Efficacy of low-level laser therapy for the treatment of burning mouth syndrome: a randomized, controlled trial.. *J Biomed Opt* 2015 Set;20(9):098001
11. Georgieva S, Pandilova M, Ivanovski K, et al. Cytomorphological Analysis of Burning Mouth Syndrome among Individuals with Hypochromic Anemia. *RJPBCS* 2016 Jan-Fev;7(1):1435-1439

12. Danhauer SC, Miller CS, Rhodus NL, et al. Impact of criteria-based diagnosis of burning mouth syndrome on treatment outcome. *J Orofac Pain* 2002 Nov;16(4):305-311
13. Buljan D, Savić I, Karlović D. Correlation between anxiety, depression and burning mouth syndrome. *Acta Clin Croat* 2008 Dez;47(4):211-216
14. Adamo D, Celentano A, Ruoppo E, et al. The Relationship Between Sociodemographic Characteristics and Clinical Features in Burning Mouth Syndrome. *Pain Med* 2015 Nov;16(11):2171-2179
15. Sinding C, Gransjøen AM, Schlumberger G, et al. Grey matter changes of the pain matrix in patients with Burning Mouth Syndrome. *Eur J Neurosci* 2016 Abr;43(8):997-1005
16. Fonfría AC, Gómez-Vicente L, Pedrazac MI, et al. Síndrome de boca ardiente: descripción clínica, planteamiento fisiopatológico y una nueva opción terapéutica. *Neurología* 2016 Jan;48(15):1-5
17. Arduino PG, Cafaro A, Garrone M, et al. A randomized pilot study to assess the safety and the value of low-level laser therapy versus clonazepam in patients with burning mouth syndrome. *Lasers Med Sci* 2016 Mai;31(4):811-6
18. Arbabi-Kalati F, Bakhshani NM, Tahmtan B, et al. Association of Impaired Sleep Quality in Patients With Burning Mouth Syndrome: A Case-Control Study. *Health Scope* 2015 Mai;4(2):e23795
19. Umezaki Y, Badran BW, Gonzales TS, et al. Daily left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation for medication-resistant burning mouth syndrome. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2015 Ago;44(8):1048-1051.
20. Sardella A, Lodi G, Demarosi F, et al. Burning mouth syndrome: a retrospective study investigating spontaneous remission and response to treatments. *Oral Dis* 2006 Mar;12(2):152-155
21. Silvestre F, Silvestre-Rangil J, Tamarit-Santafé C, et al. Application of a capsaicin rinse in the treatment of burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012 Jan;17(1):1-4
22. Petruzzi M, Lauritano D, Benedittis M, et al. Systemic capsaicin for burning mouth syndrome: Short-term results of a pilot study. *J Oral Pathol Med* 2004 Fev;33(2):111-114

23. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P. A prospective, randomized study on the efficacy of tongue protector in patients with burning mouth syndrome. *Oral Dis* 2011 Abr;17(3):277-282
24. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Molino-Pagan D. Prospective, randomized, double-blind, clinical evaluation of Aloe vera Barbadensis, applied in combination with a tongue protector to treat burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med* 2013 Abr;42(4):295-301
25. Barker KE, Batstone MD, Savage NW. Comparison of treatment modalities in burning mouth syndrome. *Aust Dent J* 2009 Dez;54(4):300-305
26. Amos K, Yeoh S, Farah C. Combined Topical and Systemic Clonazepam Therapy for the Management of Burning Mouth Syndrome: A Retrospective Pilot Study. *J Orofac Pain* 2011 Mar;25(2):125-130
27. Kvesic AJ, Zavoreo I, Kes VB, et al. The effectiveness of acupuncture versus clonazepam in patients with burning mouth syndrome. *Acupunct Med* 2015 Ago;33(4):289-292
28. Romeo U, Del Vecchio A, Capocci M, et al. The low level laser therapy in the management of neurological burning mouth syndrome: A pilot study. *Ann Stomatol* 2010 Jan;1(1):14-18

## CAPÍTULO II – Relatório dos Estágios

### 1. INTRODUÇÃO

O Estágio em Medicina Dentária tem como objetivo a preparação do aluno, mediante uma constante aquisição de conhecimentos teóricos e a sua aplicação na prática clínica em colaboração e supervisão por parte dos docentes. O estágio abrange três componentes: Estágio de Clínica Geral Dentária, Estágio Hospitalar e Estágio de Saúde Oral Comunitária, que decorreram entre setembro de 2015 e junho de 2016.

