

Síndrome da Ardência Bucal: aspectos clínicos e tratamento

*Burning Mouth syndrome:
clinical aspects and treatment*

Gabriella M. R. Oliveira

Helene S. C. Pereira

Geraldo O. Silva-Júnior

Bruna L. S. Picciani

Ruth T. Ramos

Silvana G. Pestana

Marília H. Cantisano

Resumo

A síndrome da ardência bucal é uma condição caracterizada pela sensação de queimação da mucosa oral, sem que uma causa física possa ser detectada. Assim, pode ser constituída como uma condição mórbida relevante por ser definida como uma dor crônica de difícil diagnóstico e tratamento, frequente em todo o mundo e que acomete aproximadamente 15% das pessoas idosas e de meia idade, principalmente mulheres. A queimação ocorre frequentemente em mais de uma área, sendo a língua o local mais acometido. Diversos fatores são apontados como possíveis desencadeadores dessa condição e muito se discute sobre a importância de fatores psicogênicos na sua etiologia, como ansiedade e depressão. Não há tratamentos estabelecidos e padronizados, sendo necessário na maioria das vezes, abordagem multidisciplinar de diversos profissionais. A síndrome da ardência bucal está associada a sinais clínicos e achados laboratoriais normais. Sua etiologia é considerada controversa e denominada multifatorial por

muitos estudos, os quais incluem como agentes causais fatores locais, neuropáticos, psicológicos e sistêmicos. Tais controvérsias tornam o diagnóstico diferencial difícil, principalmente se o cirurgião-dentista não tiver conhecimento a respeito da síndrome. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é apresentar, por meio de uma revisão de literatura, as principais características da síndrome da ardência bucal, indicar os procedimentos que podem ser úteis ao diagnóstico, além das modalidades terapêuticas disponíveis, no intuito de ampliar o conhecimento dos profissionais da área da saúde para que os pacientes acometidos possam beneficiar-se do tratamento adequado, apoio e confiança profissional, sempre objetivando a melhor qualidade de vida do paciente.

Descritores: *Síndrome da ardência bucal; Queimação bucal; Dor; Cavidade oral.*

Abstract

The Burning Mouth Syndrome (BMS) is characterized by an intense burning sensation

in the mouth mucosa and on examination an apparent healthy looking can be seen. So, it is classified as a chronic pain syndrome condition that mainly affects approximately 15% of the elderly and middle-aged women. The diagnosis and treatment are often very difficult and often worldwide affecting. Several factors can be possible triggers of this condition and interactions among, systemic, and/or psychogenic factors, such as anxiety, affliction and depression, must be considerate. There are no established treatments and in most cases should be tailored to each patient and may best be managed in a multidisciplinary approach. The BMS etiopathogenesis seems to be complex and is associated with normal clinical and laboratory findings. It has been considered a multifactor and controversial condition by many studies, which include, local factors, neuropathic, psychological and systemic agents. The BMS diagnosis is mainly clinic. In the manifest of any local injury, the BMS is discarded. The treatment always includes palliative measures, specifically focused on the signs and symptoms expressed by the patient. These peculiarities make the differential diagnosis difficult, especially if the dentist doesn't have a previous experience in BMS. The aim of this paper is to present a literature review that includes the modalities available of the clinical features of Burning Mouth Syndrome and indicate the procedures that may be useful for diagnosis and therapeutic to increase knowledge for health professionals and benefit on patients treatment to propitiate a better quality of life.

Keywords: *Burning mouth syndrome; Burning mouth; Pain; Oral cavity.*

Introdução

A síndrome da ardência bucal (SAB) é uma entidade nosológica descrita como sensação de dor não neuropática com localização intraoral segundo a International Association for the Study of Pain.¹ Refere-se, ainda, a uma desordem dolorosa crônica orofacial geralmente desacompanhada por lesões nas mucosas ou outros sinais

clínicos de doenças orgânicas.²

É uma condição relativamente comum (proporção de cinco pessoas para cada 100.000 indivíduos), sendo acometidos cerca de 1,3 milhões de adultos americanos. Ocorre mais frequentemente em mulheres pós-menopausa e pessoas idosas ou de meia idade. Todas as etnias são acometidas, bem como todas as classes socioeconômicas.³

A etiologia da SAB ainda é desconhecida⁴ e dividida por diversos autores em fatores locais, sistêmicos e psicogênicos, o que evidencia o seu caráter multifatorial.^{4,5}

O objetivo deste trabalho é apresentar, por meio de uma revisão de literatura, as principais características da SAB, indicar os procedimentos que podem ser úteis ao diagnóstico, além das modalidades terapêuticas disponíveis, no intuito de ampliar o conhecimento dos profissionais da área da saúde para que os pacientes acometidos possam beneficiar-se do tratamento adequado, apoio e confiança profissional, sempre objetivando sua melhor qualidade de vida.

Etiologia

Estudos sistemáticos de revisão foram descritos como forma de abordar a complexidade da doença em seu aspecto causal e as diversas formas de tratamento.⁵ Nestes estudos, as etiologias da SAB são descritas englobando múltiplos fatores, como as de origem sistêmica, que ocorrem por alterações das glândulas salivares, disfunções endócrinas, medicamentosas, neurológicas e nutricionais; as de origem localizada, nas quais são englobadas as dentárias, alergênicas e infecciosas; as etiologias de ordem psicogênica, descritas por quadros de depressão, ansiedade, cancerofobia e transtorno obsessivo compulsivo; e a de origem idiopática, na qual não se estabelece nenhuma causa. Devido às sintomatologias envolverem a cavidade oral em seu aspecto sensitivo, pesquisas atuais tendem a relacionar a SAB a uma base neuropática resultante de disfunções que afetam as vias neurais.⁶

Aspectos clínicos

A SAB é uma doença que se caracteriza por queimação e/ou dor constante na boca sem que esteja associada a lesões na cavidade oral. Apresenta maior incidência em mulheres,⁷ ocorrendo mais frequentemente na meia-idade.⁸ A ardência ou queimação pode ser de grau variável, sendo intensificada no decorrer do dia.⁹ A queimação ocorre na maioria das vezes, em mais de uma área,¹⁰ sendo a língua citada como a estrutura mais comprometida,¹⁰ podendo ainda atingir outras regiões da cavidade oral como lábios, palato, gengiva e mucosa jugal,⁸ com menor frequência o assoalho da boca¹¹ e orofaringe.⁸ O termo síndrome é referido pelo fato da SAB ser descrita em associação simultânea da ardência com outros sintomas subjetivos, como xerostomia e disgeusia.¹²

Estudos foram realizados para se levantar as características clínicas desses pacientes, nos quais são identificados prevalência do gênero feminino, faixa etária entre 50 a 70 anos, sintomas específicos de dor, queimação e ardência, além de sintomas associados como xerostomia, alteração do paladar e olfato.^{9,10}

Foi realizado um estudo clínico no qual se fez um levantamento das características gerais dos pacientes com queixa de ardência bucal.¹⁰ Nesta pesquisa, 17 pacientes foram avaliados, sendo 15 mulheres e 2 homens. A idade variou de 22 a 87 anos, e a língua foi referida como a região mais acometida. As características dessa amostra foram: doenças sistêmicas, alergias a alimentos e/ou medicamentos, depressão e ansiedade, edentulismo, xerostomia e disfunções temporomandibulares (DTMs); muitos destes em comorbidade com hiperalgia do músculo masseter.^{10,11}

Em outro estudo, pesquisadores realizaram um levantamento de 100 casos, cujas variáveis consideradas foram sexo, idade, cor e fármacos utilizados. A variação de idade foi de 31 a 90 anos, com maior incidência na faixa etária entre 51 a 70 anos. Do total de pacientes dessa amostra, 85 eram mulheres, indicando maior prevalência no sexo feminino. Ainda neste es-

tudo, foi observada uma frequência de 78% da utilização de fármacos, sendo mais expressivos os anti-hipertensivos e psicotrópicos. Alguns estudos descrevem a associação entre vários medicamentos e a SAB.¹³

As características clínicas de uma amostra brasileira com queixa de ardência bucal foram estudadas.¹⁰ Foram avaliados 66 pacientes, dentre os quais 46 eram mulheres, e a idade variou de 35 a 83 anos. A região mais acometida foi a língua, e a maioria dos participantes da amostra apresentou doença crônica associada e, ainda, edentulismo, xerostomia, distúrbios do sono e alteração do paladar. Outro estudo foi realizado para verificação das características clínicas da SAB, relacionando estas às espécies de *Candida* em cavidade oral. No total de 31 sujeitos avaliados, 28 eram do gênero feminino, a maioria em uso medicamentoso. A língua foi citada como a região mais afetada, 83,8% dos casos referiram sintomas associados com boca seca, lábios secos e disgeusia, 29% dos casos relataram mudança em hábitos alimentares, já que os sintomas interferiam na vida social e nas funções orais, foram relatados fatores de piora por alimentos cítricos e picantes em 87% dos casos.¹⁴

