

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Mestrado Integrado em Medicina Dentária

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Loreto Navarro Coronas, estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária do Instituto Universitário de Ciências da Saúde, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste Relatório de Estágio intitulado:

SÍNDROME DA BOCA ARDENTE: Diagnóstico e Tratamento

Confirmo que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri a qualquer forma de falsificação de resultados ou à prática de plágio.

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores foram referenciados ou redigidos com novas palavras, tendo neste caso colocado a citação da fonte bibliográfica.

Relatório apresentado no Instituto Universitário de Ciências da Saúde

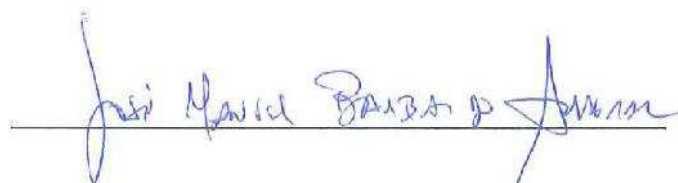
Orientador: Professor Doutor José Manuel Barbas do Amaral

DECLARAÇÃO

Eu, José Manuel Barbas do Amaral, com a categoria profissional de Professor Auxiliar Convidado 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, da Aluna do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, Loreto Navarro Coronas, 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 Mestre.

Gandra, 4 de Julho de 2018

O Orientador



Handwritten signature of José Manuel Barbas do Amaral, written in blue ink over a horizontal line.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por todo o apoio, força e paciência que me transmitiram, não só nesta etapa universitária também em todas as etapas da minha vida que obrigada a eles não podia ter conseguido nem realizado.

À minha irmã por ter-me demonstrado que com paixão ao que gostas e com constância, póde-se coseguir o que se proponha na vida.

Ao meu namorado, pelo apoio incondicional e companherismo nos bons e maus momentos, e que de uma forma indireta me motivou a dar o melhor de mim.

Ao Professor Doutor José Manuel Barbas do Amaral pela sua orientação e disponibilidade. Por ter-me prestado a ajuda que precisei para realizar este trabalho. E porque foi um orgulho tê-lo de professor como de orientador.

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

ÍNDICE

CAPÍTULO I – SÍNDROME DA BOCA ARDENTE: Diagnóstico e Tratamento

1. RESUMO.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. INTRODUÇÃO.....	3
4. OBJETIVOS.....	4
5. MATERIAL E MÉTODOS.....	5
6. DISCUSSÃO	
6.1. Epidemiología.....	6
6.2. Características clínicas.....	7
6.3. Classificação.....	8
6.4. Etiología.....	9
6.4.1 Fatores Locais.....	9
6.4.2 Fatores Sistémicos.....	9
6.4.3 Fatores Psicológicos.....	10
6.4.4 Fatores Neuropáticos.....	11
6.5. Diagnóstico.....	12
6.6. História Clínica.....	14

6.7. Exame físico.....	14
6.8. Avaliação laboratorial.....	14
6.9. Diagnóstico diferencial.....	15
7. TRATAMENTO.....	16
8. CONCLUSÃO.....	23
9. BIBLIOGRAFIA.....	25

CAPÍTULO II – Relatório dos Estágios

1. INTRODUÇÃO.....	29
2. RELATÓRIO DAS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO	
2.1 Estágio em Clínica Geral Dentária.....	29
2.2 Estágio Hospitalar.....	30
2.3 Estágio em Saude Oral e Comunitária.....	31
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....	31

CAPÍTULO I – SÍNDROME DA BOCA ARDENTE: Diagnóstico e Tratamento

RESUMO

A Síndrome da Boca Ardente (SBA) é uma condição de dor crônica orofacial, caracterizada por uma sensação descrita pelo doente como ardência e que afeta a mucosa oral, particularmente a língua, na ausência de dados clínicos ou laboratoriais que justifiquem tais sintomas pelo que se torna num diagnóstico complexo por parte dos médicos dentistas e médicos em geral.

A sua etiologia é considerada multifatorial, contudo foram sugeridos vários fatores etiológicos locais, sistêmicos, psicológicos, neuropáticos e idiopáticos. O seu diagnóstico é complexo e essencialmente por exclusão.

O tratamento geralmente tem como objetivo o alívio sintomático de forma a melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas por SBA, podendo variar desde farmacológicos até não farmacológicos.

O objetivo deste trabalho foi fazer uma revisão atualizada da Síndrome de Boca Ardente, nomeadamente a revisão dos critérios de classificação bem como a sua terapêutica. Para isso foi realizado um estudo de revisão narrativa da literatura, utilizando artigos em português, inglês e espanhol, publicados entre 2003 e 2018.

ABSTRACT

Burning-mouth syndrome is a chronic orofacial pain condition, characterized by a sensation described by the patient as burning and affecting the oral mucosa, where the tongue is the most affected place, in the absence of clinical or laboratory data justifying such symptoms by which becomes a complex diagnosis on the part of dentists and doctors in general.

Its etiology is considered multifactorial; however, several local, systemic, psychological, neuropathic and idiopathic etiologic factors have been suggested. Their diagnosis is complex and essentially by exclusion.

The treatment usually aims at symptomatic relief in order to improve the quality of life of people affected by SBA, and can range from pharmacological to non-pharmacological.

The objective of this work was to make an updated review of Burning Mouth Syndrome namely the revision of classification criteria as well as its therapeutics. For this, a study of narrative review of the literature was carried out using articles in portuguese, english and spanish, published between 2003 and 2018.

Palavras-chave / key-words: *burning mouth syndrome; síndrome da boca ardente; síndrome de la boca ardiente; idiopathic oro-facial pain; stomatodynia; glossalgia; toxina botulínica, xerostomia e diysgeusia.*

1. INTRODUÇÃO

A síndrome da boca ardente (SBA) é uma condição de dor crônica intraoral, caracterizada por uma sensação de ardor da mucosa oral. É apresentada como uma tríada de sintomas: dor oral, alteração do sabor e fluxo salivar alterado na ausência de alterações mucosas clínica e laboratorialmente aparentes, que expliquem esses sintomas após o exame clínico ⁽¹⁾.

Existe uma variedade de nomes aplicados a esta condição na literatura, incluindo, mas não limitados a síndrome da boca ardente a mais amplamente aceite, glossodinia, glossopirose, estomatodinia, estomatopirose, disestesia oral ⁽¹⁾.

A Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) define tal condição como uma sensação intraoral de ardência, na qual nenhuma causa médica ou odontológica pode ser encontrada. Entretanto a dor pode estar limitada à língua (glossodinia) e os sintomas que podem estar associados são entre outros, boca seca, parestesia e alteração do paladar. Outras áreas também podem ser afetadas tais como o palato, a gengiva, mucosa das bochechas e/ou lábios ⁽²⁾.

Se a ardência oral é um sintoma de outras doenças (local, sistêmica, ou psicológica), então este é referido como uma desordem de ardência oral, caso contrário, o termo síndrome de boca ardente é usado tornando-se um diagnóstico de exclusão ⁽³⁾.

Esta síndrome possui significativa predileção pelo gênero feminino, principalmente na etapa peri ou pós-menopáusia, acima dos 40 anos de idade, e com uma média aos 60 ⁽⁴⁾.

A etiologia exata do SBA é ainda desconhecida, portanto, é considerada de origem multifactorial, pois desconhecem-se os mecanismos responsáveis das sensações desagradáveis que caracterizam a SBA ⁽⁵⁾.