### 2. RELATÓRIO DAS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

#### 2.1. Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária, cuja regente é a Professora Doutora Filomena Salazar, decorreu entre o dia 18 de setembro de 2015 e o dia 14 de junho de 2016 num período de 5 horas semanais, à terça-feira das 19:00h às 00:00h, dando um total de 180 horas, estágio este realizado na Clínica Universitária de Gandra, tendo sido supervisionado pelo Mestre João Batista e pela Mestre Paula Malheiro. Os atos clínicos realizados encontram-se discriminados na tabela 1. Este estágio revelou-se uma mais-valia, pois permitiu a realização de uma abordagem geral adequada a cada paciente com o propósito de elaborar um diagnóstico e plano de tratamento completo que englobasse todas as áreas clínicas no âmbito da Medicina Dentária.

**Tabela 4** - Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio em Clínica Geral Dentária

ATO CLÍNICO	OPERADOR	ASSISTENTE	TOTAL
Dentisteria	16	14	30
Exodontia	6	7	13
Destartarização	5	4	9
Endodontia	2	7	9
Triagem	4	2	6
Outros	0	3	3
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>37</b>	<b>70</b>

## 2.2. Estágio Hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar foi realizado na Unidade Hospitalar de Guimarães (Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE). Teve início no dia 21 de setembro de 2015 e terminou a 13 de junho de 2016, sendo realizado à segunda-feira entre as 9.00h e as 12.30h. Numa primeira fase decorreu sob a supervisão da Professora Doutora Ana Azevedo e posteriormente ficou a cargo do Mestre Raul Pereira. Perfazendo um total de 120 horas de trabalho, divididas em 3:30h semanais. Os atos clínicos realizados encontram-se discriminados na tabela 2. Este estágio apresentou uma dinâmica de trabalho, que permitiu melhorar a qualidade de trabalho e autonomia. Foi também importante interagir com pacientes com limitações cognitivas e/ou motoras, pacientes polimedicados e com patologias de várias especialidades médicas, permitindo correlacionar conceitos teóricos com a prática clínica.

**Tabela 5** - Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio em Clínica Hospitalar

<b>ATO CLÍNICO</b>	<b>OPERADOR</b>	<b>ASSISTENTE</b>	<b>TOTAL</b>
Dentisteria	18	14	32
Exodontia	30	24	54
Destartarização	8	17	25
Endodontia	2	3	5
Triagem	17	10	27
Outros	18	12	30
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>80</b>	<b>173</b>

## 2.3. Estágio em Saúde Oral Comunitária

O Estágio em Saúde Oral Comunitária decorreu à quarta-feira, entre as 14h e as 17h30, de 16 de setembro de 2015 a 15 de junho de 2016, num total de 120 horas sob a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante. Numa primeira fase, até dezembro de 2015, teve lugar no IUCS onde foi realizado trabalho teórico e todos os elementos a fornecer aos alunos destinatários. Posteriormente o trabalho foi implementado no Jardim de Infância e na Escola Básica da Bela, na freguesia de Ermesinde, concelho de Valongo, tendo como base o Programa Nacional de Promoção e Saúde Oral. Foi ensinado o método correto de escovagem e desenvolvidas atividades educativas com os alunos, de forma a promover a

sua saúde oral e uma alimentação saudável. Foram recolhidos os dados epidemiológicos de todos os alunos das duas escolas, devidamente autorizados pelos Encarregados de Educação.