Outro estudo teve por objetivo avaliar uma amostra de 83 sujeitos e compará-la com os registrados na literatura.¹⁵ Os dados avaliados foram: sintomatologia, localização, tempo de evolução, doenças sistêmicas e medicamentos utilizados. Os resultados mostraram que, do total de 83 indivíduos, 75 eram do sexo feminino. Foram associadas enfermidades como: transtornos psicológicos, alterações hormonais, patologias cardiovasculares e gastrointestinais e utilização de prótese dentária. No aspecto localização da ardência, todos os sujeitos pesquisados referiram a língua como local mais afetado, seguido dos lábios, principalmente em região inferior e, em menor proporção, outras áreas da cavidade oral. Cita ainda, a tensão emocional como fator agravante do sintoma de ardência, além de fatores desencadeantes como mastigar determinados tipos de alimentos e a ingestão de bebidas ou alimentos muito quen-

tes ou frios que podem agravar ou diminuir o sintoma de ardência.¹⁶

Os sintomas da SAB são referidos pelos pacientes das mais diversas formas no intuito de demonstrar o desconforto no decorrer de sua doença. Usualmente denominam os sintomas como ardência, dor, queimação, formigamento,¹⁷ coceira, sensação de alfinetadas ou corpo estranho, inchaço e sensação de boca escaldada.¹⁸ Dentre os sintomas associados, a xerostomia é frequentemente relacionada às queixas dos pacientes com SAB.¹⁹ Vale a pena citar que apesar da queixa subjetiva de boca seca, alguns estudos não evidenciam, de fato, uma hipossalivação.^{20,21} Outros referem que, dentre as inúmeras causas da sensação de boca seca, esta poderia estar relacionada ao fato desses pacientes fazerem uso de grande quantidade de medicamentos e que isso justificaria a xerostomia nesses indivíduos.^{16,22} A disgeusia, que significa uma alteração do paladar, é outro sintoma que aparece com frequência nas queixas dos indivíduos com SAB.²² Estudos referem que tal alteração do paladar pode ser percebida pelos indivíduos como um gosto “fantasma”, amargo ou “metálico”.¹⁷

Maltsman-Tseikhin et al organizaram uma classificação sistemática para SAB, onde duas variantes podem ser conhecidas: a *primária*, caracterizada como idiopática e não neuropática; a *secundária*, associada a instabilidade orgânica ou terapêutica (como anormalidades psiquiátricas e neurológicas, neuropatias ou deficiências vitamínicas induzidas por droga), ou definida também como ‘sensação de boca ardida’. Baseado nessa classificação, Maltsman-Tseikhin et al também criaram uma subclassificação de acordo com a variação diária dos sintomas,⁵ como:

- SAB I (35%) – sensação de dor por ardência todos os dias, não presente ao acordar, mas se desenvolvendo durante o dia, alcançando seu máximo à noite. Tipo não psiquiátrico;
- SAB II (55%) – sensação de dor por ardência constante, diariamente durante

todo dia, sendo resistente aos tratamentos. Envolve distúrbios psiquiátricos como ansiedade crônica;

- SAB III (10%) – sensação de dor por ardência intermitentemente, possuindo intervalos livres de dor, afetando áreas específicas na boca. Os pacientes são considerados psicologicamente normais.

Diagnóstico

Com relação à intensidade dos sintomas, o método de mensuração mais usual referido na literatura se faz através de uma escala visual analógica, sendo bastante utilizada na prática clínica para verificação da evolução dos parâmetros relativos à dor crônica.^{16,22} Tal instrumento é quantificado com variação numérica de 0 a 10, e sua quantificação é nomeada como leve, moderada e grave,²⁷ sendo a intensidade dos sintomas descrita como moderada a elevada. Já a ocorrência da ardência é descrita como contínua ou intermitente com períodos de intensidade, sendo encontrado na literatura estudo demonstrando variabilidade nestes aspectos.²²

As queixas referentes às funções orais são descritas pelo agravamento da sintomatologia no ato de falar e no consumo de alimentos quentes, ácidos e picantes; no alívio ou desaparecimento do sintoma com a ingestão de bebida e comida fria e, ainda, que a ingestão de bebidas ou alimentos com temperaturas extremas podem agravar ou aliviar os sintomas.²¹

Muitos estudos referem que os hábitos parafuncionais ou deletérios podem ser fatores desencadeantes da SAB ou agravantes do sintoma de ardência. Dentre os vários hábitos citados, os de empurrar a língua contra os dentes e o bruxismo ou “apertamento dental” são constantemente mencionados.²¹ A literatura faz referência ao bruxismo e/ou “apertamento dental”, que pode surgir na maioria dos indivíduos, em algum momento de suas vidas, com intensidade e durações variáveis. Está fortemente associado aos fatores emocionais e situações de estresse e

a diversos fatores causais como, dentre outros, a ansiedade, raiva, medo, frustrações, depressão, distúrbios do sono, uso de psicofármacos ou estados de dor, em especial a crônica.²²

O fator psicogênico dos indivíduos com SAB é descrito na literatura. Situações estressantes são referidas como fatores de agravamento dos sintomas ou desencadeante dos mesmos.^{8,22,23} Alguns estudos fazem uma associação da doença com o comportamento psicoemocional desses indivíduos, avaliando-os em escalas de ansiedade e depressão.¹³ Foi realizado um estudo cujo objetivo foi caracterizar o perfil emocional de 24 indivíduos com SAB.²⁸ Os pesquisadores investigaram aspectos ligados às manifestações clínicas e seu impacto nas subjetividades de indivíduos portadores da SAB, considerando-se o contexto sócio-histórico. Utilizou-se a Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (*Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS). Foram coletados depoimentos desses pacientes, que demonstraram que esses indivíduos apresentam estados emocionais alterados e que estes são relevantes no surgimento e manutenção dos sintomas de ardor. Outro estudo foi realizado com objetivo de verificar os aspectos causais ou precipitantes da SAB. A amostra foi constituída de 61 sujeitos comparada a 54 do grupo-controle. As variáveis foram: taxas de fluxo salivar, hábitos parafuncionais, detecção de ansiedade e depressão, entre outras. Os resultados não encontraram nenhuma diferença estatisticamente significativa quando comparados ao grupo-controle, exceto para ansiedade e depressão. Tais aspectos, portanto, devem ser levados em consideração durante a avaliação clínica dos sintomas da SAB.²⁰

O fato da SAB ser considerada uma dor crônica e estar associada a diversos sintomas, faz com que os pacientes se sintam psicologicamente afetados, causando interferência em sua qualidade de vida.²⁹

Diagnóstico diferencial

Analisando as possíveis causas da síndrome, devemos investigar as condições associadas

mais frequentes, tanto locais como gerais para um correto diagnóstico. Dentre estas condições podemos destacar:³⁰

- Candidíase – infecção fúngica por *Cândida sp* é uma enfermidade muito prevalente, invadindo a mucosa oral e induzindo um estado inflamatório associado com prurido e/ou queimação;
- Usuários de próteses – as próteses removíveis, confeccionadas com resina acrílica, podem se tornar um constante reservatório de *Cândida sp*, principalmente se não houver boa adaptação e higiene;
- Síndrome de Sjögren;
- Xerostomia e hipossalivação;
- Hormonais – diminuição das taxas de hormônios tireoidianos (T3 e T4);
- Síndrome Seca – Sialodinite crônica autoimune;
- Diabetes – os pacientes diabéticos são muito susceptíveis a infecções oportunistas, principalmente infecções fúngicas. Estas infecções em diabéticos são relativamente frequentes, como também a presença de neuropatia diabética, levando à dor na cavidade oral;
- Deficiências nutricionais – carência das vitaminas A, C e B12, ácido fólico e/ou ferro, com possível despilação da língua;
- Alérgenos orais – tanto o monômero residual quanto o cádmio, substâncias utilizadas para realização de restaurações dentárias, podem causar lesões teciduais pela sua alta toxicidade, gerando xerostomia;
- Bloqueio das vias aéreas superiores – desvio do septo nasal, polipose nasal, hipertrofia de vegetações adenoides, tumor do cavum, rinite alérgica com acentuada obstrução nasal, causando boca seca e ardência pela respiração bucal;
- Medicamentos – vários fármacos podem diminuir a produção de saliva, com

consequente aparecimento da xerostomia, tais como ansiolíticos e benzodiazepínicos: diazepam, lorazepam, bromazepam, aprazolam, clonazepam; antidepressivos tricíclicos: clomipramina, imipramina, amitriptilina e nortriptilina; antagonistas da serotonina: buspirona e anticolinérgico: atropina.