O sintoma de ardência é quase sempre bilateral e simétrico, e raramente acomete outros locais como o pavimento da boca e orofaringe. A principal queixa desta condição é por vezes referida como estomatodinia. Esse importante sintoma de dor na mucosa oral é

muitas vezes acompanhado de queixas subjetivas de disgeusia e xerostomia, com ou sem presença de hipofunção salivar ^(5,6).

Os critérios de diagnóstico estabelecidos para a SBA incluem a presença do sintoma de ardência e a normalidade dos tecidos bucais. Contudo, a dificuldade em estabelecer o correto diagnóstico da SBA, muitas vezes advém do sintoma de ardência estar associado a outras alterações e patologias, locais, sistêmicas e/ou psicogénas as quais possuem distinção nosológica, com aspectos clínicos e histopatológicos específicos ^(2,6).

Em relação ao tratamento da SBA, têm sido propostas diferentes modalidades, porém os resultados encontrados quanto à sua eficácia são controversos. Dentre as terapêuticas citadas para a SBA, a medicamentosa é considerada a mais comumente utilizada, por meio de agentes farmacológicos tópicos como capsaicina, clonazepam, cloridrato de benzidamida e lidocaína, e sistêmicos como capsaicina, clonazepam, ácido alfa-lipóico, antidepressivos, e benzodiazepínicos.

Considerando a complexidade envolvida na etiopatogênese da SBA, torna-se evidente a necessidade de aprofundar o conhecimento destes fatores com o intuito de estabelecer métodos de diagnósticos mais fidedignos, e investigar a eficácia de modalidades terapêuticas complementares e alternativos como a acupuntura, terapia cognitiva, terapia de substituição hormonal, toxina botulínica ou o uso do hypericum perforatum, mais conhecida como erva de são joão, na diminuição da gravidade dos sintomas desta síndrome.

A dificuldade no seu diagnóstico, faz com que seja mais complicado determinar as causas e o seu tratamento.

2. OBJETIVOS

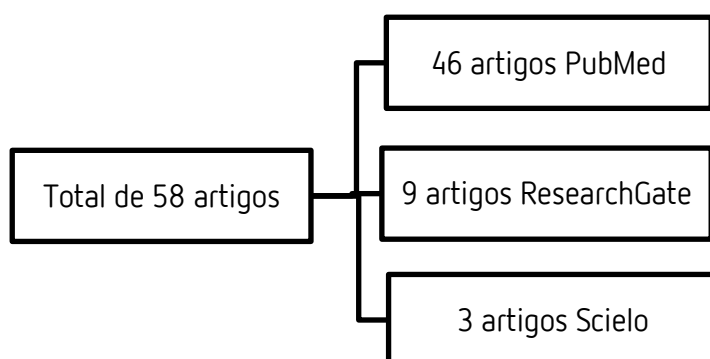
Esta revisão bibliográfica narrativa cujo tema é síndrome de boca ardente tem como objetivo compreender de um ponto de vista crítico quais são os fatores etiológicos implicados nesta síndrome, como é realizado o seu diagnóstico e dos distintos

tratamentos possíveis. Demonstrar a importância que um diagnóstico bem realizado de modo a orientar a terapêutica e desta forma proporcionar uma melhor qualidade de vida aos doentes que sofrem desta condição.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização do presente trabalho, foi realizada uma pesquisa em três bases de dados PubMed, Scielo e ResearchGate, onde foram utilizadas as palavras-chave/keywords: *burning mouth syndrome; síndrome da boca ardente; síndrome de la boca ardiente; idiopathic oro-facial pain; stomatodynia; glossalgia; toxina botulínica, xerostomia e dysgeusia.*

A pesquisa foi iniciada em janeiro de 2018. Os critérios de inclusão basearam-se em artigos com texto integral, publicados em língua portuguesa, espanhola e inglesa entre os anos de 2003 e 2018 tendo-se encontrado 58 artigos. Há, no entanto referência a artigos anteriores a 2003 que foram incluídos pela relevância que tinham para o tema. Resultaram da pesquisa na PubMed um total de 46 artigos, na ResearchGate de 9 artigos e na Scielo de 3 artigos. Desta pesquisa foram seleccionados 35.



4. DISCUSSÃO

4.1 Epidemiologia

Os dados de prevalência disponíveis sobre a SBA são escassos e muitos estudos apresentam limitações epidemiológicas. O facto de não existir um mesmo conceito, nem critérios diagnósticos precisos para definir e diferenciar a SBA faz com que os dados epidemiológicos sejam heterogêneos e difíceis de comparar, o que indica a necessidade de maior divulgação sobre as características clínicas e etiológicas desta síndrome ⁽⁵⁾.

Um reflexo desta situação é que os estudos disponíveis na literatura apresentam uma prevalência que varia de 0,7% a 15% dependendo da população e dos critérios de diagnóstico ^(7,8).

De acordo com Grushka e col. (2002) a prevalência da SBA parece ser mais frequente nos grupos de maior idade, especialmente em mulheres pós-menopáusicas ⁽⁹⁾.

Para Scala e col. (2003), a SBA é basicamente uma desordem que afeta indivíduos de meia-idade e idosos com uma faixa etária entre os 38-78 anos. A sua prevalência parece aumentar com a idade em ambos os sexos. Raramente afeta indivíduos com menos de 30 anos e nunca foi descrito em crianças e adolescentes ^(4,10).

A SBA manifestou uma predileção significativa pelo sexo feminino em relação ao sexo masculino que varia de 3:1 a 16:1. Ainda não estão definidas estas diferenças de género, que podem explicar-se no contexto de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais. Os estudos epidemiológicos mostram que esta condição é particularmente comum entre as mulheres pré e pós-menopáusicas, onde a sua prevalência aumenta até 12-18% e o pico de início é de 3 anos antes a 12 anos após a menopausa sendo mais frequente em mulheres que apresentam mais doenças sistémicas ^(2,11).

Isto pode ser atribuído à secura das mucosas, como resultado da redução dos níveis de estrogénio e progesterona relacionada com a idade e a um aumento da frequência dos transtornos psicológicos nas mulheres de idade média e avançada ⁽²⁾.

4.2 Características Clínicas

A SBA é caracterizada por ser uma entidade patológica oral dolorosa, na qual a ardência está associada a sinais e achados laboratoriais normais. A ardência ocorre frequentemente em mais de uma área simétrica, sendo os dois terços anteriores da língua, a zona anterior do palato duro e a mucosa do lábio superior, os locais mais afetados, enquanto a pele do rosto não se vê alterada ^(9,12).

O início da sensação de ardência da SBA é geralmente súbito e de baixa intensidade. As manifestações clínicas da SBA não são constantes e são sempre diversificadas e variáveis. Geralmente os doentes apresentam dificuldades em descrever as sensações que sentem ⁽¹¹⁾.

O início geralmente segue um evento de vida específico, variando de procedimento odontológico, assim como traumatismo ou tratamento dentário, a problemas de saúde e da vida familiar. Um traço comum, no entanto, é o tipo de personalidade ansiosa do indivíduo com SBA, um fato que muitas vezes é muito difícil de revelar na consulta. Outra resposta comum do doente é a procura contínua por um diagnóstico e causa mais aceitável. A frequência com que os doentes sentem que têm uma toxicidade ou alergia a um alimento, medicamento ou material dentário, geralmente à base de prótese ou à pasta de profilaxia, é bastante alta e isso amplifica a importância de garantir que os doentes não procurem um diagnóstico difícil de alcançar ^(12, 13, 14).

A apresentação clínica varia nalguns doentes, pois esta condição pode apresentar-se como monossintomática (só dor) ou oligossintomática (dor e disgeusia ou xerostomia) ⁽¹⁵⁾.

