EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

SÍNDROME DA BOCA ARDENTE: UMA ANÁLISE RETROSPETIVA DE 10 ANOS NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Trabalho submetido por
Marta da Cunha Silva
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Setembro de 2024

EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE | INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

SÍNDROME DA BOCA ARDENTE: UMA ANÁLISE RETROSPETIVA DE 10 ANOS NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA

Trabalho submetido por
Marta da Cunha Silva
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Dr. António Mano Azul

Setembro de 2024

“Success is not final; failure is not fatal: It is the courage to continue that counts." –

Winston S. Churchil

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Dr. António Mano Azul pela disponibilidade, simpatia e dedicação que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Agradeço também a forma como sempre abriu portas da sua clínica para me receber com toda a atenção e preocupação e agradeço também toda a simpatia da sua equipa de trabalho. Um obrigada especial ao Diogo que sempre se dedicou e me ajudou.

Ao Dr. Pedro Trancoso agradeço toda a confiança, ajuda e empenho envolvido.

Agradeço também à Egas Moniz School of Health & Science que me acolheu nestes quatro anos, tendo-me proporcionado o acesso a todo o conhecimento que obtive de modo a contribuir para o meu sucesso pessoal e profissional.

À minha melhor amiga, Ariana, por nunca me ter deixado ir abaixo nos momentos mais stressantes, por nunca duvidar das minhas capacidades incentivando-me sempre a voar mais alto. Juntas, para sempre. Um obrigada especial ao meu Tommy e Kika.

Aos meus pais e irmão, Elisabete, Henrique e David, por me terem proporcionado esta oportunidade e pelo apoio que me deram ao longo destes anos não duvidando das minhas capacidades.

À minha avó Nina e avô David por acreditarem sempre em mim e por toda a preocupação e incentivo.

À minha amiga e colega de Box, Joana, agradeço por toda a amizade e companheirismo. Box 25, nunca serás esquecida.

Um grande obrigada às minhas amigas de faculdade, Tatiana, Inês Costa e Inês Machado, sem vocês estes anos não teriam sido tão inesquecíveis. Obrigada por tudo.

RESUMO

Objetivo: Estudar a incidência da Síndrome da Boca Ardente numa coorte de doentes de Medicina Oral numa Clínica em Lisboa, bem como as características clínicas, os possíveis fatores desencadeantes e as opções de tratamento utilizadas na amostra populacional estudada.

Materiais e métodos: Análise descritiva retrospetiva (10 anos) da Síndrome da Boca Ardente (SBA) através dos registos clínicos dos doentes de uma Consulta de Medicina Oral na zona de Lisboa (Clínica Integrada de Medicina Oral – Doutores Pedro Trancoso e António Mano Azul). Nesta, foram incluídas informações sobre género, idade, local da lesão e diagnóstico clínico, tratamento, bem como prováveis fatores desencadeantes.

Resultados: A incidência de SBA é de 12,8%**.** 80% da amostra é do género feminino e 20% do género masculino. A idade do diagnóstico da síndrome variou entre os 17 e 87 anos. Os sintomas descritos foram ardor 60,7%, queimadura 46,9% e alteração do paladar 22,4%, xerostomia 11,3%, calor 4,2%. A localização anatómica foi 40,5% na língua, 23,5% lábios, 14,7% palato e 5,7% outras localizações. O padrão temporal dos sintomas variou entre melhorar de manhã 29,2%, piora ao longo do dia 22,9%, piora à noite 12,0%, dias melhores outros piores 2,7% e piora de manhã 1,7%. 25,8% da amostra apresentam ansiedade/stress, 10,1% stress, 3,4% ansiedade e 3,2% depressão. 94,3% apresentava ausência de lesões na mucosa oral. 45,7% da amostra foi tratada com pregabalina, 34,2% nortriptilina, 4,7 gabapentina,1,7% clonazepam e 0,5% fluoxetina e amitriptilina.

Conclusões: Este estudo revelou uma prevalência de 12,8% na amostra estudada. A situação foi mais prevalente no género feminino, mais frequentemente diagnosticada na faixa etária de mais de 70 anos. O principal sintoma foi o ardor na língua e apresentando melhoras de manhã. Ansiedade/stress foram os fatores mais comuns e a ausência de lesões na mucosa oral foi observada em 94,3% dos casos. O tratamento mais prescrito foi a pregabalina.

Palavras-chave: Síndrome da Boca Ardente, Prevalência, Epidemiologia, Fatores de Risco

ABSTRACT

Aims: To study Burning Mouth Syndrome incidence in a Oral Medicin coorte of patients from a Lisbon Clinic as well as the clinical characteristics os these patients, triger factors and treatment options in this population sample.

Material and Methods: Descriptive retrospective analysis (10 years) of Burning Mouth Syndrome (BMS) through the clinical records of patients at an Oral Medicine Clinic in the Lisbon área (Clinica Integral de Medicina Oral-Drs. Pedro Trancoso and António Mano Azul). These data includes information on gender, age, site of injury and clinical diagnosis, treatment, as well as probable etiologies.

Results: The incidence of Burning Mouth Syndrome was 12,8%. 80% of the sample are female and 20% male. The age at diagnosis of the syndrome varied between 17 and 87 years old. The symptoms described were burning sensation (60,7), stinging sensation (46.9%), taste alteration (22.4%), xerostomia (11.3%), and heat sensation (4.2%). The anatomical location of symptoms was 40.5% on the tongue, 23.5% on the lips, 14.7% on the palate, and 5.7% in other locations. The temporal pattern of symptoms varied between improvement in the morning (29.2%), worsening throughout the day (22.9%), worsening at night (12.0%), better days with worse days (2.7%), and worsening in the morning (1.7%). 25.8% of the sample experienced ansiety/stress, 10.1% reported stress, 3.4% anxiety, and 3.2% depression. 94.3% of the sample showed no lesions on the oral mucosa. 45.7% of the sample was treated with pregabalin, 34.2% with nortriptyline, 4.7% with gabapentin, 1.7% with clonazepam, and 0.5% with fluoxetine and amitriptyline.

Conclusions: This study revealed a prevalence of Burning Mouth Syndrome cases of 12,8% in the studied sample. The situation was more prevalent in females and more frequently diagnosed in individuals over 70 years of age. The main symptom was a burning sensation, primarily located on the tongue and showing improvement in the morning. Ansiety/stress were the most common triggering factor, and the absence of lesions on the oral mucosa was observed in 94.3% of the cases. Pregabalin was the most prescribed treatment.

Keywords: Burning Mouth Syndrome, Prevalence, Epidemiology, Risk Factors

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO **13**
1. Dor Orofacial 15
1.1 Definição e Tipos de Dor Orofacial 15
1.2 Dor Orofacial Idiopática 15
2. Síndrome da Boca Ardente 16
2.1 Definição 16
2.2 Diagnóstico 19
2.3 Sintomas 19
2.4 Áreas mais afetadas 20
2.5 Etiologia 20
2.6 Fisiopatologia 21
2.7 Tratamento 22
2.8 Diagnóstico Diferencial 24
II. OBJETIVOS DO ESTUDO **25**
III. HIPÓTESES DO ESTUDO **27**
IV. MATERIAIS E MÉTODOS **29**
1. Considerações Éticas 29
2. Tipo de Estudo 29
3. Local e Duração do Estudo 29
4. Amostra 29
5. Critérios de Inclusão 30
6. Critérios de Exclusão 30
7. Variáveis do Estudo 30
8. Metodologia 30
9. Análise Estatística 31
III. RESULTADOS **33**
IV. DISCUSSÃO **41**
III. CONCLUSÃO **49**
IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **51**

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalência de SBA numa coorte de doentes de Medicina Oral. 33
Gráfico 2. Distribuição da amostra por género. 33
Gráfico 3. Exames complementares da amostra. 36
Gráfico 4. Distribuição dos sintomas autoreferidos da amostra. 37
Gráfico 5. Distribuição das localizações anatómicas autoreferidas da amostra. 37
Gráfico 6. Distribuição do Padrão Temporal dos sintomas autoreferidos.da amostra. 38
Gráfico 7. Distribuição dos Fatores Desencadeantes da amostra. 39
Gráfico 8. Distribuição das patologias consideradas no diagnóstico diferencial de SBA da amostra. 39
Gráfico 9. Distribuição do atraso de diagnóstico da amostra. 40

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Resumo das opções de tratamento tópica e sistémica da SBA (Adaptado de Alsabbagh & Ouanounou, 2022). 23
Tabela 2. Distribuição da amostra por género masculino e faixa etária. 35
Tabela 3. Distribuição da amostra por género feminino e faixa etária. 35
Tabela 4. Distribuição do tipo de tratamento efetuado na amostra. 40
Tabela 5. Prevalência pontual da síndrome da boca ardente em 100.000 pessoas por idade e sexo no condado de Olmsted, Minnesota (Adaptado de Kohorst et al., 2015). 43

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

APED – Associação Portuguesa para estudo da dor

IASP – Associação Internacional para o estudo da dor

ICOP – Classificação Internacional de Dor Orofacial

RM - Ressonância Magnética

SBA – Síndrome da Boca Ardente

TC – Tomografia Computorizada

I. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Boca Ardente (SBA) é uma **perturbação crónica complexa de dor neuropática orofacial**, caracterizada por uma sensação persistente de ardor/dor, na cavidade oral, generalizada ou localizada, podendo manifestar-se também sob a forma de picadas e prurido. Esta síndrome pode incluir também sensações anómalas ou desconforto na mucosa oral, sem quaisquer lesões visíveis na mucosa (Adamo & Spagnuolo, 2022; Salermo et al., 2016)

Em 2020, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) revisou e atualizou a definição de dor, referindo-a como "uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à que está associada a danos reais ou potenciais no tecido". Esta conceptualização tornou-se largamente aceite por profissionais de saúde e investigadores na área, sendo adotada por várias organizações profissionais, governamentais e não governamentais, incluindo a Organização Mundial da Saúde (Cohen et al., 2021; Raja et al., 2020).

A dor é reconhecida como um importante mecanismo de defesa inato que tem um impacto profundo na qualidade de vida de uma pessoa. A IASP identifica três principais tipos de dor: nociceptiva, neuropática e nociplástica, cada uma com as suas características e necessidades específicas (Jin et al., 2023).

Em geral, a dor nociceptiva surge através de danos identificáveis, sejam eles reais ou potenciais, em tecidos não-neurais, desencadeando-se com a ativação dos nociceptores. Este tipo de dor é prevalente em condições crónicas sendo provocada pela atividade nas vias neurais em resposta a estímulos que podem lesionar o tecido (Cohen, 2021; Di Bonaventura et al., 2017; Labanca et al., 2023). A dor neuropática distingue-se por ser resultante de lesões, danos ou patologias no sistema nervoso somatossensorial, afetando diretamente tanto a transmissão como a geração da dor. Segundo a IASP a dor neuropática é definida como "dor que surge como consequência direta de uma lesão ou doença que afeta o sistema somatossensorial" (Labanca et al., 2023; Finnerup et al., 2016). A dor nociplástica é caracterizada pelo processamento anormal de sinais de dor, não associados a danos evidentes nos tecidos ou a patologias específicas no sistema somatossensorial (Fitzcharles et al., 2021).

É igualmente crucial distinguir a dor com base na sua duração, classificando-a como dor aguda ou crónica. Segundo a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) a dor aguda é definida como "uma dor que, até certo ponto, tem consequências benéficas para o organismo. É um sinal de alarme que avisa da ocorrência de um traumatismo, uma queimadura, um derrame articular ou uma úlcera gástrica", por outro lado a APED define a dor crónica sendo "uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3-6 meses, que muitas vezes persiste além da cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente" (Associação Portuguesa para o estudo da dor (APED), n.d.).

A dor orofacial pode manifestar-se de várias formas, seja como dor aguda ou crónica, e pode ser nociceptiva ou neuropática, sendo predominantemente causada por problemas dentários, músculo-esqueléticos ou neuropáticos. É essencial diferenciar claramente estas fontes de dor pois não são tratáveis através dos tratamentos dentários convencionais (Badel et al., 2019; Sklebar et al., 2015).

De modo a contribuir para uma melhoria do conhecimento sobre a Síndrome da Boca Ardente, foi realizado uma análise descritiva retrospetiva de 10 anos através dos registos clínicos dos doentes de uma Consulta de Medicina Oral na zona de Lisboa (Clínica Integrada de Medicina Oral-Doutores Pedro Trancoso e António Mano Azul) com o objetivo de identificar a população de doentes com SBA em função da idade e género, características clínicas, eventuais fatores etiológicos ou desencadeantes associados, atraso de diagnóstico desde o início das queixas e opções de tratamento utilizadas na amostra populacional utilizada.

1. Dor Orofacial

1.1 Definição e Tipos de Dor Orofacial

A Dor Orofacial, é uma das condições mais severas de dor, afetando significativamente a qualidade de vida de muitas pessoas. Estima-se que quase 25% da população global sofra deste tipo de dor (Ananthan & Benoliel, 2020; Matsuka, 2022).
A região orofacial é anatomicamente complexa, contendo uma ampla variedade de estruturas que possuem uma vasculatura e inervação intricadas, contribuindo para a complexidade dos diagnósticos e tratamentos nesta área (Labanca et al., 2023).

A Classificação Internacional de Dor Orofacial (ICOP) é um sistema de classificação que possui várias categorias principais que variam desde dor atribuída a distúrbios das estruturas dentoalveolares, dor miofascial orofacial, dor na articulação temporomandibular, dor orofacial atribuída a lesões ou doenças dos nervos cranianos, dor orofacial semelhante a apresentações de cefaleias primarias e dor orofacial idiopática na qual está incluída a Síndrome da Boca Ardente (International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP), 2020; Matsuka, 2022).

1.2 Dor Orofacial Idiopática

Classificada pela ICOP sendo uma "dor intraoral ou facial unilateral ou bilateral na(s) distribuição(ões) de um ou mais ramos do(s) nervo(s) cuja etiologia é desconhecida" (International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP), 2020).

É caracterizada sendo uma dor de longa duração, associada a estados psicológicos e outras condições de dor crónica, tanto local como distante. Além disso, pode haver relatos de traumas locais, embora a relação temporal desses traumas com o início da dor nem sempre seja clara. Mudanças somatossensoriais também podem ser observadas, porém não se limitam a áreas que seriam neuroanatomicamente esperadas. A dor orofacial idiopática, especificamente, é uma área menos compreendida. Esta condição pode ser classificada de acordo com a manifestação clínica em tipos como a síndrome da boca ardente, que pode ocorrer com ou sem alterações somatossensoriais, e outras categorias baseadas na duração e características dos sintomas (International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP), 2020; Pigg et al., 2021).

2. Síndrome da Boca Ardente

2.1 Definição

Segundo a ICOP, a SBA é caracterizada sendo uma "sensação de queimadura ou disestética intraoral, recorrente diariamente por mais de 2 horas por dia por mais de 3 meses, sem lesões causais evidentes no exame clínico e investigação" (International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP), 2020).

A SBA era anteriormente classificada como secundária, quando associada a causas locais ou condições sistémicas, e primária quando estas condições foram excluídas. Atualmente, a classificação mais recente distingue entre SBA com ou sem alterações somatossensoriais, baseada em testes sensoriais quantitativos (Russo et al., 2022). Esta classificação aprimora ainda mais o diagnóstico clínico e de investigação sobre a possibilidade da SBA ser uma dor neuropática (Tan & Renton, 2020).

2.2 Diagnóstico

A SBA pode estar associada a comorbilidades e deste modo é diagnosticada através de critérios de exclusão, o que significa que todas as outras condições que possam estar a causar dor devem ser descartadas antes de confirmar o diagnóstico (Ritchie & Kramer, 2018), tornando-se numa patologia de difícil diagnóstico especialmente em pacientes que sofram de comorbilidades psicológicas como ansiedade, depressão e transtornos de personalidade (Alsabbagh & Ouanounou, 2022).

A SBA é diagnosticada com base num exame clínico detalhado e também através de uma investigação exaustiva, excluindo lesões causais ou sistémicas, conforme a ICOP. Além disso, deve-se avaliar as comorbilidades de dor crónica e outras condições médicas associadas. Isso incluirá a realização de testes hematológicos, a avaliação do fluxo salivar e testes sensoriais qualitativos (International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP); Tan & Renton, 2020).

É importante examinar também os fatores psicológicos, locais e sistémicos, como hábitos parafuncionais, disgeusia, alterações da saliva, deficiência nutricional, diabetes mellitus e problemas relacionados à menopausa. Deve-se realizar também um hemograma completo que inclua exames aos níveis de ferro, ferritina, vitamina B12, vitamina D, hormonas da tiroide e da paratiróide (Alsabbagh & Ouanounou, 2022).

Um diagnostico precoce é essencial para um tratamento rápido e acima de tudo, melhorar a qualidade de vida do paciente diminuindo também os custos associados a consultas, medicamentos e exames complementares desnecessários (Henriques et al., 2016).

2.3 Sintomas

Apesar da mucosa oral apresentar um aspeto clínico normal, pacientes com SBA relatam frequentemente uma variedade de sintomas além da dor em queimadura, incluindo xerostomia, alterações do paladar, maior viscosidade da saliva, má qualidade do sono, problemas de saúde geral e distúrbios psicológicos. O início da SBA pode ser espontâneo ou desencadeado por eventos precipitantes, como procedimentos dentários, medicamentos, alimentos e eventos de vida stressantes (Tan & Renton, 2020; Klasser et al., 2016).

Fatores como alimentos picantes, bebidas quentes, stresse psicossocial e fadiga podem aumentar a intensidade da dor, que tende a ser menor de manhã e atinge o seu pico no final da tarde, mas raramente interfere com o sono (Tan & Renton, 2020).

Frequentemente também é descrito um sabor metálico ou amargo na boca e uma redução da sensibilidade aos sabores salgado e doce (Klasser et al., 2016).

"Queimadura", "calor", "ardor" geralmente bilateral mas por vezes unilateral, "formigueiro", "coceira", "sensação de corpo estranho intraoral" e "sensação oral desagradável" são outros termos muito utilizados pelos pacientes que sofrem de SBA (Adamo & Spagnuolo, 2022; Chmieliauskaite et al., 2021).

Muitos pacientes apresentam também uma variedade de sintomas somáticos inexplicáveis extraorais que incluem, dor ocular, zumbidos, tonturas, dor abdominal e outras condições como fibromialgia, síndrome da fadiga crónica, vulvodinia, dor lombar e dor visceral (Adamo & Spagnuolo, 2022; Leuci et al., 2023).

Embora a SBA ainda seja considerada um distúrbio de dor idiopática, o sofrimento psicossocial é frequentemente relatado pelos pacientes (Dugan et al, 2023).

2.4 Áreas mais afetadas

A SBA geralmente afeta a língua, especialmente os dois terços anteriores ou a ponta, seguida pelo palato duro, gengiva, região inferior da boca e pescoço (Tan & Renton, 2020). Apesar de qualquer área intraoral possa ser afetada, a língua é a área mais comumente envolvida, com os sintomas frequentemente ocorrendo de forma bilateral e simétrica (Russo et al., 2022; Adamo & Spagnuolo, 2022).

2.5 Etiologia

A etiologia da SBA ainda não é bem compreendida. Existem várias teorias sobre a sua etiologia, e a maioria dos especialistas acredita que a condição seja resultado de

múltiplos fatores combinados, sendo amplamente aceite que a sua etiologia é complexa e multifatorial (Alsabbagh & Ouanounou, 2022; Bookout et al., 2023).

As teorias atuais sugerem que fatores neurais e psicológicos, alterações endócrinas, irritações locais na cavidade oral e fatores sistémicos desempenham um papel principal na sua origem (Li et al., 2024).

Condições e fatores sistémicos como a Diabetes Mellitus e a neuropatia periférica associada podem causar sintomas de SBA, sendo que o mecanismo subjacente nestes casos é a neuropatia, anemia, xerostomia e deficiências nutricionais que também podem ser causadores de SBA (Bookout et al., 2023).

Causas locais como certos irritantes tais como materiais dentários (mercúrio, amalgama, metacrilato de metila, cloreto de cobalto, zinco e peróxido de benzoíla), bem como alergias alimentares ao amendoim, ácido sórbico, castanhas e canela, também estão associados à SBA. Além disso, há uma forte ligação com condições neuropsiquiátricas, como depressão, ansiedade crónica e transtornos de humor (Bookout et al., 2023).

Etiologias endocrinológicas, como a redução da síntese de esteroides ovarianos após a menopausa, resultam numa disfunção dos esteroides adrenais e perda dos efeitos neuroprotetores dos tecidos neurais, também foram propostas (Alsabbagh & Ouanounou, 2022).