**Tabela 6** - Planificação de atividades a realizar para os grupos incluídos no Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

GRUPOS	ATIVIDADES
<b>Idade Pré – Escolar (3-5anos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vídeos elucidativos: hábitos de sucção não nutritiva e higiene oral</li> <li>- Jogos interativos (dente são vs dente cariado relacionado com a alimentação)</li> <li>- Livro de atividades</li> </ul>
<b>Idade Escolar (6-7anos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jogo de curiosidades (higiene oral e hábitos alimentares)</li> <li>- Vídeo como realizar a higiene oral</li> <li>- Jogo sobre a quantidade de açúcar contido em várias bebidas</li> <li>- Livro de atividades</li> </ul>
<b>Idade Escolar (8-9 anos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação: (evolução da doença cárie, e outras doenças da cavidade oral)</li> <li>- Poster sobre Higiene Oral (introdução da higienização com o fio dentário e considerações a crianças portadoras de aparelho ortodôntico)</li> <li>- Elaboração de um dicionário (dicionário ilustrado com termos de Medicina Dentária)</li> </ul>
<b>Adolescentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power point/ desdobráveis sobre:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higiene Oral e meios auxiliares;</li> <li>2. Doenças orais,</li> <li>3. Traumatismos e protetores orais</li> <li>4. Terceiros molares</li> <li>5. Fatores extrínsecos e intrínsecos que alteram a cavidade oral</li> <li>6. Piercings orais</li> <li>7. Cheque dentista</li> <li>8. A importância da prevenção/ tratamento</li> </ol> </li> </ul>
<b>Seniores (+65 anos)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poster / power point:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alterações intra e extra orais do paciente edentulo</li> <li>2. Cuidados a ter com a prótese e a sua higienização</li> <li>3. Uso de adesivos protéticos e durabilidade das próteses</li> <li>4. Doenças orais (problemas mais frequentes com</li> </ol> </li> </ul>
<b>Grávidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Power point/ desdobrável:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alterações da cavidade oral durante a gravidez</li> <li>2. Cuidados a ter com o bebe (higienização da cavidade oral, 1ª ida ao Médico Dentista, idade de erupção dos dentes, etc..)</li> <li>3. Cheque dentista</li> </ol> </li> </ul>
<b>Portadores de HIV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Power point/ flyer:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuidados a ter e alguns conselhos importantes</li> <li>2. Cheque dentista</li> </ol> </li> </ul>



Tabela 7 - Cronograma de atividades do Estágio em Saúde Oral Comunitária realizadas no JI/EB1 da Bela – Ermesinde

DATA	TURMA	ATIVIDADES
27 janeiro		Aprovação do Cronograma
3 fevereiro	EB1: T1	A
	EB1: T2	A + B
10 fevereiro		Férias de Carnaval
17 fevereiro	EB1: T4 e T5	A + B
	EB1: T6	A
24 fevereiro	PRÉ: T1	B + C
	EB1: T1	B
	EB1: T7	A
2 março	EB1: T6	B + C
	EB1: T7	B
9 março		Visita de Estudo dos alunos do JI/EB1 da Bela
16 março	EB1: T3 e T4	B + C
	EB1: T5	C
23 março 30 março		Férias da Páscoa
6 abril	PRÉ: T1	B
	EB1: T2 e T6	A
13 abril	EB1: T1 e T3	B
	EB1: T7	A
20 abril	PRÉ: T1	A
	EB1: T4	A + C
	EB1: T5	A
27 abril	EB1: T2 e T6	B
4 maio		Queima das Fitas
11 maio	PRÉ: T1	B + C
	EB1: T3	A + B
	EB1: T7	B
18 maio	EB1: T1	A
	EB1: T6	B
25 maio	PRÉ: T1	C
	EB1: T4 e T5	C

A – Realização de Atividades;

B – Recolha de dados Epidemiológicos;

C – Acompanhamento e Avaliação da Escovagem Dentária.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

O Estágio em Medicina Dentária compreendeu três componentes muito enriquecedoras tanto a nível pessoal, como a nível profissional. Nas suas três componentes integradas, o estágio permitiu não só a aplicação, solidificação e aperfeiçoamento dos conhecimentos teóricos e práticos até então apreendidos como o desenvolvimento de uma boa prática clínica e a aquisição de uma maior segurança para o exercício profissional.