A queixa mais frequente apresentada pelos doentes relativamente à sensação de ardência é ser semelhante à ingestão de um líquido muito quente, ou "picadas" na boca. Tal sensação pode ser acompanhada de dormência, xerostomia (ainda que o fluxo salivar seja normal) e disgeusia também denominada como palato-fantasma ou palato distorcido, o que dá um gosto desagradável e persistente na boca, principalmente um sabor amargo e metálico. Apesar das áreas afetadas pela ardência serem simétricas, a alteração do paladar pode não ser ^(2,6).

Chimenos-Küstner e col. (2013) relata que a alteração do sabor pode ser atribuída, em parte, a uma maior densidade das papilas fungiformes nestes doentes, mas também intervêm fatores hormonais, particularmente em relação à função tiroidea, assim como o tratamento farmacológico que recebem ⁽¹⁵⁾.

A sintomatologia da SBA possui grande variabilidade interindividual, oscilando de leve a grave sem existir nenhuma lesão, sendo a dor moderada a apresentação mais frequente. Geralmente é menos intensa de manhã e muitas vezes agrava durante o dia, até desaparecer pela noite ao dormir, raramente interferindo com o sono, mas apresentando dificuldades para adormecer ^(4, 10, 16).

A intensidade média da dor tem sido avaliada por uma Escala Analógica Visual (EAV) de 0 a 10, sendo que 0 é considerado como ausência de dor e 10 a maior intensidade de dor ^(10, 17).

Um dos critérios de inclusão para a SBA engloba os episódios de dor que devem ocorrer de forma contínua durante pelo menos 4-6 meses, podendo durar 12 anos ou mais com uma duração média de 3 a 4 anos ⁽¹⁰⁾.

Doentes com SBA têm frequentemente problemas de saúde não específicos que incluem dores de cabeça, dor da ATM, enjoos, transtornos músculo-esqueléticos, síndrome do intestino irritável e transtornos psiquiátricos ⁽¹¹⁾.

4.3 Classificação

A SBA pode ser classificada com base na etiologia ou nos sintomas. Com base nos fatores etiológicos a SBA pode ser classificada como "SBA Primária" (condição essencial ou idiopática), em que os doentes não apresentam nenhuma causa local ou sistêmica que se possa identificar com o ardor da mucosa oral e "SBA Secundária", onde a sensação de ardor intraoral é consequência de algum tipo de alteração de causa local ou sistêmica ^(10, 11, 18).

A SBA foi dividida em três subtipos por Lamey e col. (1996) ^(11,18), baseada na variação diária da intensidade de dor. O Tipo I, caracterizada por uma dor progressiva, que não está

presente ao despertar, mas que se desenvolve durante o dia, aumentando gradualmente de intensidade sendo mais intensa à noite, afetando 35 % dos doentes; o tipo II, a dor em ardência é constante, está presente durante todo o dia, presente ao acordar, causa dificuldade em adormecer, afeta 55% dos doentes; o tipo III, a dor está presente de forma intermitente em alguns dias com intervalos livres de dor, localização e dor atípicas, como a mucosa bucal, o pavimento da boca e da garganta, encontrando-se em 10% dos doentes.

A SBA apresenta uma evolução crônica, podendo em alguns casos haver uma remissão espontânea.

4.4 Etiologia

A etiologia exata da SBA ainda é desconhecida e tem gerado controvérsia ao longo dos anos. Portanto, é considerada de origem multifactorial, pois desconhecem-se os mecanismos responsáveis das sensações desagradáveis que caracterizam a SBA. Os numerosos fatores relacionados com a sua etiologia têm-se dividido em locais, sistémicos e psicológicos. Porém, nalguns doentes é idiopático ⁽⁵⁾.

4.4.1 Fatores locais

Estão relacionados com a alteração da cavidade oral e as suas estruturas e são a xerostomia, a redução do fluxo salivar, os hábitos parafuncionais, alergias de contacto, infecções fúngicas, nomeadamente por *Candida Albicans*, próteses mal adaptadas, tratamentos odontológicos anteriores, ou outros fatores locais bem como o tabaco, elevado consumo de álcool, língua geográfica, cafeína, consumo habitual de alimentos muito quentes, picantes e/ou com muitos condimentos ⁽⁵⁾.

4.4.2 Fatores sistémicos

Destacam-se vários fatores associados à SBA: deficiências nutricionais (vitamina B12, ácido fólico, ferro, zinco), transtornos endócrinos (diabetes não controlada, menopausa, hipotireoidismo), transtornos imunológicos (síndrome de Sjögren), aumento de neuropeptídeos (substância P e neuroquinina A), tratamento farmacológico crónico como

fármacos anti-hipertensivos (IECA, beta bloqueantes e diuréticos), antirretrovirais, antibióticos, antidepressivos tricíclicos e fármacos ansiolíticos, doenças malignas (mieloma múltiplo), doença do refluxo gastro-esofágico, radioterapia ou medicamentos que podem produzir xerostomia ou que aumentam ou induzem a ardência ⁽⁵⁾.

Normalmente este tipo de indivíduos com SBA estão frequentemente polimedicados, sendo os mais comuns os fármacos que causam secura oral e certo grau de disfagia, e os que alteram a deglutição. A desidratação e dietas inadequadas agravam o quadro ^(15, 19).

4.4.3 Fatores psicológicos

São considerados como principais fatores etiopatogênicos mais importantes da SBA, e identificados como transtornos da ansiedade ou depressão, resultantes de uma situação mantida de eventos stressantes por problemas familiares, laborais ou de qualquer outra condição ⁽⁵⁾.

Moon-Jong e col. (2018) relacionaram que os doentes que sofrem de SBA sofrem também de alterações do foro psiquiátrico, ou têm antecedentes de tratamento psiquiátrico antes do início desta.

A depressão é considerada como a alteração psicológica mais prevalente, reconhecendo também que a ansiedade exerce um importante papel além da cancerofobia. Ainda não está bem claro que estes fatores sejam a causa ou o efeito dos sintomas, pois a dor crónica e o stresse prolongado podem afetar e alterar o perfil psicológico do doente ^(19, 20).

Moon-Jong e col. (2018) nomearam dois estudos onde num deles, 21% dos doentes com SBA têm graves transtornos psicológicos, e outro estudo em que só um terço tem um diagnóstico psiquiátrico subjacente ⁽²¹⁾.

Estes resultados sugerem que a presença de problemas psicológicos pode não ser uma característica comum em doentes com SBA, e que a SBA pode ocorrer na ausência de problemas psicológicos ⁽²¹⁾.

4.4.4 Fatores neuropáticos

A dor neuropática é uma das principais condições dolorosas crônicas e geralmente não há nenhum dano tecidual. O que ocorre é uma disfunção das vias que transmitem dor, levando a uma transmissão crônica de sinais dolorosos ⁽²⁾.

Resultam destes fatores alterações das papilas gustativas, disfunção da corda do tímpano, ou do nervo facial causando um aumento das sensações recebidas pelo nervo trigêmeo que são percebidas como “sensações fantasmas” do tipo doloroso, táctil ou térmico ⁽⁵⁾.

As alterações morfológicas nos tecidos periféricos devido a lesões ou doenças podem causar alterações nos neurónios nociceptivos do SNC e estímulos de atividade neuronal, com referência de dor a estímulos não nocivos. Tais condições podem ocorrer na SBA, por dano direto do nervo trigêmeo ou de outros nervos cranianos que possam indiretamente inibir a atividade nociceptiva oral ⁽²⁾.

Aranvidhan e col. (2014), demonstraram que mais de 70% das pessoas com SBA experimentam alterações persistentes no sabor, especialmente ao amargo, metálico ou ambos. Isto pode ser devido a lesões na corda do tímpano do nervo facial, responsável do sabor na ponta da língua. Também encontraram alterações no nervo glossofaríngeo, mas a alteração deste nervo é menos pronunciada ⁽¹¹⁾.

Também a deficiência de estrógenos na menopausa interfere nas mudanças sensoriais podendo levar a esta alteração do sabor ^(22, 23).

A presença de anomalias do paladar e o facto de que muitos doentes com a SBA serem *supertasters* sugerem uma interação do paladar e mecanismos nociceptivos que ligam o sentido do paladar e da dor no sistema nervoso central e indicam que a SBA implica patologias do sistema nervoso central e periférico induzida por uma alteração no sistema do paladar ao nível do tímpano e/ou do nervo glossofaríngeo. Isto provoca uma perda de inibição central e, conseqüentemente, a hiperatividade da via nociceptiva trigeminal, que por sua vez transporta uma resposta mais intensa aos irritantes orais e eventualmente, conduz ao aparecimento de dor oral ⁽⁴⁾.

No estudo de Snyder e col. (2016) afirmam que existe uma elevada prevalência entre os *supertasters* e doentes com SBA, pois têm uma maior densidade das papilas fungiformes

na porção anterior da língua, pelo que geralmente experimentam mais as sensações gustativas e a dor oral. Isto deve-se a que as papilas estão enervadas por fibras nervosas, mais exactamente os nociceptores que estão relacionados com o sabor e formam parte do nervo trigêmeo.

4.5 Diagnóstico

O doente típico de SBA é uma mulher peri-menopáusica ou pós-menopáusica, com compromisso psicológico, como ansiedade ou depressão, e varias comorbilidades médicas. A tríada clássica é ardor bucal contínuo ou intermitente, disgeusia e xerostomia ⁽¹⁵⁾.

Para um correto diagnóstico é essencial obter detalhadamente a história médica, dentária e psicológica dos doentes de modo a conseguir informações sobre o doente a tratar.

De acordo com Jääskelaäinen e col. (2012), o diagnóstico é baseado na sintomatologia referida pelo doente e requer um bom exame de todos os fatores precipitantes conhecidos, pois os critérios de diagnóstico ainda não estão universalmente definidos e, além disto, são confusos e variáveis. Quando um doente se queixa de possíveis sintomas associados com a SBA, é imperativo um exame clínico orientado para a presença ou não de patologia sistémica.

O diagnóstico da SBA é na prática, baseado na exclusão de fatores locais e/ou sistémicos que podem causar ardência oral ou outros sintomas sensoriais, pois não existe um teste de diagnóstico específico ⁽¹⁸⁾.

Além de avaliar o estado psicológico do doente (ansiedade, depressão, cancerofobia e índice de stress), o ponto-chave para o diagnóstico da SBA é o fato da mucosa oral estar normal, não existindo lesões associadas com a sintomatologia ⁽¹⁵⁾.

Na avaliação de um doente que apresenta boca ardente o objetivo é distinguir entre SBA primária e secundária. A SBA primária não pode ser diagnosticada até que todas as causas secundárias possíveis estejam eliminadas, pelo que é referida normalmente como um diagnóstico de exclusão. Para um diagnóstico diferencial é necessário, uma história médica completa, exame oral completo, e testes de laboratório ⁽⁷⁾.

Segundo Aravindhan e col. (2014), antes de se chegar ao diagnóstico da SBA devem ser realizados os seguintes passos:

- História completa e abrangente para quantificar a sensação de dor.
- Exame clínico completo da mucosa oral para excluir fatores locais e sistêmicos.
- Informações sobre fatores psicossociais anteriores ou atuais e bem-estar psicológico.
- Medição objetiva de taxas do fluxo salivar e função do gosto.
- Imagens neurológicas e exame para descartar qualquer patologia e processos degenerativos.
- Culturas orais para confirmar suspeitas de infecções bacterianas, virais e fúngicas.
- Teste de contacto para indivíduos alérgicos.
- Estudo de refluxo gastro-esofágico.
- Testes hematológicos para descartar condição autoimune, nutricional e hormonal.

Os critérios de inclusão dos sintomas para a SBA devem ser baseados na história de dor incluindo o início, duração, localização anatômica, fatores que melhoram ou agravam a dor, associação com certos alimentos e atividades, interferência nas atividades diárias tais como o sono, trabalho e alimentação, perguntas relativas quanto ao aumento da salivação, boca seca, paladar alterado, dieta, uso de antissépticos orais, tipo de pasta dentífrica, e hábitos como mastigar chiclete, ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo, duração contínua num intervalo de 4-6 meses (frequentemente vários anos) e presença de mudanças do estado anímico ^(2, 15, 25).

Alguns doentes poderão apresentar SBA associada com outras patologias e é um componente crítico do trabalho se essas outras condições, tais como a candidíase relacionada com prótese dentária, mucosite atrófica e xerostomia não tratada, forem tratadas antes do diagnóstico de SBA ser feito. Em contraste, a verdadeira SBA não apresenta lesões orais visíveis ⁽¹²⁾.

O diagnóstico da SBA é frequentemente tardio, numa média de 34 meses. Por vezes devido à falta de compreensão da natureza desta entidade, para além do cuidado excessivo com a saúde, leva que os doentes consultem vários especialistas ⁽⁴⁾.

4.6 História Clínica

A história do início, a qualidade e a duração da ardência podem fornecer informações sobre a probabilidade de ser ou não SBA primária. A ardência intermitente ou cíclica associada a alterações orais visíveis provavelmente aponta para SBA secundária. Uma história dentária, história tabágica, lista completa dos medicamentos e histórico médico passado, devem ser registados para completar a história clínica ⁽⁷⁾.

4.7 Exame Físico

Um exame oral completo, incluindo características da cabeça e do pescoço é necessário. O posicionamento do doente num nível alto ou suficiente para visualização e uma fonte de luz brilhante são fundamentais. Uma visão completa de todas as superfícies intra-orais é realizada através da utilização de mão e luvas, espátula e/ou gaze para manipular bochechas, lábios e língua ⁽⁷⁾.

Com a ardência localizada, o doente deve apontar especificamente para o local usando um espelho de mão para visualização. Se usar próteses ou outros aparelhos orais, estes devem ser removidos para o exame. A observação da simetria facial, palpação dos gânglios linfáticos, e a avaliação da articulação temporomandibular também pode ser útil. Se a ardência for intermitente e não se apresentar no momento da consulta, um exame de repetição deve ser realizado durante um período de sintomas ativos ⁽⁷⁾.

4.8 Avaliação Laboratorial

A extensão da avaliação laboratorial será dirigida pelas informações recolhidas na história clínica e exame físico. Achados que apontem para uma causa secundária específica de ardência oral podem orientar para determinados testes específicos. A falta de achados específicos pode necessitar de testes mais extensivos e mais amplos e avaliações adicionais podem incluir biopsia oral, culturas, teste de contacto e consulta especializada ⁽⁷⁾.

4.9 Diagnóstico diferencial

O diagnóstico da síndrome de ardência bucal depende da exclusão de uma base orgânica justificável para a queixa. Portanto, uma série de condições locais devem ser consideradas e descartadas em primeiro lugar ⁽²⁶⁾.

A primeira causa mais comum é a irritação local. Uma prótese áspera ou restauração dentária vai causar irritação da língua e bochechas. Hipersensibilidade de contacto a materiais dentários tem sido sugerida como um possível mecanismo embora isto não tenha sido confirmado com o teste de contacto. Além disto, colutórios orais cáusticos ou alimentos ácidos podem causar irritação e hipersensibilidade generalizadas da mucosa oral ⁽²⁷⁾.

As doenças mucocutâneas, tais como candidíase oral, líquen plano, reações liquenóides, pênfigo e glossite migratória devem ser consideradas no diagnóstico diferencial. O exame clínico seguido de biopsia geralmente exclui estes diagnósticos. De igual modo, as infecções virais, tais como herpes simplex ou zóster podem causar ardência ⁽²⁶⁾.

As reações alérgicas devem ser avaliadas, principalmente devido aos altos níveis de monómeros residuais. Outros alergénios são o nylon, ácido ascórbico, ésteres de ácido nicótico, peróxido de benzoico bisfenol ⁽⁴⁾.

Outro material de uso odontológico como a amálgama de prata tem sido considerado também como possível alergénio. Nestes casos a sensação de ardência coincide com o tempo de colocação das mesmas, causando eritema generalizado na mucosa oral ⁽⁵⁾.

Há uma série de fatores locais que podem causar ardor oral, que devem ser excluídos antes de fazer um diagnóstico de SBA primária. Uma das causas mais comuns de ardência oral é a boca seca. A boca seca pode ser uma constatação objetiva devido à hipossalivação ou uma sensação subjetiva denominada xerostomia ⁽²³⁾.

Colutórios orais contendo álcool ou alimentos ácidos podem causar irritação generalizada da mucosa oral e de hipersensibilidade. Do mesmo modo, o hábito de morder a língua ou bochecha resulta num desconforto localizado que pode em certas ocasiões, apresentar-se como uma sensação de ardência ⁽²³⁾.

A candidíase oral não é uma condição incomum nesta população de doentes. Esta pode ser uma infecção primária, mas na maioria das vezes é secundária a qualquer tipo de irritação local ou predisposição sistêmica ⁽²³⁾.

A candidíase oral na maioria das vezes apresenta-se como uma lesão vermelha/branca ou uma mistura de ambas. Um exame direto é adequado para fazer o diagnóstico, em vez da recolha de amostras para cultura microbiológica do organismo. Se a candidíase é suspeita, o uso de terapêutica antifúngica, com nistatina, deve ser sugerido em primeiro lugar ⁽²³⁾.

As doenças virais, tais como herpes simplex ou zóster podem resultar em sintomas que o doente interpreta como uma sensação de ardência. Embora estes sejam clinicamente aparentes aquando da erupção das lesões, pode haver uma sensação de ardor prodromico. A dor da neuralgia pós-herpética geralmente é muito mais intensa, mas ocasionalmente, também pode apresentar-se como uma sensação de ardência na mucosa oral ⁽²³⁾.

As pessoas que sofrem xerostomia queixam-se de sentirem a boca ardente. Isto pode ser um componente da síndrome de Sjögren, um resultado de terapêutica de radiação na cabeça e pescoço, um efeito secundário de uma determinada medicação ou apenas uma diminuição na produção da saliva relacionada com a idade, particularmente o componente seroso ⁽²³⁾.

5. TRATAMENTO

Inicialmente é importante proporcionar aos doentes a informação sobre a natureza da sua condição e proporcionar tranquilidade, pois os indivíduos com SBA são propensos a consultar numerosos especialistas que afirmaram que os problemas que sofrem são imaginários. Estes doentes têm de ter consciência que a sua dor é real e frequentemente está relacionado com algumas condições identificadas, além de serem informados que a dor oral não está relacionada com nenhuma forma de cancro ⁽¹⁰⁾.

Os indivíduos com SBA devem ser esclarecidos sobre a natureza e as dificuldades de obtenção de resultados, visto que os sintomas nem sempre desaparecem, embora possam

ser amenizados. O tratamento pode ser prolongado e nem sempre é satisfatório. A remissão espontânea ocorre com frequência muito baixa e numa minoria de doentes ⁽²⁾.

Ante a angústia que pode sofrer o doente, a empatia do médico, ouvir e transmitir segurança de que se conhece a realidade da sua queixa e que esta não é imaginária, mas o tratamento é longo e sujeito a modificações de estratégia, apesar do desconforto, é necessário informar o doente de que não se trata de uma doença maligna ^(2, 28).

Por isso, a obtenção da confiança do doente é primordial na gestão da SBA, e é importante que perceba e aceite o diagnóstico, e ter uma compressão realista da probabilidade de ser curado. Os profissionais têm um papel muito importante sobre a atitude do doente, e frequentemente pode resultar em efeitos benéficos a longo prazo ⁽¹¹⁾.

Apesar dos protocolos terapêuticos não estarem ainda totalmente determinados, a partir da identificação da causa, o tratamento deve ser adaptado a cada doente especificamente. Dependendo das características compreendidas, outros profissionais devem participar na condução do caso, sempre objetivando a melhor qualidade de vida do indivíduo, pois a obtenção de um diagnóstico clínico correto de SBA é muito importante para uma boa gestão do tratamento ⁽²⁾.

Um estudo referido por Jääskeläinen e col. (2017) refere que só 40% dos doentes, beneficiam dos medicamentos disponíveis para a dor neuropática, pois o tratamento da SBA é muito complexo, o que é comum a todas as condições de dor neuropática ⁽²⁸⁾.

Para Viglioglia e col. (2014), o imprescindível ante neste tipo de síndrome é realizar uma avaliação programada começando com a história médica, dentária e psicológica completa, incluindo especialmente a descrição meticulosa da sintomatologia por parte do doente, tendo em conta certos hábitos parafuncionais como é o bruxismo e a contração da musculatura mastigatória que podem ser consequência de stress emocional ⁽²⁹⁾.

O tratamento depende se a SBA é primária ou secundária. Na SBA secundária, o tratamento está dirigido a corrigir a perturbação subjacente, e deste modo pode ser possível para "curar" a SBA. Porém, às vezes uma anomalia subjacente, tal como um nível diminuído de vitamina B corrige-se, mas a ardência persiste. Neste caso, o diagnóstico da SBA deve ser mudado de secundário a primário ⁽⁷⁾.

Embora a literatura apresente vários estudos, só existem provas limitadas para orientar os médicos no tratamento dos doentes com SBA, pois não existe um tratamento *standard* sendo que o tratamento é empírico, e em grande medida baseado na opinião pessoal e dos especialistas. O tratamento pode ser dividido em abordagens farmacológicas e não farmacológicas, tratamento cognitivo e outros tratamentos alternativos ^(6, 18).

Os medicamentos mais usados no tratamento desta síndrome são os antidepressivos, antipsicóticos, antiepiléticos, analgésicos e protectores da mucosa oral. Os antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina e nortriptilina em baixas doses são úteis para os indivíduos com SBA, mas há autores que contraindicam o seu uso nos indivíduos que sofrem xerostomia pois pode agravar esta condição ⁽⁴⁾.

Uma revisão sistemática publicada recentemente enumerou os tratamentos mais eficazes para utilizar na SBA e incluem as benzodiazepinas (clonazepam), antidepressivos tricíclicos (amitriptilina e nortriptilina), anticonvulsivantes (gabapentina), inibidores da recaptção de serotonina (trazodona), capsaïcina, ácido alfa-lipídico (antioxidante neurológico), cloridrato de benzidamida (AINE), terapêutica de substituição hormonal, reposição de vitaminas e/ou zinco, ácido fólico e terapêutica cognitiva, e tratamentos alternativos (hypericum perforatum, protector lingual, aloé vera, acupunctura, toxina botulínica) ⁽⁵⁾.

Clonazepam

O clonazepam é um benzodiazepínico com ação antiepilética e anticonvulsivante agem como depressores do sistema nervoso central, aumentando ou facilitando a ação do GABA. É usado como fármaco ansiolítico ⁽²⁾.

São utilizadas duas formas de tratamento com clonazepam tópico ou sistémico ⁽²⁾.

Um estudo de Cepero Santos e col. (2016) demonstrou melhoria sintomática na utilização de clonazepam tópico 1 mg, na forma de comprimidos solúveis na boca. 70% dos doentes com SBA apresentavam melhoria, em 50% foi reduzida a sintomatologia num período de 14 dias e só 15% dos doentes foram curados por completo ⁽²¹⁾.

Existem estudos realizados em Zaragoza que indicam melhoria da sintomatologia com o tratamento de 0,5 mg de clonazepam sistémico, aumentando de forma progressiva até

obter a dose eficaz. No caso de não obter resultados terapêuticos aceitáveis, pode-se associar um segundo fármaco, como a gabapentina (levetiracetam ou lamotrigina), mas esta associação parece ter pouco ou nenhum efeito ^(4, 21).

Um estudo recente observou de que doses baixas de clonazepam podem ajudar até 50-60% dos doentes com SBA, pois além de reduzir a ardência oral também reduz as alterações do paladar ⁽²⁾.

Benzodiazepinas

O uso de benzodiazepínicos, apesar de ser muito eficaz na sintomatologia, a longo prazo pode causar dependência além de outros possíveis efeitos colaterais como xerostomia, sonolência e dor gástrica ⁽³⁰⁾.

Cloridrato de benzidamida

O cloridrato de benzidamida, usado na forma de colutório a 15% em indivíduos com SBA durante 4 semanas obteve uma melhoria parcial, e 50% não obtiveram alívio total com o fármaco ⁽⁵⁾.

Antidepressivos

A trazodona demonstra ser eficaz na redução dos sintomas relacionados com a dor, mas os resultados não são conclusivos, pois houve doentes que tiveram que abandoná-lo pelos efeitos adversos que sofreram ⁽³¹⁾.

Os inibidores seletivos da recaptção da serotonina, como a sertralina, amilsuprida ou paroxetina, melhoraram de igual modo a intensidade da dor em 8 pessoas com SBA, além de melhorar a depressão associada ⁽³¹⁾.

Lidocaína

O bloqueio periférico unilateral do nervo lingual com lidocaína tem mostrado resultados na resolução significativa, ipsilateral ou bilateral dos sintomas da SBA primária ⁽²⁴⁾.

Capsaicina

Induz dessensibilização seletiva dos neurónios sensitivos e reduz os sintomas orais da SBA. A capsaicina sistémica a 0,25% usado três vezes por dia durante 30 dias, provoca redução significativa na intensidade da dor, mas a longo prazo, este tratamento não é recomendável por causar dor gástrica depois do tratamento, além de poder causar sensação de ardência em 32% dos indivíduos ⁽¹⁸⁾.

A capsaicina aplicada de forma tópica pode ser apresentada em colutório ao 0,02% ou em gel a 0,25%, podendo utilizar-se como alternativa de tratamento que reduz os sintomas sem observar efeitos adversos ⁽¹⁸⁾.

Ácido Alfa-Lipóico (AAL)

Parece um tratamento alternativo eficaz, por ser um potente antioxidante com efeitos neuroprotetores e reduzir a sintomatologia da SBA ⁽¹⁸⁾.

Estudos iniciais sugerem que o uso de AAL por um período de 2 meses melhoram os sintomas em 70% dos indivíduos com SBA, pois pensa-se que a SBA pode estar relacionada com os radicais livres tóxicos. No entanto, estudos posteriores controlados com placebo não demonstraram o mesmo benefício devido à elevada taxa de resposta do placebo ⁽¹⁸⁾.

O AAL não apresenta nenhum efeito adverso, por isso é considerado útil como tratamento de primeira linha para o manejo da SBA ⁽¹⁹⁾.

Estudos aleatórios controlados demonstraram que a combinação do ácido alfa-lipóico com gabapentina, foi mais eficaz na diminuição da dor que os controlos placebo do que o ácido alfa-lipóico ou gabapentina isolados ⁽¹⁹⁾.

Terapêutica de substituição hormonal (TSH)

As alterações hormonais nas etapas da pré e pós-menopáusicas são consideradas um fator-chave para o desenvolvimento e progressão da SBA ⁽¹⁹⁾.

Esta terapêutica tem sido utilizada nas mulheres com sintomas de ardência e que apresentam recetores de estrogénio na mucosa oral. Esses doentes responderam de

forma positiva à terapêutica de substituição hormonal, o que não foi observado em doentes que não apresentam esse recetor. No entanto, não pode ser garantida que esta terapêutica seja um tratamento eficaz para o tratamento da sintomatologia oral porque ainda não está estabelecida uma relação definida entre a SBA e as alterações hormonais ⁽⁴⁾.

Terapêuticas alternativas

O uso de terapêuticas à base de plantas é um método cada vez mais popular para tratar a dor isoladamente ou como complemento para abordagens de medicina tradicional. Infelizmente, pesquisas demonstrando a eficácia de terapêuticas à base de plantas para tratar a dor são limitadas. Em alguns casos, o tratamento para a SBA é incapaz de garantir um controlo ótimo dos sintomas, ou alternativamente o tratamento pode dar origem a efeitos secundários inaceitáveis. Como resultado, os doentes muitas vezes consideram outras alternativas ^(32, 33).

No estudo realizado por López-Jornet e col. (2011) obtiveram como resultado, que 40,24% dos indivíduos com SBA, incluem terapêuticas médicas alternativas e complementares nos seus planos de tratamento, mais exactamente de ervas medicinais. Isto pode ser interpretado como uma tentativa de melhorar as condições nesta doença.

O *Hypericum perforatum* (conhecida como erva de São João) tem-se utilizado para o tratamento das depressões leves e moderadas. A hiperforina, o principal composto lipofílico, é o principal agente responsável do efeito antidepressivo, além de ter um efeito antibiótico. Num estudo, administraram 900mg diários a 19 doentes, mas este não demonstrou diferenças significativas na melhoria da dor após 12 semanas de tratamento, apesar de obter uma redução geral dos pontos com sensação de ardor na cavidade oral ⁽⁵⁾.

Protetor lingual

Tem como finalidade isolar a língua do sistema estomatognático e evitar qualquer trauma devido ao hábito do morder a língua que pode contribuir para induzir ou manter a síndrome ⁽⁵⁾.

López-Jornet e col. (2011) realizaram um estudo em 65 doentes sobre a eficácia do protetor lingual com terapêutica de autocontrolo. Este protector desenhado à medida,

consiste num revestimento fino e transparente de polietileno, que recobre a língua desde a ponta até o seu terço posterior. Tem uma espessura de 0.1 mm e umas dimensões *standard* de 67x66 mm. Cada doente tinha de colocá-lo todos os dias, três vezes ao dia durante 15min num período de 2 meses, com o objetivo terapêutico de evitar o roçar contínuo contra os dentes ou dentaduras postiças. No final do período de 2 meses, os resultados indicaram melhoria clínica, pois os valores de intensidade de dor diminuíram significativamente ⁽³²⁾.