2.6 Fisiopatologia

A fisiopatologia da SBA ainda não é totalmente compreendida, mas envolve fatores psicogénicos e neuropáticos (Bookout et al., 2023).

A dor está geralmente associada ao nervo trigémio, devido a alterações nos nervos nociceptivos. Estudos mostram que a hipofunção do nervo da corda do tímpano pode reduzir a perceção do paladar e causar sintomas ao hiperestimular o nervo lingual. Teorias adicionais incluem mecanismos semelhantes à síndrome do membro fantasma e neuropatia de pequenas fibras. Evidências recentes sugerem uma neuropatia focal de pequenas fibras na língua e mucosas orais, envolvendo diminuição no número e função

dos nervos periféricos, afetando os nervos trigémio e corda do tímpano, que têm uma relação íntima (Alsabbagh & Ouanounou, 2022; Bookout et al., 2023).

2.7 Tratamento

As opções de tratamento atuais para a SBA incluem medicamentos tópicos e sistémicos, além de uma abordagem mais recente, a terapia cognitivo-comportamental (Bookout et al., 2023).

Os medicamentos tópicos utilizados para o tratamento da SBA incluem o clonazepam, capsaicina, anestésicos locais (pastilhas anestésicas de bupivacaina) e suplementos salivares (lisozima-lactoperoxidase) apesar dos poucos estudos que avaliam a sua eficácia e também medicamentos sistémicos como o ácido alfa-lipóico, capsaicina, clonazepam, antidepressivos como a fluoxetina e milnaciprano , anticonvulsivantes como a pregabalina e gabapentina e também antipsicóticos (Alsabbagh & Ouanounou, 2022).

Tabela 1. Resumo das opções de tratamento tópica e sistémica da SBA (Adaptado de Alsabbagh & Ouanounou, 2022).

Metodologia	Medicamentos	Dosagem	Efeitos adversos
Tópico	Clonazepam	0,5-3,0 mg/dia	Efeitos adversos mínimos
	Capsaicina	Varia	Efeitos adversos mínimos
	Pastilhas de bupivacaína	25 mg	Efeitos adversos mínimos
	Suplementos salivares	Varia	Efeitos adversos mínimos
Sistémico	Ácido alfa-lipóico	600-800 mg/dia	Náuseas leves, erupções cutâneas ou coceira
	Clonazepam	0,5-2 mg/dia	Sonolência, tonturas, secura, fadiga, dependência
	Capsaicina	0,25% cápsula	Queimadura, náusea, vómito, dispepsia
	Fluoxetina	20-40 mg/dia	Visão turva, boca seca, retenção urinária, tonturas
	Milnaciprano	60-90 mg/dia	Náuseas, dores de cabeça, hipertensão
	Pregabalina	50-150 mg/dia	Sonolência, confusão, inquietação, depressão
	Gabapentina	300 mg/dia	Depressão do SNC e respiratória, hipersensibilidade, inquietação, tendências suicidas

A terapia cognitivo comportamental também é utilizada através de técnicas de relaxamento e reestruturação cognitiva. A terapia a laser de baixa intensidade combinada com a terapia medicamentosa também é eficaz para o tratamento da SBA (Bookout et al., 2023).

O tratamento é sintomático e não curativo (Alsabbagh & Ouanounou, 2022).

2.8 Diagnóstico Diferencial

Dores atípicas e idiopáticas incluindo distúrbios temporo-mandibulares, patologias da mucosa oral, patologias associadas a dentes e reabilitações protéticas, são as principais patologias que apresentam sintomas semelhantes à SBA (Bookout et al., 2023).

II. OBJETIVOS DO ESTUDO

O presente trabalho de investigação teve como principais objetivos estudar a incidência da SBA numa coorte de doentes de Medicina Oral, bem como as características clínicas, os possíveis fatores desencadeantes e as opções de tratamento utilizadas na amostra populacional estudada.

III. HIPÓTESES DO ESTUDO

Estudo epidemiológico observacional analítico, de coorte retrospetivo, tem as seguintes hipóteses de estudo principais:

- A prevalência da SBA é igual na nossa população em relação a populações de estudos publicados em outros países?
- A SBA afeta particularmente um género, um escalão etário?
- As características clínicas dos nossos doentes são semelhantes aos de outros estudos sobre a mesma patologia?
- Os doentes com SBA são diagnosticados atempadamente ou passam por um período de atraso no diagnóstico com a consequente perda de qualidade de vida até ao início de um tratamento corretamente dirigido à doença?

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

1. Considerações Éticas

Este estudo foi conduzido em total concordância com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (World Medical Association), e foi submetido à Comissão de Ética Egas Moniz, tendo sido aprovado.

Os dados referentes à informação clínica dos doentes foram obtidos a partir dos registos clínicos dos doentes de uma Consulta de Medicina Oral na zona de Lisboa (Clínica Integrada de Medicina Oral) e transferidos para um base de dados do programa de *software* Microsoft Office Excel, exclusivamente para análise estatística. Os dados foram anonimizados antes da análise.

2. Tipo de Estudo

A presente investigação é um estudo observacional, descritivo e transversal (retrospetivo).

3. Local e Duração do Estudo

O estudo foi realizado na Clínica Integrada de Medicina Oral – Doutores Pedro Trancoso e António Mano Azul.

A recolha de dados referentes à informação clínica dos doentes ocorreu entre os meses de outubro de 2023 e fevereiro de 2024, referentes a um período de 10 anos numa população portuguesa.

4. Amostra

A amostra recolhida teve por base a informação clínica dos doentes obtida a partir dos registos clínicos dos doentes numa consulta de Medicina Oral em Lisboa. Obteve-se um total de 407 registos clínicos.

5. Critérios de Inclusão

Diagnóstico de Síndrome da Boca Ardente na consulta de medicina oral, nos últimos 10 anos.

Possuir consentimento informado.

6. Critérios de Exclusão

Ausência de diagnóstico de Síndrome da Boca Ardente na consulta de medicina oral, nos últimos 10 anos.

Não possuir consentimento informado.

7. Variáveis do Estudo

- Género
- Idade em que foi diagnosticada a síndrome
- Exames complementares de diagnóstico
- Sintomas autoreferidos
- Localização anatómica
- Padrão temporal dos sintomas
- Fatores desencadeantes
- Patologias consideradas no diagnóstico diferencial
- Tratamento
- Atraso de diagnóstico

8. Metodologia

Os processos dos últimos 10 anos, foram analisados por apenas um observador, através da consulta da história clínica dos processos, estes encontram-se arquivados fisicamente na Clínica Integrada de Medicina Oral.

Foi realizado o registo dos processos das historias clínicas que foram analisadas, o género, exames complementares, a idade em que foi diagnosticada a SBA, os sintomas e a localização anatómica

autoreferida bem como o padrão temporal dos sintomas, os fatores desencadeantes, as patologias consideradas no diagnóstico diferencial e o tratamento efetuado.

A lista continha um total de 407 processos realizados num período de 10 anos, na Clínica Integrada de Medicina Oral, verificou-se que a totalidade dos processos apresentavam diagnóstico de SBA assim como o consentimento informado devidamente preenchido. Assim, o número de amostras manteve-se nos 407 casos.

9. Análise Estatística

Os dados recolhidos dos registos clínicos, foram transferidos para uma base de dados do programa de *software* Microsoft Office Excel. Onde foi possível efetuou-se a análise estatística usando o software GraphPad InStat 0.2.

III. RESULTADOS

Dos 21.430 pacientes da Clínica Integrada de Medicina Oral nos últimos 10 anos, 3.176 foram para consultas de Medicina Oral. Destes, 407 pacientes foram diagnosticados com SBA.

A prevalência foi de 1,9% da população clínica e de 12,8% numa coorte de doentes de Medicina Oral.

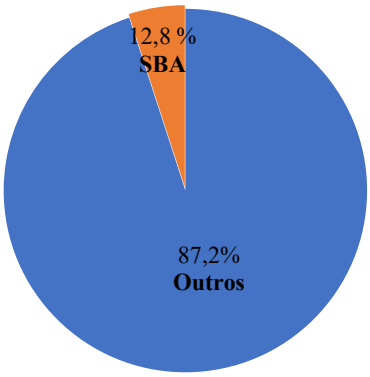

Gráfico 1. Prevalência de SBA numa coorte de doentes de Medicina Oral.

Dos 407 indivíduos com diagnóstico de SBA, 324 pertencem ao género feminino (80%) e 83 pertencem ao género masculino (20%).

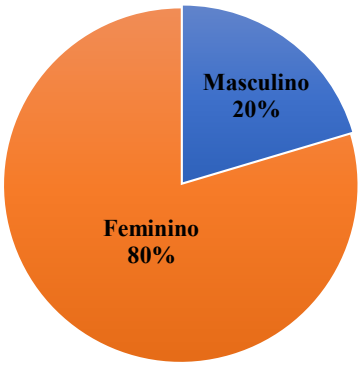

Gráfico 2. Distribuição da amostra por género.

Para analisar a incidência da SBA em relação à idade no momento do diagnóstico, as idades foram categorizadas em faixas etárias com intervalos de 10 anos (década de vida) e categorizadas por género.

Relativamente ao género Masculino, observa-se uma maior prevalência entre a quarta e quinta décadas de vida (41 e 50 anos) e a sexta e sétima décadas de vida (61 e 70 anos) com, igualmente, 19 indivíduos (22,9%) . Ao contrário, a idade menos prevalente foi entre os 10 e 20 anos (0%).

Relativamente ao género Feminino, observa-se uma maior prevalência entre indivíduos com mais de 70 anos com 95 indivíduos (29,3%), seguidamente entre a quinta e sexta décadas de vida (51 e 60 anos) com 82 indivíduos (25,3%). Ao invés, a idade menos prevalente foi entre os 10 e 20 anos com 1 indivíduo (0,3%).

A idade do diagnóstico de SBA variou entre os 17 e os 87 anos.

Tabela 2. Distribuição da amostra por género masculino e faixa etária.

Idade	Frequência (N) Masculino	Percentagem (%)
10-20 anos	0	0,0%
21-30 anos	1	1,2%
31-40 anos	14	16,9%
41-50 anos	19	22,9%
51-60 anos	16	19,3% *
61-70anos	19	22,9%
>70 anos	14	16,9%*
Total	83	100%

Tabela 3. Distribuição da amostra por género feminino e faixa etária.

Idade	Frequência (N) Feminino	Percentagem (%)
10-20 anos	1	0,3%
21-30 anos	7	2,2%
31-40 anos	32	9,9%
41-50 anos	32	9,9%
51-60 anos	82	25,3%*
61-70 anos	75	23,1%
>70 anos	95	29,3%*
Total	324	100%

- Diferenças estatisticamente significativas para sexo e idade para $p<0,05$

Neste estudo, foram também analisados os exames complementares realizados, sintomas, localizações anatómicas e padrões temporais, fatores desencadeantes, patologias consideradas no diagnóstico diferencial e os tratamentos na amostra de 407 indivíduos. Cada indivíduo reportou ou não mais que um fator, desta forma o número total de ocorrências nestas categorias pode ultrapassar ou diminuir o número total de indivíduos, refletindo a coocorrência de múltiplas características, ou não, num único indivíduo.

Através da análise do gráfico 3, verificou-se que 42% da amostra realizou exames complementares invasivos como biópsias, TC e RM e 22% realizaram outros exames. 35,9% da amostra não realizou exames complementares antes do diagnóstico.

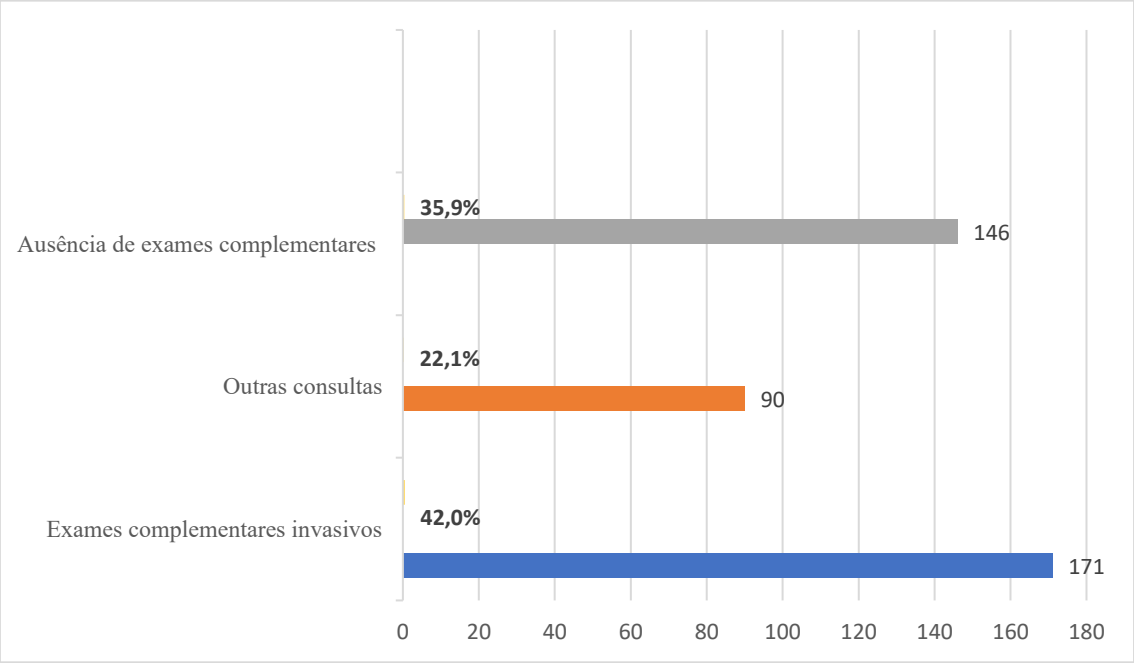

Gráfico 3. Exames complementares da amostra.

Através da análise do gráfico 4, os resultados revelaram que o sintoma mais prevalente foi o ardor com 60,7% (n=247). O sintoma de queimadura foi o segundo mais prevalente com 46,9% (n=191). Alterações do paladar foram relatados por 91 indivíduos (22,4%), seguido por xerostomia com 11,3% (n=46) e o sintoma menos prevalente relatado foi o calor com 4,2%, (n=17).
7,4% (n=30) da amostra não apresentavam sintomas.

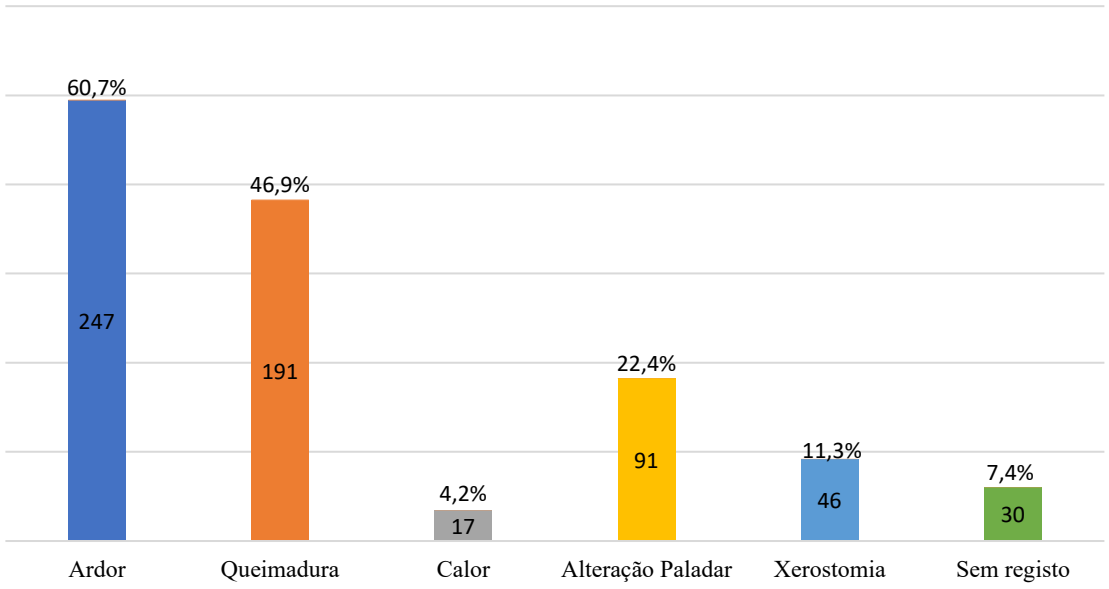

Gráfico 4. Distribuição dos sintomas autoreferidos da amostra.

A localização dos sintomas, em síntese, foi de 40,5% na língua, 23,5% nos lábios, 14,7% no palato e 5,7% em outras localizações, sendo que em 15,7% dos casos não estava registada uma localização específica.

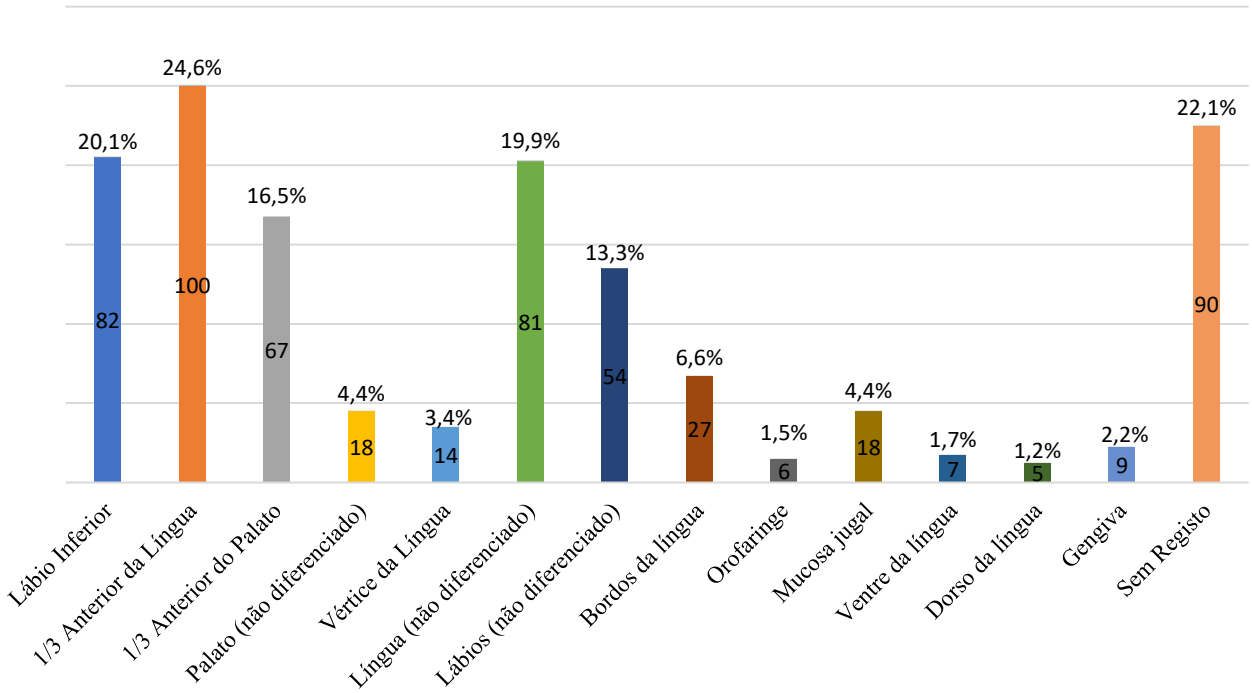

Gráfico 5. Distribuição das localizações anatómicas autoreferidas da amostra.

Relativamente ao padrão temporal dos sintomas relatados pelos indivíduos da amostra, "melhora de manhã" foi o mais prevalente com 29,2% (n=119), seguido por "piora ao longo do dia" com 22,9% (n=93). O menos prevalente foi "piora de manhã" com 1,7% (n=7).

40,8% (n=166) da amostra não relatou um padrão temporal dos sintomas.

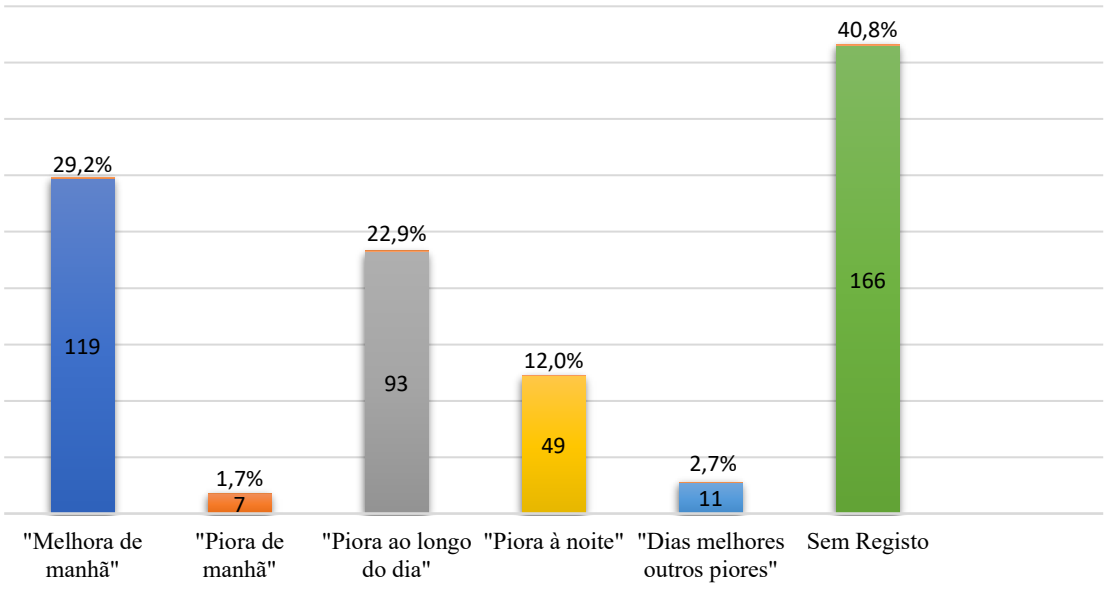

Gráfico 6. Distribuição do Padrão Temporal dos sintomas autoreferidos.da amostra.

Através da análise do gráfico 7, verificou-se que a ansiedade/stress foram os fatores mais mencionados pelos indivíduos, 25,8% (n=105), seguido do stress com 10,1% (n=41). Os fatores desencadeantes menos prevalentes correspondem à ansiedade com 3,4% (n=14) e à depressão com 3,2% (n=13).

54,1% (n=220) da amostra não apresentou fatores desencadeantes.

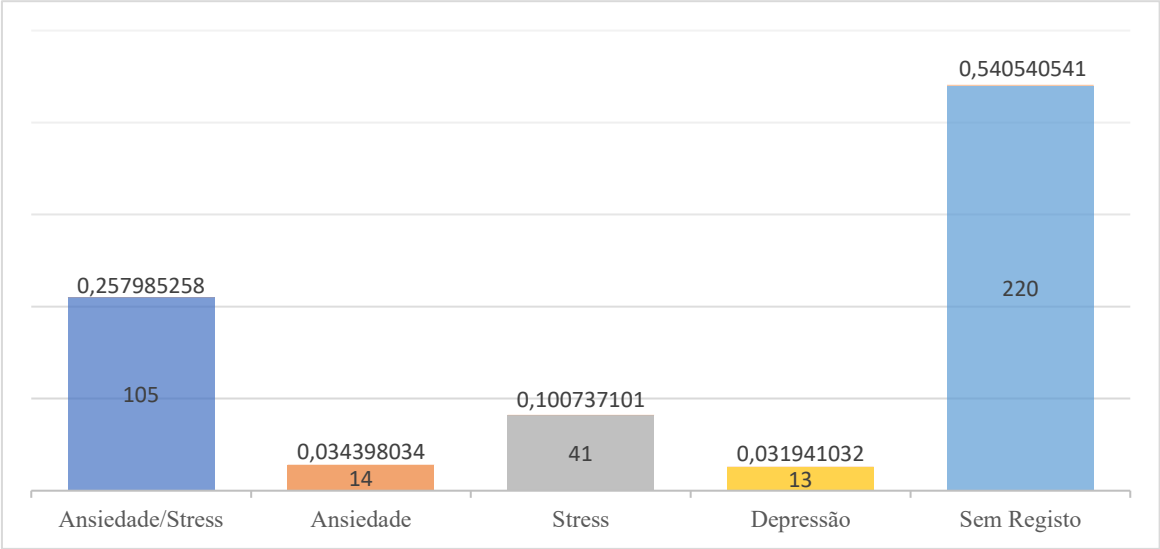

Gráfico 7. Distribuição dos Fatores Desencadeantes da amostra.

Com base na análise dos dados apresentados no gráfico 8, a condição mais prevalente é a principal característica da SBA, a ausência de lesões na mucosa oral com 94,3% (n=384). Por outro lado, as restantes patologias, como aftas, granuloma piogénico, estomatite, herpes e grânulos de fordyce, que são consideradas no diagnóstico diferencial da SBA, foram identificadas em apenas 0,2% da amostra.

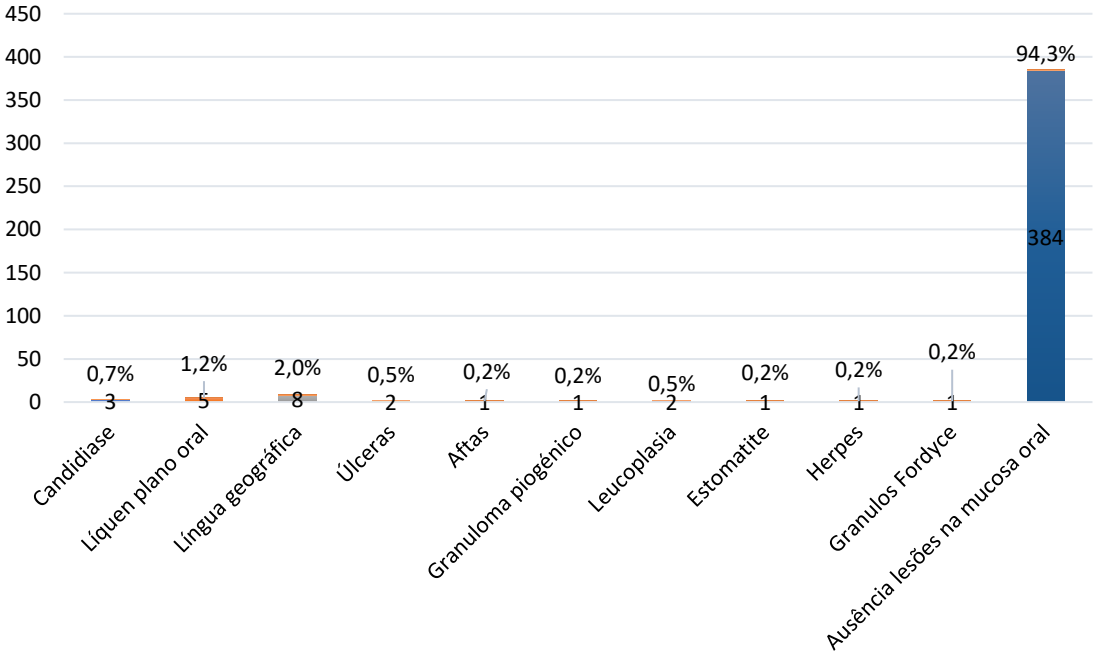

Gráfico 8. Distribuição das patologias consideradas no diagnóstico diferencial de SBA da amostra.

Relativamente ao tratamento efetuado em cada individuo da amostra, é possível verificar através da tabela 4 que a pregabalina é o medicamento mais utilizado com 45,7% (n=186). Em seguida, a nortriptilina com 34,2% (n=139). Ao invés, o tratamento menos prescrito foi a fluoxetina e amitriptilina com 0,5% (n=2).

12,8% (n=52) não apresentavam nenhum tipo de tratamento.

Tabela 4. Distribuição do tipo de tratamento efetuado na amostra.

Medicamentos (Princípio ativo)	**Frequência (N)**	**Percentagem (%)**
Nortriptilina (oral)	139	34,2%
Pregabalina (oral)	186	45,7%
Gabapentina (oral)	19	4,7%
Fluoxetina (oral)	2	0,5%
Clonazepam (oral)	7	1,7%
Amitriptilina (oral)	2	0,5%
Sem registo	52	12,8%

O atraso de diagnóstico foi de 41% até 6 meses, 35,6% até 2 anos e 17,5% em mais de 2 anos, como é possível analisar através do gráfico 9.

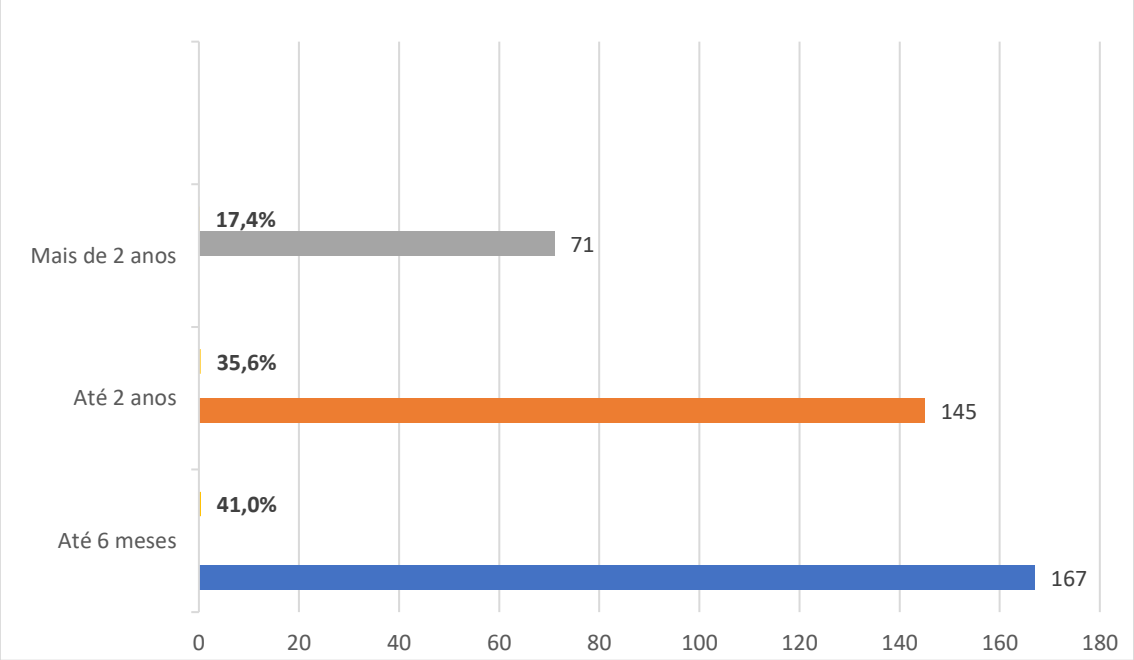

Gráfico 9. Distribuição do atraso de diagnóstico da amostra.

IV. DISCUSSÃO

A prevalência de SBA oscila entre 1,73% na população geral mundial e 7,72% entre os pacientes clínicos (Tirupathi et al., 2024).

Esta patologia continua a ser mal compreendida pelos profissionais de saúde, levando a atrasos prolongados no diagnóstico, o que compromete a eficácia dos tratamentos. Por esta razão, é fundamental melhorar o conhecimento desta doença, através de programas educativos, para garantir um diagnóstico mais rápido e, assim, otimizar o prognóstico e o tratamento dos doentes com SBA (Freilich et al., 2020).

Segundo dados do Barómetro de Saúde Oral 2021, 17% dos portugueses reduziram as idas ao médico dentista, sendo que cerca de 28% dos portugueses nunca o visitaram ou o fazem em apenas emergências. Isto indica que os resultados deste estudo não representam uma amostra da população portuguesa em geral, sendo necessário compará-los com estudos realizados em contextos similares.

Foi realizado um estudo observacional descritivo transversal (retrospetivo), analisando a incidência da SBA numa população portuguesa ao longo dos últimos 10 anos, com base em dados qualitativos coletados neste período.

O presente trabalho de investigação teve como principais objetivos estudar a incidência da SBA numa coorte de doentes de Medicina Oral, bem como as características clínicas, os possíveis fatores desencadeantes e as opções de tratamento utilizadas na amostra populacional estudada.

A lista continha um total de 407 processos realizados num período de 10 anos, na Clínica Integrada de Medicina Oral, verificou-se que a totalidade dos processos apresentavam diagnóstico de SBA assim como o consentimento informado devidamente preenchido. Assim, o número de amostras manteve-se nos 407 casos.

A incidência de SBA na coorte de doentes de Medicina Oral foi de 12,8%, valor que está alinhado com o referido no estudo populacional realizado por John et al., em que de 2000 a 2010 a incidência da SBA no condado de Olmsted, Minnesota foi de 11,4% (Kohorst et al., 2014). Enquanto Henriques et al., em 2015 na Clínica Integrada de Medicina Oral, Portugal, relataram uma prevalência de 18% das patologias orais, valor maior ao obtido no presente estudo (Henriques et al., 2016).

Destes 407 indivíduos, 80% são do género feminino e 20% do género masculino. Vários autores obtiveram de igual modo uma amostra superior de indivíduos do género feminino, como é possível averiguar através da revisão sistemática e meta-análise realizada por Shuangshuang et al., onde foram avaliados 18 artigos. 6 estudos relataram a prevalência por género em estudos de base populacional, incluindo um total de 5,861 mulheres (51,0%) e 5,641 homens (49,0%). A prevalência de SBA em mulheres foi de 1,15% comparativamente a 0,38% em homens. 5 estudos relataram a prevalência combinada de SBA em estudos clínicos, incluindo um total de 44,826 mulheres (60,1%) e 29,752 homens (39,9%) (Shuangshuang et al., 2021).

De igual modo, um estudo realizado na Universidade de Bari, Itália, por Corsalini et al., com uma amostra de 44 indivíduos com SBA, verificou-se que seis indivíduos eram do sexo masculino (12,1%) e vinte cinco do sexo feminino (56,8%), (Corsalini et al., 2013).

Um estudo realizado por López-Jornet et al., demostrou que numa amostra de 1,427 indivíduos, 53 (3,7%) apresentavam SBA, sendo 11 homens (1,6%) e 42 mulheres (5,5%). Resultados que vão ao encontro dos dados presentes neste estudo.

A heterogeneidade acentuada pode estar relacionada com diferenças fisiológicas e comportamentais dos géneros (Shuangshuang et al., 2021)

O presente estudo mostrou que a prevalência de indivíduos do sexo feminino é comparável a outros estudos relevantes. No entanto, a prevalência aumenta com a idade em homens e mulheres, sendo as mulheres pós-menopáusicas com idade entre os 60 e 69 anos as mais afetadas (Alsabbagh & Ouanounou, 2022). Estes achados são consistentes com os resultados observados neste estudo.

Relativamente à idade, a amostra foi dividida por géneros. No género masculino, a faixa etária variou entre os 34 e os 83 anos, sendo a faixa etária mais comum os 41-50 anos e 61-70 anos, com 22,9%, e a menos frequente foi entre os 10 e 20 anos (0,0%). Ao invés, no género feminino a faixa etária mais comum foi nos indivíduos com mais de 70 anos (29,3%), entre os 51 e 60 anos (25,3%) e seguidamente a faixa etária entre os 61-70 anos (23,1%). A menos frequente foi entre os 10-20 anos (0,3%). A faixa etária variou

entre os 17 e 87 anos, sendo que a maior prevalência total de indivíduos com SBA é a faixa >70 anos, com 109 indivíduos representando 26,78% do total da amostra. Kohorst e os seus colaboradores, realizaram um estudo populacional, com 149 casos, no condado de Olmsted, Minnesota, e concluíram que a prevalência total, por sexo e idade, mais alta é na faixa etária de 70-79 anos (0,34%). Constataram que a maior prevalência foi em mulheres de 70 a 79 anos (527,9 por 100.000 pessoas), o mesmo acontece nos homens com uma maior prevalência na mesma faixa etária (204,9 por 100.000 pessoas) como é possível observar na tabela 5, adaptada de Kohorst et al., 2015.

Tabela 5. Prevalência pontual da síndrome da boca ardente em 100.000 pessoas por idade e sexo no condado de Olmsted, Minnesota (Adaptado de Kohorst et al., 2015).

	Mulheres (n=125)		**Homens (n=24)**	
Faixa etária	**Nº de Casos**	**Proporção por 100.000 pessoas (IC 95%)**	**Nº de Casos**	**Proporção por 100.000 pessoas (IC 95%)**
<50	31	62,7 (42,6-89,0)	9	18,2 (8,3-34,5)
50-59	29	277,5 (185,8-398,5)	4	40,7(11,1-104,1)
60-69	33	507,1 (349,1-712,2)	2	34,5(4,2-124,6)
70-79	21	527,9 (326,8-807,0)	7	204,9 (82,4-422,2)
≥80	11	326,6 (163,0-584,4)	2	101,5 (12,3-366,5)
Total (IC 95%)		169,5 (141,1-201,9)		34,0 (21,8-50,7)

Este estudo mostra que a SBA afeta mais comumente mulheres com mais de 50 anos (Kohorst et al., 2015).

López-Jornet e os seus colaboradores, em 2010, realizaram um estudo em que afirmaram que na faixa etária dos 30 a 39 anos a prevalência foi de 0,6%, tendo uma maior prevalência na faixa etária dos 60 a 69 anos, 12,2% (López-Jornet et al., 2010)

Esta patologia é mais prevalente em mulheres durante a peri e pós-menopausa, o que apoia a teoria de que o estrogénio tem um papel importante, pois a redução destes níveis pode resultar numa atrofia do tecido da mucosa oral, tornando-a mais vulnerável a alterações inflamatórias e ao surgimento dos sintomas de SBA (Bookout et al., 2023).

Na amostra analisada, observou-se que os sintomas mais prevalentes relatados pela amostra foram o ardor, presente em 60,7% dos casos, seguido pela sensação de queimadura, que afetou 46,9% dos indivíduos, a alteração do paladar, registada em 22,4% dos casos e a xerostomia verificada em 11,3%. Estes valores destacam a predominância destes sintomas em comparação com outro menos prevalente, como a sensação de calor, em apenas 4,2% dos casos. Adamo e Spagnuolo, afirmam que o principal sintoma relatado pelos pacientes é o ardor (Adamo & Spagnuolo, 2022).

No estudo de Kim et al., a amostra foi dividida em dois grupos, sendo que a sensação de queimadura foi a mais relatada no grupo 1 e grupo 2, 92,6% e 85,6%, respetivamente. A xerostomia foi o segundo sintoma mais comum nos grupos 1 e 2, 78,3% e 67,0%, respetivamente. Seguidamente a alteração do paladar foi de 61,9% no grupo 1 e 52,6% no grupo 2 (Kim et al., 2020)

No estudo de Zhao e seus colaboradores, em 2023, concluíram que 74% apresentavam xerostomia, 42% relataram alterações do paladar e 38% dos pacientes relatou a tríade de sintomas clássicos de SBA, incluindo sintomas de queimadura (Zhao et al., 2023).

Embora nos estudos anteriores os sintomas relatados não apresentem a mesma prevalência de ocorrência, essa variação é insignificante, pois os principais sintomas estão consistentemente enumerados em todos eles.

Quanto à localização anatómica, as mais comuns foram o terço anterior da língua (24,6%), lábio inferior (20,1%), língua (não diferenciada) com 19,9%, o terço anterior do palato (19,9%), os lábios (não diferenciados) com 13,3% e os bordos da língua (6,6%). As menos comuns foram a mucosa jugal e palato, não diferenciado, igualmente com 4,4%, a gengiva (2,2%), o ventre da língua (1,7%), orofaringe (1,5%) e o dorso da língua (1,2%). Em síntese, a língua com 40,5%, 23,5% lábios e 14,7% palato, foram as localizações mais prevalentes, resultados também verificados por diversos autores.

No estudo de Zhao e seus colaboradores, em 2023, afirmaram que a língua foi a localização anatómica mais prevalente (94%), seguida pelo palato duro anterior (26%) e mucosa labial (18%). Concluíram também que os sintomas de SBA afetam essencialmente a língua, mais comumente a ponta e os bordos, os lábios e o palato mole e duro (Zhao et al., 2023). Tan e Renton, afirmaram que os sintomas afetam essencialmente a língua, especialmente os dois terços anteriores ou a ponta, seguida pelo palato duro, gengiva, região inferior da boca e pescoço (Tan & Renton, 2020).

Num estudo realizado por Kim e seus colaboradores, a amostra foi dividida em dois grupos, a maioria dos pacientes relatou a língua como a localização mais predominante dos sintomas, grupo 1: 97,5% e grupo 2: 95,9% (Kim et al., 2020)

Embora qualquer área possa ser afetada, a língua é a localização mais comumente afetada (Russo et al., 2022; Adamo & Spagnuolo, 2022).

As diferenças na prevalência dos sintomas entre o presente estudo e os estudos anteriormente apresentados podem ser explicadas pela maior especificidade na classificação das áreas anatómicas no presente estudo. Além disso, variações na perceção dos pacientes e nas metodologias de colheita de dados também podem contribuir para estas divergências. Contudo, a língua foi consistentemente a área mais afetada em todos os estudos, reforçando a vitalidade dos resultados.

Relativamente ao padrão temporal dos sintomas, verificou-se que 29,2% da amostra referiu que os sintomas melhoravam de manhã, 22,9% pioravam ao longo do dia, 12,0% pioravam à noite e apenas 2,7% e 1,7% relataram dias melhores e outros piores e piora de manhã, respetivamente.

Kim et al., afirmou através de um estudo realizado em 2020, que 36 pacientes (72%) relataram persistência dos sintomas ao longo do dia, 11 pacientes (22%) relataram despertar assintomático pela manhã, com aumento ao longo do dia e pioravam à noite. Apenas 3 pacientes (6%) relataram dias melhores e outros piores. Estudo que vai ao encontro ao analisado no presente estudo (Kim et al., 2020).

Lopez-Jornet e os seus colaboradores, realizaram um estudo com 26 participantes, em que afirmaram que durante um período de estudo de 14 dias, observaram um aumento da dor ao longo do dia na maioria dos casos com valor médio de 4,40 ± 1,84 pela manhã, 5,30 ± 1,85 à tarde e 5,73 ± 2,03 à noite (Lopez-Jornet et al., 2010).

A American Academy of Oral Medicine caracterizou três padrões clínicos: "Nenhuma ou pouca queimação ao acordar pela manhã, com queimação aumentando ao longo do dia e piorando à noite."; "Sintomas contínuos ao longo do dia, desde o momento em que se acorda." e "Sintomas intermitentes com alguns dias sem sintomas." (American Academy of Oral Medicine, n.d.).

A intensidade da dor foi observada como sendo variável ao longo do dia, mas os mecanismos exatos que causam estas flutuações ainda não são totalmente compreendidos. Embora o sistema circadiano seja conhecido por regular muitas funções fisiológicas, o seu papel específico na modulação da dor permanece ainda desconhecido (Daguet et al., 2022).

Quanto aos fatores desencadeantes da amostra, a ansiedade/stress apresentam 25,8% da amostra analisada, o stress 10,1%, a ansiedade 3,4% e a depressão 3,2%. 220 processos não apresentavam informação relativamente a estes fatores. Vários estudos constataram resultados similares.

Um estudo realizado por Kim e os seus colaboradores, em 2020, de um total de 1758 participantes, a incidência geral de depressão e ansiedade foi maior em pacientes com SBA (Kim et al., 2020)

Adamo et al., investigaram 50 pacientes com SBA e concluíram que esses pacientes apresentavam maior tendência a distúrbios do sono, ansiedade e depressão quando comparados aos grupos controlo (Adamo et al. 2013).

De Souza e seus colaboradores, afirmaram que apresentaram pontuações mais altas na escala de Hamilton para depressão e ansiedade em pacientes com SBA (De Souza et al., 2012).

Um estudo de Sikora et al., em 2018, averiguou que o grupo com SBA apresentou pontuações mais altas de ansiedade e depressão (Sikara et al., 2018).

A patogénese da SBA ainda não é totalmente compreendida, mas fatores como condições psicológicas e neuropáticas são consideradas potenciais causas. Estudos têm demostrado uma forte associação entre SBA e distúrbios psicopatológicos, como depressão e ansiedade. O stress é influenciado por emoções variadas, que podem ter efeitos contraditórios na percepcao da dor. A resposta ao stress não ocorre isoladamente, esta é moldada pela constituição genética do individuo, assim como por experiências vivenciadas e fatores ambientais, o que pode intensificar ou atenuar os sintomas de SBA (Ahmad & Zakaria, 2015; Kim et al., 2020).

Relativamente à distribuição das patologias consideradas no diagnóstico diferencial da SBA na amostra estudada. A condição mais prevalente é a ausência de lesões na mucosa oral, representando 94,3% dos casos confirmando, deste modo, é considerada a principal característica da SBA. Outras patologias, como candidíase, úlceras, aftas, granuloma piogénico, aparecem com uma prevalência inferior a 1,2%

Vários autores afirmam que a SBA é caracterizada por uma ausência de lesões causais identificáveis e/ou achados laboratoriais, com ou sem alterações somatossensoriais (Tan et al., 2022; Adamo & Spagnuolo, 2022; Russo et al., 2022). O que vai de encontro ao presente estudo.

Distúrbios atípicos e idiopático, como problemas temporomandibulares, patologias da mucosa oral, patologias associadas aos dentes e reabilitações protéticas, são as principais condições que apresentam sintoma semelhantes à SBA, deste modo o seu diagnostico é feito por exclusão, o que significa que todas as outras possíveis causas de dor devem ser descartadas antes de confirmar o diagnóstico (Bookout et al., 2023; Ritchie & Kramer, 2018).

Relativamente ao tipo de tratamento efetuado observamos que a pregabalina, antiepilético, foi o meio de tratamento mais prevalente (45,7%), seguidamente o antidepressivo tricíclico, nortriptilina e o antiepilético, gabapentina, 34,2% e 4,7%,

respetivamente. De seguida o clonazepam, benzodiazepínico, com 1,7%. Os menos prevalentes foram amitriptilina, antidepressivo tricíclico, e fluoxetina, inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), com 0,5%. Todos os medicamentos foram tomados via oral.

A SBA é uma condição crónica de dor orofacial neuropática tornando a sua avaliação e tratamento cada vez mais complexos, não existindo ainda consenso sobre a sua etiopatogenia. (Adamo et al., 2023; Tan & Renton, 2020).

Estudos retrospetivos demostraram que o clonazepam e a amitriptilina podem proporcionar um alívio significativo da dor. Além disso, antiepiléticos como a gabapentina e a pregabalina são amplamente utilizados no tratamento da dor neuropática associada à SBA. Os ISRS também têm sido cada vez mais utilizados, e existem estudos que demonstram a sua eficácia, particularmente o clonazepam que demostrou uma eficácia superior em comparação ao placebo (70%) (Reyad et al., 2020)

Os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos não têm demonstrado resultados consistentes e eficazes, e até ao momento, não existe um tratamento curativo padronizado. Os pacientes são frequentemente aconselhados a evitar substâncias que possam irritar a mucosa oral, como alimentos e bebidas muito ácidas, quentes ou picantes e também bebida alcoólicas (Tan & Renton, 2020).

No que se refere ao atraso do diagnostico, observou-se que 41% da amostra teve um atraso de até 6 meses, 35,6% até 2 anos e 17,5% em mais de dois anos. A média estimada do atraso no diagnóstico, com base nos intervalos da amostra, é de aproximadamente 11,8 meses, valor relativamente próximo ao observado por Richeal et al., 2019 obtendo um tempo médio do início dos sintomas até o diagnóstico de 13 meses. Por outro lado, os resultados do estudo realizado por Adamo et al., 2024 demostraram que o atraso médio no diagnóstico foi de 29,71 ± 47,19 meses, valor significativamente mais elevado que o obtido no presente estudo (Adamo et al., 2024; Richeal et al., 2019).

É possível constatar que houve um atraso no diagnóstico com um aumento substancial de exames complementares que poderiam ter sido evitados. Este atraso não só impacta negativamente a saúde e o bem-estar dos pacientes, mas também resulta em custos desnecessários (Henriques et al., 2016).

III. CONCLUSÃO

Este estudo clínico revelou que a prevalência de SBA na coorte de doentes de Medicina Oral foi de 12,8%. Sendo significativamente mais prevalente no género feminino (80%) e foi mais frequentemente diagnosticada em indivíduos com mais de 70 anos (29,3%). O sintoma predominante foi o ardor (60,7%), sendo a localização mais frequente a língua (40,5%). Os sintomas apresentaram uma melhoria mais notável durante a manhã (29,2%). A ansiedade/stress foram os fatores desencadeantes mais frequentemente mencionados pela amostra (25,8%). A principal característica desta síndrome é a ausência de lesões na mucosa oral, presente em 94,3% dos casos. Em termos de tratamento, o fármaco mais prescrito foi a pregabalina (45,7%). Houve um atraso no diagnostico com aumento dos exames complementares desnecessários. Os resultados da nossa casuística estão em consonância com a literatura internacional, oferecendo assim uma contribuição para o entendimento desta condição ainda pouco compreendida.

A Síndrome da boca ardente continua a ser uma síndrome subdiagnosticada e subtratada, com um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes. É crucial na nossa prática clínica estarmos atentos aos sintomas relatados pelos pacientes pois o reconhecimento precoce e um diagnostico assertivo podem evitar atrasos no tratamento, que muitas vezes prolongam o sofrimento dos pacientes. A SBA, por não apresentar lesões visíveis, pode ser confundida com outras patologias orais ou até desconsiderada, o que enfatiza a importância de uma abordagem clínica minuciosa.

Os médicos dentistas e os restantes profissionais de saúde devem adotar uma abordagem multidisciplinar dado o impacto psicossocial frequentemente associado a esta doença. Através de uma maior conscientização e conhecimento desta patologia, é possível oferecer aos pacientes um tratamento adequado e acima de tudo uma melhor qualidade de vida.

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adamo, D., & Spagnuolo, G. (2022). Burning Mouth Syndrome: An Overview and Future Perspectives. International journal of environmental research and public health, 20(1), 682. https://doi.org/10.3390/ijerph20010682

Adamo, D., Calabria, E., Canfora, F., Coppola, N., Pecoraro, G., D'Aniello, L., Aria, M., Mignogna, M. D., & Leuci, S. (2024). Burning mouth syndrome: Analysis of diagnostic delay in 500 patients. *Oral diseases*, *30*(3), 1543–1554. https://doi.org/10.1111/odi.14553

Adamo, D., Canfora, F., Calabria, E., Coppola, N., Sansone, M., Spagnuolo, G., Pecoraro, G., Aria, M., D'Aniello, L., Mignogna, M. D., & Leuci, S. (2023). Burning Mouth Syndrome and Hypertension: Prevalence, Gender Differences and Association with Pain and Psycho-Social Characteristics-A Case Control Study. International journal of environmental research and public health, 20(3), 2040. https://doi.org/10.3390/ijerph20032040

Adamo, D., Schiavone, V., Aria, M., Leuci, S., Ruoppo, E., Dell'Aversana, G., & Mignogna, M. D. (2013). Sleep disturbance in patients with burning mouth syndrome: a case-control study. *Journal of orofacial pain*, *27*(4), 304–313. https://doi.org/10.11607/jop.1109

Ahmad, A. H., & Zakaria, R. (2015). Pain in Times of Stress. *The Malaysian journal of medical sciences : MJMS*, *22*(Spec Issue), 52–61.

Alsabbagh, R., & Ouanounou, A. (2022). Burning mouth syndrome: Etiology, clinical presentations, and treatment alternatives. Dentistry Review, 2(1), 100036. https://doi.org/10.1016/j.dentre.2022.100036

American Academy of Oral Medicine. (n.d.). *Burning mouth syndrome*. Retrieved August 14, 2024, from https://www.aaom.com/index.php?option=com_content&view=article&id=81:burning-mouth-syndrome&catid=22:patient-condition-information&Itemid=120

Ananthan, S., & Benoliel, R. (2020). Chronic orofacial pain. Journal of neural transmission (Vienna, Austria : 1996), 127(4), 575–588. https://doi.org/10.1007/s00702-020-02157-3

Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (n.d.). Definições. APED. Recuperado de https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes

Badel, T., Zadravec, D., Bašić Kes, V., Smoljan, M., Kocijan Lovko, S., Zavoreo, I., Krapac, L., & Anić Milošević, S. (2019). OROFACIAL PAIN - DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGES. Acta clinica Croatica, 58(Suppl 1), 82–89. https://doi.org/10.20471/acc.2019.58.s1.12

Bookout, G. P., Ladd, M., & Short, R. E. (2023). Burning Mouth Syndrome. In StatPearls. StatPearls Publishing.

Chmieliauskaite, M., Stelson, E. A., Epstein, J. B., Klasser, G. D., Farag, A., Carey, B., Albuquerque, R., Mejia, L., Ariyawardana, A., Nasri-Heir, C., Sardella, A., Carlson, C., & Miller, C. S. (2021). Consensus agreement to rename burning mouth syndrome and improve International Classification of Diseases-11 disease criteria: an international Delphi study. Pain, 162(10), 2548–2557. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002243

Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. Lancet (London, England), 397(10289), 2082–2097. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7

Corsalini, M., Di Venere, D., Pettini, F., Lauritano, D., Petruzzi, M. (2013). Distúrbios temporomandibulares em pacientes com síndrome da boca ardente: um estudo observacional. International Journal of Medical Sciences , 10(12), 1784-1789. https://doi.org/10.7150/ijms.6327.

de Souza, F. T., Teixeira, A. L., Amaral, T. M., dos Santos, T. P., Abreu, M. H., Silva, T. A., & Kummer, A. (2012). Psychiatric disorders in burning mouth syndrome. *Journal of psychosomatic research*, *72*(2), 142–146. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.11.008

DiBonaventura, M. D., Sadosky, A., Concialdi, K., Hopps, M., Kudel, I., Parsons, B., Cappelleri, J. C., Hlavacek, P., Alexander, A. H., Stacey, B. R., Markman, J. D., & Farrar, J. T. (2017). The prevalence of probable neuropathic pain in the US: results from a multimodal general-population health survey. Journal of pain research, 10, 2525–2538. https://doi.org/10.2147/JPR.S127014

Dugan, C., Popescu, B. O., Țovaru, S., Pârlătescu, I., Musat, I. A., Dobre, M., Ribigan, A. C., & Milanesi, E. (2023). Neuropsychological assessment of Romanian burning mouth syndrome patients: stress, depression, sleep disturbance, and verbal fluency impairments. Frontiers in psychology, 14, 1176147. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1176147

Finnerup, N. B., Haroutounian, S., Kamerman, P., Baron, R., Bennett, D. L. H., Bouhassira, D., Cruccu, G., Freeman, R., Hansson, P., Nurmikko, T., Raja, S. N., Rice, A. S. C., Serra, J., Smith, B. H., Treede, R. D., & Jensen, T. S. (2016). Neuropathic pain: an updated grading system for research and clinical practice. Pain, 157(8), 1599–1606. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000492

Fitzcharles, M. A., Cohen, S. P., Clauw, D. J., Littlejohn, G., Usui, C., & Häuser, W. (2021). Nociplastic pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. Lancet (London, England), 397(10289), 2098–2110. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5

Freilich, J. E., Kuten-Shorrer, M., Treister, N. S., Woo, S. B., & Villa, A. (2020). Burning mouth syndrome: a diagnostic challenge. *Oral surgery, oral medicine, oral pathology and oral radiology*, *129*(2), 120–124. https://doi.org/10.1016/j.oooo.2019.09.015

Henriques, I., Cardoso, I., Pinto, A. C., Trancoso, P. F., & Azul, A. M. (2016). Characterization of a population (312 patients) with Burning Mouth Syndrome [Poster presentation]. Integrated Oral Medicine Clinic, Lisbon, Portugal

Inès Daguet, Véronique Raverot, Didier Bouhassira, Claude Gronfier, Ritmicidade circadiana da sensibilidade à dor em humanos, *Cérebro* , Volume 145, Edição 9, setembro de 2022, páginas 3225–3235, https://doi.org/10.1093/brain/awac147

International Classification of Orofacial Pain, 1st edition (ICOP). (2020). Cephalalgia : an international journal of headache, 40(2), 129–221. https://doi.org/10.1177/0333102419893823

Jin MY, Everett ES, Abd-Elsayed A. Microbiological and Physiological Effects of Pain. Curr Pain Headache Rep. 2023 Jun;27(6):165-173. doi: 10.1007/s11916-023-01114-5. Epub 2023 Apr 22. PMID: 37086365; PMCID: PMC10122082.

Kim, J. Y., Kim, Y. S., Ko, I., & Kim, D. K. (2020). Association Between Burning Mouth Syndrome and the Development of Depression, Anxiety, Dementia, and Parkinson Disease. *JAMA otolaryngology-- head & neck surgery*, *146*(6), 561–569. https://doi.org/10.1001/jamaoto.2020.0526

Kim, M. J., Kim, J., & Kho, H. S. (2020). Comparison of clinical characteristics between burning mouth syndrome patients with bilateral and unilateral symptoms. *International journal of oral and maxillofacial surgery*, *49*(1), 38–43. https://doi.org/10.1016/j.ijom.2019.06.013

Klasser, G. D., Grushka, M., & Su, N. (2016). Burning Mouth Syndrome. Oral and maxillofacial surgery clinics of North America, 28(3), 381–396. https://doi.org/10.1016/j.coms.2016.03.005

Kohorst, J. J., Bruce, A. J., Torgerson, R. R., Schenck, L. A., & Davis, M. D. P. (2015). The prevalence of burning mouth syndrome: a population-based study. *The British journal of dermatology*, *172*(6), 1654–1656. https://doi.org/10.1111/bjd.13613

Kohorst, J. J., Bruce, A. J., Torgerson, R. R., Schenck, L. A., & Davis, M. D. (2014). A population-based study of the incidence of burning mouth syndrome. Mayo Clinic proceedings, 89(11), 1545–1552. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.05.018

Labanca M, Gianò M, Franco C, Rezzani R. Orofacial Pain and Dentistry Management: Guidelines for a More Comprehensive Evidence-Based Approach. Diagnostics. 2023; 13(17):2854. https://doi.org/10.3390/diagnostics13172854

Leuci, S., Coppola, N., Adamo, D., Crocetto, F., Barone, B., Baldares, S., Canfora, F., & Mignogna, M. D. (2023). Sexual desire, mood disorders and sleep disturbances in female BMS patients: A controlled study. Journal of oral pathology & medicine : official publication of the International Association of Oral Pathologists and the American Academy of Oral Pathology, 52(3), 276–282. https://doi.org/10.1111/jop.13362

Li, X., Li, Q., Li, J., Wang, X., Zou, H., Wang, S., & Fan, J. (2024). The improvement of pain symptoms in patients with burning mouth syndrome through combined laser and medication therapy. Technology and health care : official journal of the European Society for Engineering and Medicine, 10.3233/THC-248044. Advance online publication. https://doi.org/10.3233/THC-248044

López-Jornet, P., Camacho-Alonso, F., Andujar-Mateos, P., Sánchez-Siles, M., & Gómez-Garcia, F. (2010). Burning mouth syndrome: an update. *Medicina oral, patologia oral y cirugia bucal*, *15*(4), e562–e568. https://doi.org/10.4317/medoral.15.e562

Matsuka Y. (2022). Orofacial Pain: Molecular Mechanisms, Diagnosis, and Treatment 2021. International journal of molecular sciences, 23(9), 4826. https://doi.org/10.3390/ijms23094826

Ni Riordain, R., O'Dwyer, S., & McCreary, C. (2019). Burning mouth syndrome-a diagnostic dilemma. *Irish journal of medical science*, *188*(3), 731–734. https://doi.org/10.1007/s11845-018-01960-

Pigg, M., Nixdorf, D. R., Law, A. S., Renton, T., Sharav, Y., Baad-Hansen, L., & List, T. (2021). New International Classification of Orofacial Pain: What Is in It For Endodontists?. Journal of endodontics, 47(3), 345–357. https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.12.002

Raja, S.N., Carr, D.B., Cohen, M., Finnerup, N.B., Flor, H., Gibson, S., et al. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain;23. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001939. Online ahead of print. » https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939

Ritchie, A., & Kramer, J. M. (2018). Recent Advances in the Etiology and Treatment of Burning Mouth Syndrome. Journal of dental research, 97(11), 1193–1199. https://doi.org/10.1177/0022034518782462

Russo, M., Crafa, P., Franceschi, M., Rodriguez-Castro, K. I., Franzoni, L., Guglielmetti, S., Fiore, W., & Di Mario, F. (2022). Burning mouth syndrome and Reflux Disease: relationship and clinical implications. Acta bio-medica : Atenei Parmensis, 93(6), e2022329. https://doi.org/10.23750/abm.v93i6.13391

Salerno, C., Di Stasio, D., Petruzzi, M., Lauritano, D., Gentile, E., Guida, A., Maio, C., Tammaro, M., Serpico, R., & Lucchese, A. (2016). An overview of burning mouth syndrome. Frontiers in bioscience (Elite edition), 8(1), 213–218. https://doi.org/10.2741/E762

Sikora, M., Verzak, Ž., Matijević, M., Včev, A., Siber, S., