



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE ODONTOLOGIA

NATÁLIA SAMPAIO DE OLIVEIRA BRANDÃO

**SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL CAMINHOS PARA O DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO: relato de caso clínico**
BURNING MOUTH SYNDROME PATHWAYS FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT:
case report

SALVADOR

2024.2

NATÁLIA SAMPAIO DE OLIVEIRA BRANDÃO

SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL CAMINHOS PARA O DIAGNÓSTICO E

TRATAMENTO: relato de caso clínico

**BURNING MOUTH SYNDROME PATHWAYS FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT:
case report**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Thais Feitosa
Leitão de Oliveira Gonzalez

Co-Orientadora: Prof^a. Dr^a. Viviane
Palmeira da Silva

SALVADOR

2024.2

Dedico este trabalho a Deus, que foi meu sustento e força ao longo desses cinco anos de graduação, e aos meus pais, Marilene Brandão e Norlando Brandão, pelo amor e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

“Como posso retribuir ao Senhor toda a sua bondade para comigo?” (Salmos 116:12). Agradeço primeiramente a Deus, que me concedeu serenidade e força durante toda a trajetória até a conclusão deste trabalho. Sem sua benção e direção, nada disso seria possível.

De forma especial, agradeço aos meus pais, Marilene e Norlando, que, com dedicação incansável, sempre me proporcionaram tudo o que não tiveram, ensinando-me o valor da honestidade, da perseverança e do amor ao próximo. Essa conquista é, acima de tudo, nossa, pois vocês acolheram meu sonho e acreditaram em mim. Sou imensamente grata a Deus por ter vocês como meus pais. Amo vocês mais do que qualquer palavra escrita neste singelo agradecimento poderia expressar.

À minha madrinha, Marlene, que sonhou comigo, foi meu apoio constante e uma fonte inesgotável de encorajamento, deixo minha sincera gratidão.

Ao meu irmão, Kaio, pela confiança e apoio transmitidos.

Ao meu avô, Gabriel, por abençoar o meu sonho e estar sempre presente. Vô, você é meu maior exemplo de oratória e inspiração. Eu te amo muito!

À minha avó, Laura, por todo cuidado e carinho.

Aos meus avôs, seu Cazuza (in memoriam) e seu Aliço (in memoriam), sei que vocês vibram junto comigo nesta conquista.

À minha orientadora maravilhosa, Prof.^a Dr.^a Thais Feitosa, e à co-orientadora, Prof.^a Dr.^a Viviane Palmeira, minha admiração e agradecimento pela sabedoria, competência e paciência, fundamentais para a realização deste trabalho.

Agradeço aos amigos Lais, Malu's, Milena, Mengting, Thalita, Ricardo, Luan e Ingrid, por tornarem a jornada mais leve e pelas palavras carinhosas de incentivo.

Ao Dr. Rafael Brandão, responsável pelo meu primeiro estágio, agradeço pelas longas conversas e conselhos, que levarei comigo sempre.

Aos professores da graduação, que tanto contribuíram para a profissional que venho me tornando, sou imensamente grata por cada ensinamento. Em especial, ao meu mestre Adriano Perez, que iluminou minha jornada acadêmica.

À equipe de funcionários da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, especialmente às “meninas do carinho”, agradeço a gentileza e bom humor de todos os dias.

E, finalmente, a todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional, saibam que cada gesto e palavra de apoio foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

RESUMO

Introdução: A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é um distúrbio neuropático caracterizado por dor e sensação de queimação na mucosa oral clinicamente saudável, acompanhada de xerostomia, disgeusia e formigamento. Sua etiologia ainda não é totalmente clara, mas a principal teoria sugere que está ligada à desinibição trigeminal decorrente da perda da função do nervo corda do tímpano, ramo do nervo facial. Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo abordar, através de um relato de caso clínico, conhecimentos para o diagnóstico da SAB e sua conduta terapêutica. Relato de caso: Paciente do sexo feminino, 60 anos, faioderma, ASA I, relatou ardência em toda a boca. Após anamnese, exame físico e diagnóstico diferencial, foi confirmado o diagnóstico de SAB, iniciando-se o tratamento farmacológico e não farmacológico. Discussão: Diversas abordagens terapêuticas são sugeridas na literatura, e, no caso descrito, o uso do Ácido alpha lipóico combinado com fotobiomodulação apresentou resultados positivos, promovendo a remissão dos sintomas. Considerações finais: Para um manejo adequado, é necessário validar primariamente os sintomas relatados pelos pacientes acometidos. A partir disso, uma anamnese cuidadosa e um exame físico detalhado permitirão que se estabeleça um tratamento individualizado e eficaz.