Os mesmos autores avaliaram a eficácia do mesmo, combinado com aloé vera (0.5 ml) e depois de três meses de observação, obtiveram melhoria no alívio dos sintomas ⁽⁵⁾.

Acupunctura

É um ramo da medicina tradicional chinesa usada no tratamento da dor crónica na medicina alternativa ocidental. Um estudo refere o resultado obtido após 8 semanas de tratamento com acupunctura, que obteve uma melhora de sintomatologia mas não da qualidade de vida. Mas quando este tratamento se realiza mensalmente, pode ajudar a reduzir a sintomatologia até 18 meses após terminar o tratamento ⁽³¹⁾. No entanto, a qualidade deste tipo de estudos é pobre, pelo que é recomendável continuar investigando ⁽³¹⁾.

Terapêutica cognitiva ou psicoterapia

A terapêutica cognitiva ou psicoterapia é indicada para tratar uma variedade de transtornos mentais como depressão, ansiedade, fobias e problemas de dor. Esta terapêutica consiste na possibilidade de que o doente seja capaz de relacionar os seus sintomas como resposta a alterações emocionais. O operador ajuda o doente a identificar o seu problema, examinar a realidade e conviver com a sua dor ⁽⁵⁾.

Num estudo clínico aleatório, realizaram terapêutica cognitiva em 15 indivíduos com SBA tendo-se obtido melhoria na intensidade da dor às 15 semanas em todos os doentes tratados. Estes autores reconhecem que os antecedentes psicológicos dos indivíduos podem influenciar no resultado da terapêutica cognitiva e sugerem uma abordagem individual necessária para a avaliação e tratamento da SBA ⁽⁵⁾.

Toxina botulínica

A neurotoxina botulínica do tipo A, é usada para tratar a dor neuropática devido ao efeito analgésico focal independente do seu efeito sobre o tônus muscular, possivelmente porque atua sobre a inflamação neurogénica. Foi estudado o efeito da injeção intradérmica em 4 indivíduos com SBA, nos dois terços anteriores da língua e no lábio inferior no período de tratamento de 6 meses, tendo-se observado que a sensação de dor tinha desaparecido às 48 horas após a última injeção depois dos 6 meses e os efeitos tiveram uma duração de 16-20 semanas mais. O tratamento foi sempre bem tolerado e não houve nenhum efeito adverso ⁽³⁴⁾. Este tipo de tratamento pode ser eficaz, duradouro e seguro para a SBA, particularmente em doentes que não respondem a outros tratamentos ⁽³⁴⁾.

6. CONCLUSÃO

A síndrome de boca ardente apesar de não ser uma condição recente continua sendo um desafio entre os médicos e os investigadores, pois até aos dias de hoje ainda não existe nenhum diagnóstico e tratamento definitivos.

Todos os autores concordam que a etiologia da SBA é multifactorial e o diagnóstico é complexo, e este deve ser feito por exclusão devido a um elevado número de sintomas associados à mesma. Porém não existe um protocolo, nem critérios de diagnósticos bem definidos.

Os sintomas que sofrem os indivíduos com SBA podem levar frequentemente à confusão com outras patologias da cavidade oral, pelo que tem de realizar-se um correto diagnóstico para a sua exclusão. Por isso é importante distinguir a forma primária da secundária desta síndrome.

Relativamente ao tratamento, não existe um tratamento universal, pois atualmente a SBA ainda não tem cura. As terapêuticas instituídas têm como objetivo o alívio dos sintomas apresentados pelos doentes e deste modo melhorar a qualidade de vida dos mesmos. A opção de tratamento mais recente é o uso da toxina botulínica que parece ser eficaz e

sem causar nenhum efeito adverso, mas são necessários mais estudos para a pesquisa da etiologia, patogênese e tratamento da SBA.

É importante esclarecer os doentes sobre a natureza desta condição de modo a que compreendam a patologia. Os doentes devem entender e aceitar o diagnóstico e não devem criar demasiadas expectativas assim como devem ter a noção de que os resultados podem variar de pessoa para pessoa. O nosso papel é primordial para ajudar os doentes a tranquilizá-los perante esta patologia que, por vezes, conduzem-nos a situações de ansiedade e stresse que agravam os sintomas.

Devemos sublinhar que a abordagem multidisciplinar é muito importante, envolvendo consultas/avaliações com Médicos Dentistas, Neurologistas e Psicólogos, para além dos exames laboratoriais que possam ser necessários, para assim poder realizar um tratamento mais específico e individualizado.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Cerchiari DP, Dutra De Moricz R, Sanjar FA, Rapoport PB, Moretti G, Guerra MM. Burning mouth syndrome: etiology Summary. *Braz J Otorhinolaryngol. Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cervico-Facial*; 2006;72(723):419–23.
2. Afonso A, Montandon B, Pinelli LAP, Rosell FL, Fais LMG. Síndrome da Ardência Bucal : avaliação e tratamento Burning Mouth Syndrome : evaluation and treatment. *Rev Odontol da Univ Cid São Paulo*. 2011;23(1):59–69.
3. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, De la Mano-Espinosa T. Complementary and alternative medical therapies in patients with burning mouth syndrome. *J Altern Complement Med*. 2011;17(4):289–90.
4. Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sanchez-Siles M, Gomez-Garcia F. Burning mouth syndrome: An update. *Med Oral Patol Oral y Cir Bucal*. 2010;15(4):e562–8.
5. Cahuana Bartra P, Herrero Babiloni A, Peñarrocha Diago M, privada Valencia P. Síndrome de la boca ardiente. *Rev Soc Esp DolorSupl II*. 2014;21(21):37–43.
6. Feller L, Fourie J, Bouckaert M, Khammissa RAG, Ballyram R, Lemmer J. Burning Mouth Syndrome: Aetiopathogenesis and Principles of Management. *Pain Res Manag. Hindawi*; 2017; 1–6.
7. Torgerson, R. (2010). Burning Mouth Syndrome. *Dermatol Therap*. Vol. 23, pp. 291-298.
8. 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;18(3).
9. Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome. *Am Fam Physician*.

2002;65(4):615–20.

10. Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I, Giamberardino MA. Update on burning mouth syndrome: Overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med.* 2003;14(4):275–91.
11. Aravindhana R, Vidyalakshmi S, Kumar M, Satheesh C, Balasubramaniam Am, Prasad Vs. Burning mouth syndrome: A review on its diagnostic and therapeutic approach. *J Pharm Bioallied Sci.* 2014;6(5):21.
12. Savage NW, Boras V V., Barker K. Burning mouth syndrome: Clinical presentation, diagnosis and treatment. *Australas J Dermatol.* 2006;47(2):77–83.
13. Gurvits GE, Tan A. Burning mouth syndrome. *World J Gastroenterol.* 2013;19(5):665–72.
14. Cárcamo Fonfría A, Gómez-Vicente L, Pedraza MI, Cuadrado-Pérez ML, Guerrero Peral AL, Porta-Etessam J. Síndrome de boca ardiente: descripción clínica, planteamiento fisiopatológico y una nueva opción terapéutica. *Neurología.* 2017;32(4):219–23.
15. Chimenos-Küstner E, Arcos-Guerra C, Marques-Soares MS. Síndrome de boca ardiente: claves diagnósticas y terapéuticas. *Med Clin (Barc).* 2013;142(8):370–4.
16. Marino, R., Torretta S., Capaccio P., Pignataro L., Spadari F. Different therapeutic strategies for burning mouth syndrome: preliminary data. *J Oral Pathol Med.* 2010. 39: 611-616.
17. Mitsikostas DD, Ljubisavljevic S, Deligianni CI. Refractory burning mouth syndrome: clinical and paraclinical evaluation, comorbidities, treatment and outcome. *J Headache Pain. The Journal of Headache and Pain,* 2017;18(1).
18. Perdomo Lovera M, Chimenos Küstner E. Síndrome de Boca Ardiente: actualización. Av

Odontoestomatol [Internet]. 2003;19(10):193–202.

19. Nasri-Heir C, Zagury J, Thomas D, Ananthan S. Burning mouth syndrome: Current concepts. *J Indian Prosthodont Soc.* 2015;15(4):300.
20. Mo X, Zhang J, Fan Y, Svensson P, Wang K. Thermal and mechanical quantitative sensory testing in chinese patients with burning mouth syndrome – a probable neuropathic pain condition? *J Headache Pain. The Journal of Headache and Pain;* 2015;16(1).
21. Kim M, Kho H. *Cjdr. Chin J Dent Res.* 2018; 21 (1): 9-19; doi: 10.3290/j.cdr.a39914
22. Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome: Differential diagnosis. *Dermatol Ther.* 2002;15(3):287–91.
23. Santos AC, Millo López S, López Rodríguez A. Síndrome de boca ardiente: actualización Burning mouth syndrome: update. Julio-Agosto. 2016;20(4):530–42.
24. Coculescu E.C, Manole G., Purcărea V.L., Coculescu B.I. Burning mouth syndrome: controversial place as a symptom of Oro-dental pathology. *J Med Life.* 2015;8 Spec Iss:34–7.
25. Snyder DJ, Bartoshuk LM, Science F, Sciences A. HHS Public Access. 2017;17(2):149–58.
26. Jääskeläinen SK. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome. *Clin Neurophysiol.* 2012;123(1):71–7.
27. Luciano-Muscio R., Gésime Oviedo J.M. Síndrome de boca ardiente, posibles factores etiológicos, diagnóstico y tendencias en el tratamiento. Revisión actualizada. *Acta Odontológica Venezolana* 2015; Vol. 53 (2).

28. Mock D., Chugh D. Burning Mouth Syndrome. *Int J Oral Sci.* 2010;2(1):1–4.
29. Marino R., Capaccio P., Pignataro L., Spadari F. Burning mouth syndrome: the role of contact hypersensitivity. *Oral Diseases* 2009. 15: 255-258.
30. Jääskeläinen SK, Woda A. Burning mouth syndrome. *Cephalalgia.* 2017;37(7):627–47.
31. Viglioglia PPA. Estomatodinia- Glosodinia. *Act Therap Dermatol.* 2005; 28: 397.
32. Zakrzewska J, Buchanan JAG. Search date January 2015 Selected treatments for burning mouth oral health. 2016;(January 2015):1–11.
33. Cheung D, Trudgill N. Managing a patient with burning mouth syndrome. *Frontline Gastroenterol.* 2015;6(3):218–22.
34. 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;17(3):277–82.
35. Restivo DA, Lauria G, Marchese-Ragona R, Vigneri R. Botulinum toxin for burning mouth syndrome. *Ann Intern Med.* 2017;166(10):762–3.

CAPÍTULO II – Relatório dos Estágios

1. INTRODUÇÃO

O Estágio do Mestrado Integrado 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 2017 a junho de 2018.

2. RELATÓRIO DAS DISCIPLINAS DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO

2.1 Estágio em Clínica Geral Dentária

O Estágio em Clínica Geral Dentária teve como objetivo a aquisição de competências que permitam a abordagem dos doentes de forma integrada, compreendendo a elaboração de diagnósticos, pronósticos e planos de tratamento baseados nos conhecimentos adquiridos, abrangendo as diferentes áreas que constituem a prática de Medicina Dentária, nomeadamente a área de dentisteria, endodontia, cirurgia oral, periodontologia, odontopediatria e reabilitação oral.

Este estágio foi realizado na Unidade Clínica de Gandra, no Instituto Universitário de Ciências da Saúde, tendo sido regido pela Professora Doutora Filomena Salazar e orientado e supervisionado pelo Doutor João Baptista, Doutora Sonia Machado e pelo Professor Luis Santos. Foram realizadas um total de 280 horas de trabalho entre o dia 13 setembro de 2017 e o dia 13 de junho de 2018 num período de 5 horas semanais, à quarta-feira das 19:00 às 00:00 horas. Os atos clínicos realizados apresentam-se na tabela 1 como operadora e assistente.

Tabela 1 – Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio em Clínica Geral Dentária.

ATO CLÍNICO	OPERADOR	ASSISTENTE	TOTAL
Dentisteria	4	5	9
Exodontia	5	6	11
Destartarização	2	3	5
Endodontia	4	2	6
Triagem	3	2	5
Total	18	18	36

2.2 Estágio em Clínica Hospitalar

O Estágio em Clínica Hospitalar teve como objetivo a aquisição de competências que permitiu melhorar a qualidade de trabalho e autonomia, além de interagir com doentes com limitações cognitivas e/ou motoras, doentes polimedicados e com patologias de várias especialidades médicas, permitindo correlacionar conceitos teóricos com a prática clínica.

Foi realizado no Centro Hospitalar de São João – Pólo de Valongo, regido pela Professora Doutora Ana Azevedo e pela Professora Mestre Rita. Perfazendo um total de 196 horas, cerca de 3 horas e 30 minutos semanais. Teve início no 14 de setembro de 2017 e finalizou o 14 junho de 2018, sendo realizado à quinta-feira das 9:00h até as 12:30h. Os atos clínicos encontram-se discriminados na tabela 2.

Tabela 2 – Número de atos clínicos realizados como operador e como assistente, durante o Estágio em Clínica Hospitalar

ATO CLÍNICO	OPERADOR	ASSISTENTE	TOTAL
Dentisteria	44	20	64
Exodontia	29	25	54
Destartarização	17	12	29
Endodontia	5	8	13
Triagem	13	5	18
Total	108	70	178

2.3 Estágio em Saúde Oral e Comunitária

O Estágio em Saúde Oral e Comunitária teve como propósito promover a saúde oral junto da comunidade, englobando a planificação, desenho e implementação de um programa de intervenção comunitária em conformidade com as directrizes do Programa Nacional de Saúde Oral (PNPSO).

Teve a duração total de 196 horas, à quarta-feira no horário das 9:00h até as 12:30h, com uma duração de 3 horas e 30 minutos semanais, sob a supervisão do Professor Doutor Paulo Rompante.

Numa primeira fase, desde o 13 de setembro até janeiro 2018 foi realizado a planificação e o desenho das intervenções nos diferentes grupos comunitários (grávidas, adultos seniores, portadores de HIV, crianças dos 0-5 anos, 6-7 anos e 8-9 anos e adolescentes), tendo decorrido nas instalações do Instituto Universitário de Ciências da Saúde (IUCS). Posteriormente o trabalho foi implementado na Escola de Barreiro, pertencente ao Agrupamento de Alfena. A intervenção consistiu na educação para a saúde oral, implementação da escovagem oral através de atividades lúdicas e pedagógicas, promover uma alimentação saudável, na recolha de dados epidemiológicos de todos os alunos da escola, devidamente autorizados pelos encarregados de educação.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS DAS ATIVIDADES DO ESTÁGIO

Os três diferentes estágios que compõem o estágio em Mestrado Integrado em Medicina Dentária foram muito enriquecedoras tanto a nível pessoal como a nível profissional. Permittiram solidificar e aperfeiçoar os conhecimentos teóricos e práticos até então aprendidos como o desenvolvimento de uma boa prática clínica e aquisição de uma maior segurança para o exercício profissional.