A abordagem para determinar o diagnóstico definitivo depende de um exame clínico criterioso e detalhado, com exclusão das condições abordadas acima, que configuram diagnósticos diferenciais para a SAB.

Tratamento

Diante de tamanha complexidade, a importância de se organizar um esquema de abordagem direcionada para o manejo clínico destes pacientes é ressaltada, uma vez que, devido à sua etiologia multifatorial, os tratamentos empregados são multidisciplinares, com medidas paliativas, focados especificamente nos sinais e sintomas apresentados.²²

A SAB constitui um transtorno que leva boa parte da população acometida à busca de um tratamento que ainda não está bem estabelecido. Apesar dos protocolos terapêuticos não estarem ainda totalmente determinados, a partir da identificação da causa, o tratamento deve ser direcionado a cada paciente especificamente. Dependendo das características envolvidas, outros profissionais devem participar na condução do caso, sempre objetivando a melhor qualidade de vida do paciente.^{13,22}

Inicialmente, os pacientes devem ser esclarecidos sobre a natureza e as dificuldades de obtenção de resultados, visto que os sintomas nem sempre desaparecem, embora possam ser amenizados.²² O paciente deve ser esclarecido que a sua queixa é relevante e real, sendo o tratamento longo e sujeito a modificações. Alguns pacientes são cancerofóbicos, precisando esclarecer que apesar do desconforto, não se trata de doença maligna. Patton et al,¹⁶ em uma revisão sistemática, elencam as possibi-

lidades de tratamento, dividindo-os com base na confiabilidade científica. De acordo com estudos clínicos randomizados, os tratamentos são tópicos, à base de clonazepam; sistêmicos com ácido alfa-lipóico; inibidor seletivo da recaptação da serotonina e amisulprida; e por meio de terapia comportamental cognitiva. Outras possibilidades baseadas na opinião de especialistas e na prática clínica, mas não ainda avaliadas, incluem os tratamentos tópicos à base de capsaicina, doxepina e lidocaína, laserterapia, além de tratamentos sistêmicos.¹⁶ As diversas possibilidades terapêuticas são apresentadas e comentadas na tabela 1.^{22,29}

O cirurgião-dentista deve ter conhecimento sobre o que é a síndrome de ardência bucal e responsabilizar-se pela realização do diagnóstico e melhor plano de tratamento para o paciente, pois diante de um paciente com queixa de ardência não se deve tratar simplesmente os sintomas, sem ter a confirmação do diagnóstico da síndrome. É importante que o paciente seja esclarecido, em todos os momentos, a respeito do curso das ações que estão sendo tomadas e que esteja envolvido no planejamento e execução dessas ações. Dessa forma, o desconhecimento sobre o tempo de remissão e a limitação dos recursos terapêuticos aumenta a possibilidade do surgimento de disfunções psicológicas no paciente, como irritabilidade, ansiedade ou depressão, que por sua vez pioram os sintomas da SAB. Por isso, os pacientes devem beneficiar-se do apoio e confiança profissional e, dependendo das características envolvidas, outros profissionais, além do cirurgião-dentista, devem participar da condução do caso, sempre objetivando a melhor qualidade de vida do paciente.²³

Considerações finais

A síndrome de ardência bucal é uma condição multifatorial, sendo que as condições de origem psicogênicas (depressão, ansiedade, cancerofobia e desordem de personalidade) estão entre as principais causas. Novos estudos fazem-se necessários a fim de que se elucide a causa da SAB para proporcionar um diagnóstico específico e indicação terapêutica adequada,

visando melhor qualidade de vida aos pacientes. A abordagem terapêutica depende de um bom exame clínico, alicerçado nas causas relatadas e focado na melhora dos sintomas da queixa do paciente. Estes sintomas devem ser valorizados pelo cirurgião-dentista e demais profissionais de saúde, sendo essencial incentivar e apoiar o paciente, fazendo com que o mesmo entenda a complexidade da síndrome e que a abordagem terapêutica pode sofrer alterações ao longo do

tratamento da SAB. O entendimento da doença pelo paciente o auxilia a conviver com sua sintomatologia.

Referências

1. de Boer RD, Marinus J, van Hilten JJ, et al. Distribution of signs and symptoms of complex regional pain syndrome type I in patients meeting the diagnostic criteria of the International Association for the Study of Pain. *Eur J Pain*. 2011 Sep;15(8):830.e1-8. doi:

Tabela 1: Possibilidades Terapêuticas para síndrome da ardência bucal

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

- 10.1016/j.ejpain.2011.01.012.
2. Yang Y, Chengyuan W. Guidelines on the basic outcome data from International Association for the Study of Pain. *Clin J Pain*. 2007 Jul-Aug;23(6):549. doi: 10.1097/AJP.0b013e318068d713
 3. Barker KE, Savage NW. Burning mouth syndrome: an update on recent findings. *Aust Dent J*. 2005 Dec;50(4):220-3. doi:10.1111/j.1834-7819.2005.tb00363.x.
 4. Spanemberg JC, Cherubini K, de Figueiredo MA, et al. Effect of an herbal compound for treatment of burning mouth syndrome: randomized, controlled, double-blind clinical trial. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2012 Mar;113(3):373-7. doi: 10.1016/j.oooo.2011.09.005.
 5. Maltzman-Tseikhin A, Moricca P, Niv D. Burning mouth syndrome: will better understanding yield better management? *Pain Pract*. 2007 Jun;7(2):151-62. doi: 10.1111/j.1533-2500.2007.00124.x.
 6. Borelli V, Zabucchi G. Burning mouth syndrome: mast cell connection. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011 Oct;112(4):414. doi: 10.1016/j.tripleo.2011.04.016.
 7. Femiano F. Burning mouth syndrome (BMS): an open trial of comparative efficacy of alpha-lipoic acid (thioctic acid) with other therapies. *Minerva Stomatol*. 2002 Sep;51(9):405-9.
 8. Gao J, Chen L, Zhou J, et al. A case-control study on etiological factors involved in patients with burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med*. 2009 Jan;38(1):24-8. doi: 10.1111/j.1600-0714.2008.00708.x.
 9. strategies for burning mouth syndrome: preliminary data. *J Oral Pathol* 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 Apr;17(4):289-90. doi:10.1089/acm.2011.0026.
 10. Nasri-Heir C, Gomes J, Heir GM, et al. The role of sensory input of the chorda tympani nerve and the number of fungiform papillae in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2011 Jul;112(1):65-72. doi: 10.1016/j.tripleo.2011.02.035.
 11. Marino R, Torretta S, Capaccio P, et al. Different therapeutic Med. 2010 Sep;39(8):611-6. doi: 10.1111/j.1600-0714.2010.00922.x.
 12. Yamazaki Y, Hata H, Kitamori S, et al. An open-label, noncomparative, dose escalation pilot study of the effect of paroxetine in treatment of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009 Jan;107(1):e6-11. doi: 10.1016/j.tripleo.2008.08.024.
 13. Spanemberg JC, Cherubini K, de Figueiredo MA, et al. Aetiology and therapeutics of burning mouth syndrome: an update. *Gerodontology*. 2012 Jun;29(2):84-9. doi: 10.1111/j.1741-2358.2010.00384.x.
 14. dos Santos Lde F, Carvalho Ade A, Leão JC, et al. Effect of low-level laser therapy in the treatment of burning mouth syndrome: a case series. *Photomed Laser Surg*. 2011 Dec;29(12):793-6. doi: 10.1089/pho.2011.3016.
 15. Rodríguez de Rivera Campillo ME, López-López J, Chimenos-Küstner E. Response to topical clonazepam in patients with burning mouth syndrome: a clinical study. *Bull Group IntRechSciStomatolOdontol*. 2010 May 21;49(1):19-29.
 16. Patton LL, Siegel MA, Benoliel R, et al. Management of burning mouth syndrome: systematic review and management recommendations. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2007 Mar;103(Suppl):S39.e1-13. doi:10.1016/j.tripleo.2006.11.009
 17. 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):152-5. doi: 10.1111/j.1601-0825.2005.01174.x
 18. Wandeur T, de Moura SA, de Medeiros AM, et al. Exfoliative cytology of the oral mucosa in burning mouth syndrome: a cytomorphological and cytomorphometric analysis. *Gerodontology*. 2011 Mar;28(1):44-8. doi: 10.1111/j.1741-2358.2009.00319.x.
 19. Silvestre-Rangil J, Silvestre FJ, 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):e890-4. doi:10.4317/medoral.17224.
 20. Sardella A, Gualerzi A, Lodi G, et al. Morphological evaluation of tongue mucosa in burning mouth syndrome. *Arch Oral Biol*. 2012 Jan;57(1):94-101. doi: 10.1016/j.archoralbio.2011.07.007.
 21. Soares MS, Chimenos-Küstner E, Subirá-Pifarré C, et al. Association of burning mouth syndrome with xerostomia and medicines. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005;10(4):301-8.
 22. Yan Z, Ding N, Hua H. A systematic review of acupuncture or acupoint injection for management of burning mouth syndrome. *Quintessence Int*. 2012;43(8):695-701.
 23. Zur E. Burning mouth syndrome: a discussion of a complex pathology. *Int J Pharm Compd*. 2012 May-Jun;16(3):196-205.
 24. Minguez-Sanz MP, Salort-Llorca C, Silvestre-Donat FJ. Etiology of burning mouth syndrome: a review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011 Mar 1;16(2):e144-8. doi:10.4317/medoral.16.e144.
 25. Lauritano D, Petruzzi M, Baldoni M. Preliminary protocol for systemic administration of capsaicin for the treatment of the burning mouth syndrome. *Minerva Stomatol*. 2003 Jun;52(6):273-8.

26. Eliav E, Kamran B, Schaham R, et al. Evidence of chorda tympani dysfunction in patients with burning mouth syndrome. *J Am Dent Assoc.* 2007 May;138(5):628-33.
27. Femiano F, Gombos F, Scully C. Burning Mouth syndrome: open trial of psychotherapy alone, medication with alpha-lipoic acid (thioctic acid), and combination therapy. *Med Oral.* 2004 Jan-Feb;9(1):8-13.
28. de Moura SA, de Sousa JM, Gerodontology. 2007 Sep;24(3):173-6. doi: 10.1111/j.1741-2358.2007.00158.x.
29. Zakrzewska JM, Forssell H, Glenny AM. Interventions for the Lima DF, et al. Burning mouth syndrome (BMS): sialometric and sialochemical analysis and salivary protein profile. treatment of burning mouth syndrome: systematic review. *J Orofac Pain.* 2003;17(4):293-300.
30. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, et al. Burning mouth syndrome: an update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010 Jul 1;15(4):e562-8. doi:10.4317/medoral.15.e562.

Titulação dos Autores

Editorial

Maria Isabel de Castro de Souza

Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ricardo G. Fischer

Departamento de Procedimentos Clínicos Integrados. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

German Villoria

Departamento de Periodontia. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo 1: A importância dos achados clínicos e microscópicos orais no diagnóstico da síndrome de Sjögren

Fábio R. Pires

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Débora L. Pereira

Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Juliana de N. S. Netto

Departamento de Patologia e Diagnóstico Oral. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Águida M. M. A. Miranda

Departamento de Estomatologia e Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial. Universidade Estácio de Sá. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Verônica S. Vilela

Unidade Docente Assistencial de Reumatologia. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Adriana R. Fonseca

Serviço de Clínica Médica, Setor de Reumatologia Pediátrica. Hospital Federal dos Servidores do Estado. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Teresa C. R. B. dos Santos

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Departamento de Diagnóstico e Cirurgia. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Boulevard 28 de Setembro, 157, sala 503
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030.
Telefone: 55 21 2868 8284
E-mail: ramoafop@uerj.br

Artigo 2: Síndrome da ardência bucal: aspectos clínicos e tratamento

Gabriella Mundim Rocha Oliveira

Curso de Especialização em Estomatologia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Geraldo Oliveira Silva-Júnior

Departamento de Ciências Básicas. Universidade Federal Fluminense. Nova Friburgo, RJ, Brasil.

Bruna Lavinias Sayed Picciani

Departamento de Patologia. Faculdade de Medicina. Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil.

Ruth Tramontani Ramos

Programa de Pós-graduação em Estomatologia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Silvana Gama Pestana

Setor de Fonoaudiologia, Coordenação Odontológica de Ensino. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Marília Heffer Cantisano

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro.

Boulevard 28 de Setembro, 157
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030.
Telefone: 55 21 2587 6455
E-mail: mcantisano@terra.com.br

Artigo 3: Alterações no Seio Maxilar e sua Relação com Problemas de Origem Odontológica

Antonio J. R. Castro

Programa de Doutorado em Clínica Odontológica.
Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Luciana M. Sassone

Departamento de Procedimentos Clínicos Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Georgiana Amaral

Programa de Doutorado em Endodontia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Antonio J. R. Castro
Rua Fonte da Saudade, 246/201
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22471-210.
Telefone: 55 21 8778 6665

Artigo 4: Telerradiologia: uma nova era para a radiologia odontológica

Marcelo D. B. Faria

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Luciana F. Bastos

Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Paulo J. Medeiros

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Fábio R. Pires

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado
do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Marília H. Cantisano

Departamento de Diagnóstico e Cirurgia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado
do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Branca H. O. Vieira

Departamento de Odontologia Preventiva
e Comunitária. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.

Artigo 5: Tratamento multidisciplinar de deformidades dentofaciais

Marco Antônio de O. Almeida

Departamento de Odontologia Preventiva
e Comunitária. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.

Ione Helena V. P. Brunharo

Programa de Pós-Graduação em Ortodontia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado
do Rio Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Ione Helena V. P. Brunharo
Largo do Machado 54/305, Flamengo
Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22210-020.
E-mail: ioneportella@yahoo.com.br

Artigo 6: A relação entre maloclusão e desordens temporomandibulares: uma breve digressão pelos últimos 80 anos

Francisco J. Pereira Júnior

Departamento de Prótese. Faculdade de Medicina
de Petrópolis – Arthur Sá Earp Neto. Petrópolis, RJ,
Brasil.

Endereço para correspondência:
Francisco J. Pereira Júnior

Rua Visconde de Pirajá, 595/702
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22410-003
Fone: 21 2511 1513
E-mail: francisco@occlusaoedtm.com.br

Artigo 7: Periodontite e ômega 3: o papel dos ácidos graxos no processo inflamatório

Manuela R. C. Sete

Programa de Mestrado em Periodontia. Faculdade
de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de
Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Carlos Marcelo S. Figueredo

Departamento de Procedimentos Clínicos
Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
Departamento de Procedimentos Clínicos
Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.
Boulevard 28 de Setembro, 157, 2º andar
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030.
Telefone: 55 21 2868 8082
E-mail: cmfigueredo@hotmail

Artigo 8: Periodontite e Doença Renal Crônica

Susyane Antunes

Programa de Doutorado em Periodontia.
Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado
do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Rachel Bregman

Departamento de Especialidades Médicas.
Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Carlos Marcelo Silva Figueredo

Departamento de Procedimentos Clínicos
Integrados. Faculdade de Odontologia.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de
Janeiro, RJ, Brasil.

Ricardo G. Fischer

(Vide Editorial.)

Endereço para correspondência:
Departamento de Procedimentos Clínicos Integrados. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de Setembro, 157, 2º andar Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030. Telefone: 55 21 2868 8031 E-mail: ricfischer@globo.com

Artigo 9: Antissépticos bucais no controle da bacteremia de origem oral

German Villoria

(Vide Editorial.)

Lúcia Helena C. Costinha

Departamento de Periodontia. Faculdade de Odontologia. Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência:
German E. M. Villoria
Rua Visconde de Pirajá, 82/1005
Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22410-000.
E-mail: villoria@me.com

Artigo 10: Efeito do tratamento periodontal em pacientes com diabetes mellitus tipo 2

Maria Emília Felipe

Programa de Doutorado em Periodontia. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Maria Chomyszyn-Gajewska

Periodontal Department. Dental School. Jagiellonian University. Cracóvia, Polónia

Ricardo G. Fischer

(Vide Editorial.)

Endereço para correspondência:
Departamento de Procedimentos Clínicos Integrados. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de Setembro, 157, 2º andar Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030. Telefone: 55 21 2868 8031 E-mail: ricfischer@globo.com

Artigo 11: A doença periodontal e o idoso frágil

Rivail A. S. Fidel Júnior

Coordenação Central de Extensão, Departamento de Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Roberto A. Lourenço

Departamento de Medicina Interna. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Ricardo G. Fischer

(Vide Editorial.)

Endereço para correspondência:
Departamento de Procedimentos Clínicos Integrados. Faculdade de Odontologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de Setembro, 157, 2º andar Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20551-030. Telefone: 55 21 2868 8031 E-mail: ricfischer@globo.com