PALAVRAS-CHAVE: Ardência bucal. Fotobiomodulação. Ácido lipoico. Estomatologia.

ABSTRACT

Introduction: Burning Mouth Syndrome (BMS) is a neuropathic disorder characterized by pain and a burning sensation in clinically healthy oral mucosa, accompanied by xerostomia, dysgeusia, and tingling. Its etiology is still not entirely clear, but the main theory suggests it is related to trigeminal disinhibition due to the loss of function of the chorda tympani nerve, a branch of the facial nerve. **Objective:** This study aims to present, through a clinical case report, insights into the diagnosis of BMS and its therapeutic approach. **Case Report:** A 60-year-old female patient, with fair skin, ASA I, reported a burning sensation throughout her mouth. After anamnesis, physical examination, and differential diagnosis, BMS was confirmed, and pharmacological and non-pharmacological treatments were initiated. **Discussion:** Various therapeutic approaches are suggested in the literature, and in the reported case, the use of alpha-lipoic acid combined with photobiomodulation yielded positive results, promoting symptom remission. **Final Considerations:** For proper management, it is essential to validate the symptoms reported by affected patients. Subsequently, a thorough anamnesis and physical examination will allow for the establishment of an individualized and effective treatment

KEY-WORDS: Burning mouth. Photobiomodulation. Lipoic acid. Stomatology.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 RELATO DE CASO	11
3 DISCUSSÃO	14
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE A – FLUXOGRAMA	
ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é um distúrbio de dor neuropática em mucosa clinicamente saudável, associada a uma sensação de queimação na mucosa oral com sintomas de xerostomia, disgeusia e formigamento, com manifestação diária, por pelo menos duas horas de sintomas por dia, com evolução mínima de três meses. Sua etiologia ainda não está bem estabelecida, porém, a teoria aceita atualmente sugere que ocorre uma desinibição trigeminal a partir da perda parcial ou total da função do nervo corda do tímpano, ramo do nervo facial, responsável pela aferência gustativa^{1,2}.

Pode estar associada a fatores locais como irritação mecânica ou química, hábitos parafuncionais e infecções orais, fatores sistêmicos - deficiências nutricionais e vitamínicas, distúrbios autoimunes, gastrointestinais, endócrinos, agentes farmacoterapêuticos, e fatores psicogênicos. Os pacientes diagnosticados com a SAB tem demonstrado um perfil psicológico semelhante, com altos níveis de estresse, ansiedade, depressão e instabilidade emocional. Estes fatores apresentados podem induzir e contribuir para o aparecimento dos sintomas relacionados com a síndrome^{1,3}.

Pode ser classificada em primária e secundária. A SAB primária é classificada como idiopática, na qual nenhum fator sistêmico ou local é encontrado e suas subdivisões são: Neuropatia periférica de fibras de pequeno diâmetro da mucosa oral, patologia envolvendo o sistema lingual, mandibular ou trigeminal e dor central que pode envolver a hipofunção de neurônios dopaminérgicos nos gânglios da base. A SAB secundária é decorrente de fatores locais e sistêmicos, também dividida em subgrupos, no primeiro é associada a doenças sistêmicas como diabetes, no segundo os pacientes relatam que, a dor está presente o tempo todo gerando dificuldade para dormir, normalmente associada a fatores psicológicos e por fim o terceiro subgrupo, no qual está relacionada a reações alérgicas ou fatores locais^{4,5}.

Os pacientes acometidos pela SAB podem também ser classificados em oligossintomáticos ou monossintomáticos, apresentando sintomas como sensação

de alfinetadas ou boca escaldada e inchada, as regiões mais acometidas são os dois terços anteriores da língua, palato duro anterior e a mucosa do lábio inferior⁴.

O diagnóstico da SAB é desafiador devido ao caráter multifatorial, então se faz necessário uma anamnese detalhada e o diagnóstico diferencial para exclusão de outras possíveis alterações mais comuns de causar a sintomatologia de ardência intraoral, além disso é válido afirmar que o diagnóstico da síndrome é clínico. Após o seu diagnóstico e classificada o seu tipo, será efetuado plano de tratamento, podendo ser utilizados agentes farmacológicos, fotobiomodulação, acupuntura e psicoterapia⁶.

Atualmente o aumento na frequência dos casos da SAB tem gerado ao cirurgião dentista a necessidade de aperfeiçoamento e qualificação sobre o diagnóstico e manejo dessa doença, de etiologia multifatorial, nas quais se encontram os fatores psicogênicos, sistêmicos, hormonais, irritantes locais, uso de fármacos. Por ser de difícil diagnóstico, apresentando alguns sintomas como, ausência de lesões aparentes, sensação de formigamento, coceira e queimação, nos quais podem confundir a análise clínica sendo indispensável uma anamnese minuciosa e seu plano de tratamento irá variar de acordo com o histórico e avaliação da sintomatologia e seus impactos na qualidade de vida de cada paciente^{3,5}.

O presente trabalho tem como objetivo abordar através de um relato de caso clínico, conhecimentos para o diagnóstico da SAB e sua conduta terapêutica.

2 RELATO DE CASO

A participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com os critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O caso clínico relatado a seguir foi conduzido em conformidade com a Declaração de Helsinki, inserido na Plataforma Brasil e está sob análise no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

Paciente do sexo feminino, 60 anos, faioderma, ASA I, em período climatério, com diagnóstico de refluxo gastroesofágico, compareceu a clínica odontológica particular em setembro de 2023, apresentando como queixa principal ardência em toda boca, relatou que os sintomas começaram a cerca de dois meses, a paciente relatou ardência e dor em língua com maior severidade em borda lateral de língua do lado esquerdo, desde então tem sentido dificuldade para se alimentar e para dormir. A mesma não estava em uso de reposição hormonal e sem medicação para o estômago, porém, fazia uso da melatonina por conta própria e de Cloridrato de Sertralina de 50mg, uma vez por dia.

Ainda na anamnese, foram colhidas informações sobre a rotina, na qual foi relatado estar passando por momentos familiares delicados que vinham lhe causando episódios de estresse, mora sozinha, tem poucos momentos de lazer e convívio social, a mesma informou já ter sido diagnóstica com apertamento, que lhe causa dores na face, tem a placa miorrelaxante, mas não usa rotineiramente. Por conta da sua sintomatologia já tinha procurado dermatologista e oncologista, porém sem sucesso na sua melhora.

Ao exame físico intrabucal não foram evidenciadas alterações em língua, mucosas que justificassem a presença de sintomatologia relatada pela paciente. Foram avaliados exames laboratoriais para descartar possíveis fatores sistêmicos como anemia, avitaminoses e analisar o metabolismo glicêmico, não foram observadas alterações laboratoriais. Diante da ausência de sinais e de exames laboratoriais que nos fizessem pensar em outra doença, por exclusão foi feito o diagnóstico de Síndrome da Ardência Bucal.

Na escala visual analógica da dor (EVA), relatou dor 8/10. Inicialmente a conduta adotada foi o uso de Dexametasona elixir (0,1 mg/ml) para bochecho de 10 ml duas vezes por dia, Propionato Clobetasol 0,05 % em orabase formulado, uso tópico, em região posterior de língua do lado esquerdo e o Ácido alpha lipóico 300mg por 30 dias, duas cápsulas pela manhã em jejum. Na consulta de acompanhamento após 15 dias, a paciente relatou melhora considerável durante cinco dias, dor na escala EVA 6/10, porém, uma dor mais localizada na parte posterior da língua do lado esquerdo, sentiu que agravou após alimentação com mariscos e depois uma amenizada. A conduta adotada nesse momento foi manter a posologia do Ácido alpha lipóico, a suspensão de alimentação com mariscos e foi adicionado a Capsaicina em gel 0,025%, uso tópico, aplicando 3 vezes ao dia na mucosa.

No segundo mês de tratamento, a mesma percebeu melhora, com dor 4/10 na escala EVA, não relatou queixas álgicas durante o dia e foi evidenciado melhora no seu aspecto físico e psicológico. Como conduta terapêutica foi continuar com o Ácido alpha lipóico 300mg, 02 cápsulas ao dia em jejum, por mais 30 dias e Capsaicina em gel 0,025% até completar os 30 dias de uso.

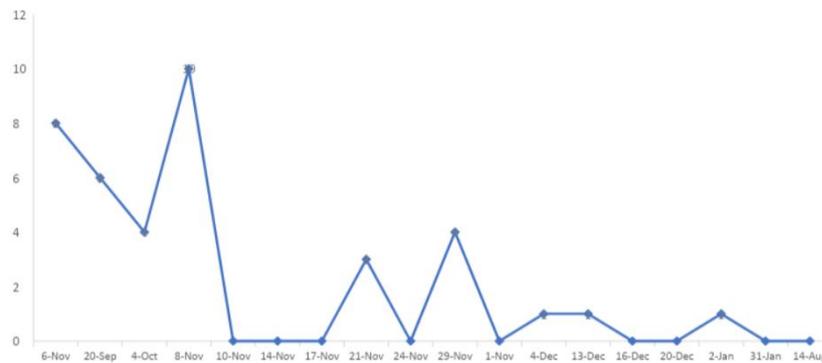
Após 34 dias, a paciente reportou retorno significativo da sintomatologia dolorosa, sua dor foi intensificada cerca de três vezes em relação a sua última consulta. A mesma informou não ter utilizado a Capsaicina da forma prescrita e além disso, relatou ter passado por episódios de stress nos últimos dias com evolução na sintomatologia após o ocorrido. Como conduta, inicialmente a paciente foi conscientizada sobre a importância de aderir o tratamento com compromisso, optamos pelo desmame da Capsaicina em gel 0,025%, 1 vez ao dia durante 15 dias, mantivemos o Ácido alpha lipóico e adicionamos a terapia não farmacológica com a fotobiomodulação com 12 sessões, sendo 2 sessões por semana. Na mesma consulta foi realizada a 1º sessão de fotobiomodulação 4 Joules Infravermelho e Vermelho (4J IV e V) em região dolorosa de língua bilateralmente.

Dando seguimento ao tratamento, foi realizado as 12 sessões de fotobiomodulação, 4 J IV e V, em regiões dolorosas sendo três pontos do lado esquerdo e dois no lado direito, ao decorrer dessas sessões a paciente obteve uma melhora de dor na escala EVA de 1/10, relatou melhora no sono e no seu bem-estar, porém, foi evidenciado

nesse período que a sintomatologia voltava quando ela passava por picos de estresse. Com essa observação, optamos por incluir mais um tratamento não farmacológico, a psicoterapia com abordagem Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), com o intuito de complementar o seu tratamento da SAB.

Após três meses de tratamento, paciente evolui sem queixas álgicas durante um mês, relatou sentir-se bem, com o tratamento houve uma melhora direta na sua qualidade de vida, mantém a psicoterapia e atividade física, relata estar aprendendo a “beber a vida aos pouquinhos”, trabalhando menos e priorizando os momentos com a família e amigos. Diante da remissão dos sintomas com o uso da fotobiomodulação (figura 1), a paciente recebeu alta, retornou para consulta de controle após oito meses, continua assintomática e cuidando da saúde física e mental. Diante do quadro, a conduta clínica será um acompanhamento semestral.

Figura 1 - Escala de dor EVA



Fonte: Própria autora.

3 DISCUSSÃO

A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é uma condição ainda pouco elucidada na sua etiologia e plano de tratamento, e que embora não seja rara, impacta significativamente a qualidade de vida dos pacientes acometidos. Estudos indicam que não há evidências científicas suficientes para determinar com precisão sua etiologia, a SAB é mais prevalente em indivíduos de do sexo feminino de meia idade e pós - menopausa. Pacientes que apresentam frequentemente perfil psicológico semelhante, marcado por altos níveis de estresse e ansiedade, e muitos desenvolvem oncofobia, depressão e hipocondria, especialmente devido à demora no seu diagnóstico e à ausência de resolução para suas queixas⁷.

A sensação de ardência relatada nesses casos é característico da SAB, a literatura reporta que essa sensação é mais frequente na língua, mas pode ocorrer em qualquer parte da mucosa intraoral. Geralmente, essa sensação é bilateral, embora, em raras ocasiões, possa ser unilateralmente e não obedecer às distribuições nervosas periféricas. Além da ardência, os pacientes podem relatar distorção do paladar (disgeusia), diminuição do paladar (hipogeusia) ou boca seca (xerostomia), mesmo com a produção salivar normal. No presente caso, a paciente apresentava maior sintomatologia unilateral, o que não é o mais comum reportado pela literatura⁸.

O diagnóstico da SAB é desafiador, pois os sintomas de ardência e queimação na mucosa bucal não são exclusivos da SAB. Isso ressalta a importância do conhecimento do cirurgião-dentista sobre esta condição para que ela não continue sendo constantemente subdiagnosticada, pensando na possibilidade de diagnósticos diferenciais. O exame é considerado soberano, com isso, é necessária uma anamnese detalhada para construção da história da doença atual e história médica odontológica para avaliar se existe uma correlação ao exame físico ou não, pois muitas vezes a queixa não consegue ser relacionada com o exame intrabucal, como é o caso da paciente relatada em que a mesma apresentava queixa de ardência na mucosa, porém, o exame físico intrabucal não revelou alterações que justificasse a sua sintomatologia⁹.

O diagnóstico diferencial deve levar em consideração dores orofaciais crônicas e doenças bucais dolorosas, tais como ulceração aftosa recorrente, candidíase, Síndrome de Sjögren e outras causas de hipossalivação. Para os caminhos do diagnóstico, outras condições sistêmicas também devem ser consideradas, como alterações hormonais, deficiências vitamínicas, uso de medicamentos e diabetes mellitus¹⁰. No caso da paciente relatada, não foram observadas alterações nos exames laboratoriais, nem a presença de doenças de base ou o uso de fármacos que poderiam influenciar o fluxo salivar. No entanto, ela apresentava sinais de fragilidade emocional. Dessa forma, a primeira etapa do tratamento consistiu no uso de corticosteroide tópico, com a Dexametasona elixir, visando eliminar uma possível causa inflamatória para o quadro de ardência relatado. Após a persistência dos sintomas, foi possível estabelecer o diagnóstico de Síndrome da Ardência Bucal.

Para elaboração do manejo odontológico da SAB deve-se inicialmente esclarecer ao paciente de que não se trata de uma doença maligna, enfatizando para que ele não estabeleça a correlação da dificuldade do diagnóstico com possibilidade de câncer, pois a cancerofobia é muito presente nesses indivíduos. Reportar sobre as dificuldades do tratamento e cura, mas que os sinais e sintomas podem ser amenizados. Além disso, é imprescindível detectar se a SAB é primária ou secundária, sendo identificada como secundária as alterações locais, sistêmicas e psicológicas devem ser tratadas para remissão ou suavização dos sintomas⁹. O caso descrito trata de uma SAB primária, caracterizada por sua complexidade devido à etiologia desconhecida e à ausência de fatores predisponentes associados.

Para acompanhamento da sintomatologia, é necessário que o cirurgião-dentista busque formas de controlar e avaliar a eficácia das terapêuticas possíveis. O uso da escala visual EVA é uma excelente ferramenta, pois permite que o profissional avalie o impacto da doença na qualidade de vida dos pacientes. Essa ferramenta se mostra muito importante no manejo de doenças que apresentam mais sintomas do que sinais. Como foi exposto no decorrer do relato e na Figura 1, a escala visual EVA nos permite monitorar e acompanhar a remissão da sintomatologia apresentada pela paciente⁷.

A literatura sugere diversas abordagens terapêuticas, sendo o Ácido alpha lipóico e o Clonazepam os mais respaldados cientificamente. Entretanto, o estudo realizado por Moraes, et al¹¹. (2012), observaram que, mesmo na forma tópica, alguns pacientes tratados com Clonazepam relataram efeitos colaterais, como sonolência, o que dificultou a adesão ao uso do fármaco. Visando uma opção terapêutica que apresentasse mínimos efeitos colaterais adversos, foi prescrito para a paciente relatada o uso de Ácido alpha lipóico, um agente antioxidante que atua como neuroprotetor, impedindo o aumento dos níveis intracelulares de glutathione e neutralizando os radicais livres gerados em situações de estresse. Estudos mostram que o uso dessa substância proporciona uma melhora significativa dos sintomas após dois meses de tratamento⁴.

Outra alternativa terapêutica é a Capsaicina tópica, ela atua reduzindo o acúmulo da substância P e outros neurotransmissores, dessensibiliza os nociceptores do tipo C, aliviando, dessa forma, a sensação de queimação⁴. Em um estudo realizado por Carvalho, et al⁷. (2017), identificaram um efeito imediato na redução dos sintomas, cerca de 50%. No entanto alguns pacientes abandonaram o tratamento devido ao efeito adverso local. A Capsaicina é extraída da pimenta e pode causar reações alérgicas em alguns pacientes. Além disso, muitos interrompem o tratamento porque, nos primeiros três dias de uso, ocorre uma intensificação temporária dos sintomas antes da melhora⁴.

Além do tratamento medicamentoso, a fotobiomodulação tem se mostrado uma opção eficaz como terapia coadjuvante no tratamento da SAB. Para obter melhores resultados, recomenda-se a aplicação da fotobiomodulação de forma mais frequente, ou seja, três vezes por semana durante três semanas. Acredita-se que a ação analgésica da terapia fotodinâmica esteja relacionada à inibição dos mediadores da dor e ao aumento do potencial de membrana, o que reduz a velocidade de condução do impulso nervoso¹⁰. Em um estudo, Arbabi-Kalati, et al¹². (2015), relataram uma melhora significativa nos sintomas da SAB e na qualidade de vida dos pacientes tratados com fotobiomodulação. Por outro lado, Pezelj-Ribaric, et al¹³. (2013), não encontraram diferenças nos sintomas da SAB entre os pacientes tratados com laser em comparação ao grupo controle placebo. No caso relatado, foram prescritas 12 sessões de fotobiomodulação, com duas sessões por semana.

Observou-se uma melhora na sintomatologia da paciente ao longo das sessões, o que pode ser acompanhado pela escala EVA (Figura 1).

A SAB apresenta-se de forma multifatorial, sendo um dos fatores o componente psicogênico, que afeta o bem-estar físico, mental e social. Por essa razão, os aspectos psicológicos dos pacientes devem ser considerados¹⁴. No caso em questão, tivemos uma paciente que enfrentava intensos picos de estresse, o que se configurava como um fator intensificador de sua sintomatologia. Nessas situações, podemos optar por terapias coadjuvantes, como a psicoterapia com abordagem de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que pode contribuir de maneira complementar para um melhor resultado no tratamento.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, podemos afirmar que a SAB não é uma condição rara, e é fundamental que o cirurgião-dentista tenha conhecimento sobre a mesma para evitar que ela continue a ser subdiagnosticada. Embora a literatura não apresente um protocolo específico com etapas detalhadas para o tratamento, é inquestionável que, para um manejo adequado, é necessário validar primeiramente os sintomas relatados pelos pacientes acometidos. A partir disso, uma anamnese cuidadosa e um exame físico detalhado permitirão que se estabeleça um tratamento individualizado e eficaz.

REFERÊNCIAS

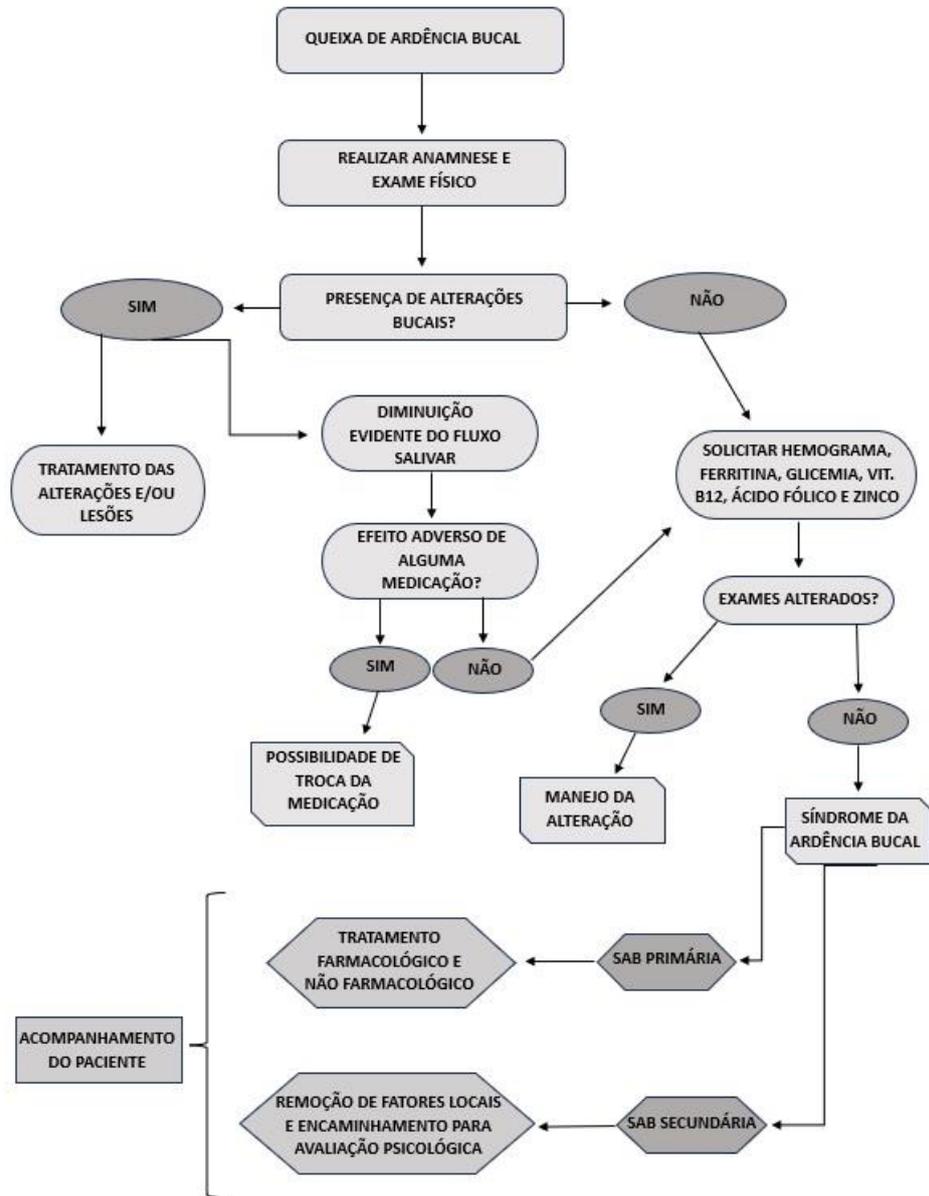
- 1- Pereira SR, Tello Velasquez J, Duggan S, Ivanisevic B, McKenna JP, McCreary C, Downer EJ. Recent advances in the understanding of the etiology and therapeutic strategies in burning mouth syndrome: Focus on the actions of cannabinoids. *Eur J Neurosci.* 2022; 55(4): 1032-50. DOI: 10.1111/ejn.14712.
- 2- Russo M, Crafa P, Guglielmetti S, Franzoni L, Fiore W, Di Mario F. Burning mouth syndrome etiology: A narrative review. *J Gastrointestin Liver Dis.* 2022; 31(2): 223-8. DOI: 10.15403/jgld-4245
- 3- Lima ENA, Barbosa NG, Santos AC, Lemos TMAM, Souza CM, Trevilatto PC, Silveira EJ, Medeiros AM. Comparative analysis of psychological, hormonal, and genetic factors between burning mouth syndrome and secondary oral burning. *Pain Med.* 2016; 17(9): 1602-11. DOI: 10.1093/pm/pnv087.
- 4- Souto YS, Dias CA, Silva VDU, Feitosa T, Martins APVB. Síndrome da ardência bucal: uma abordagem de interesse clínico. *Rev. Fac. Odontol. Univ. Fed. Bahia.* 2022; 52(1): 98-110. DOI: 10.9771/revfo.v52i1.48838.
- 5- Meneguete AF, Morais PC, Guimarães AS, Rodrigues L, Cruz MM. Percepção da dor e qualidade de vida na síndrome da boca ardente. *BRJP.* 2020; 3(2): 153-7. DOI: 10.5935/2595-0118.20200027.
- 6- Moghadam-Kia S, Fazel N. A diagnostic and therapeutic approach to primary burning mouth syndrome. *Clin Dermatol.* 2017; 35(5): 453-60. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2017.06.006.
- 7- Carvalho VJG, Gallo CB, Sugaya NN, Domaneschi C. Clinical characteristics and therapeutic response in patients with Burning Mouth Syndrome: accompanying 2 years. *Rev. Odontol. UNESP.* 2017; 46(1): 45-50. DOI: 10.1590/1807-2577.00416.
- 8- Pereira RABM. Eficácia de diferentes tratamentos para a síndrome da ardência bucal: revisão sistemática e metanálise em rede. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2022. (146p.).
- 9- Coculescu EC, Radu A, Coculescu BI. Burning mouth syndrome: a review on diagnosis and treatment. *J. Med. Life.* 2014; 7(4): 512-5.
- 10- Souza IF, Mármora BC, Rados PV, Visioli F. Treatment modalities for burning mouth syndrome: a systematic review. *Clin Oral Investig.* 2018; 22: 1893-1905. DOI: 10.1007/s00784-018-2454-6.
- 11- Moraes M, Bezerra BAM, Rocha PC, Soares ACAO, Pinto LP, Costa ALL. Ensaio clínico randomizado para o tratamento da síndrome da boca ardente: uma revisão da literatura baseada em evidências. *J. Oral. Pathol. Med.* 2012; 41(4): 281-7. DOI: 10.1111/j.1600-0714.2011.01100.

12- 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; 7(4): 524-7. DOI: 10.4317/jced.52298.

13- Pezelj-Ribaric S, Kqiku L, Brumini G, Urek MM, Antonić R, Kuis D, Glazar I, Stadtler P. Proinflammatory cytokine levels in saliva in patients with burning mouth syndrome before and after treatment with low-level laser therapy. *Lasers Med Sci*. 2013; 28(1): 297-301. DOI: 10.1007/s10103-012-1149-5.

14- Kolkka-Palomaa M, Jääskeläinen SK, Laine MA, Teerijoki-Oksa T, Sandell M, Forssell H. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome with special focus on taste dysfunction: a review. *Oral Dis*. 2015; 21(8): 937-48. doi: 10.1111/odi.12345.

APÊNDICE A – FLUXOGRAMA



ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

– DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL CAMINHOS PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO: relato de caso clínico.

Pesquisador Responsável: Thais Feitosa Leitão de Oliveira Gonzalez

Área Temática:

Versão: 1

CAAE:

Submetido em: 17/10/2024

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Situação da Versão do Projeto: Em Recepção e Validação Documental

Localização atual da Versão do Projeto: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública - FBDC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

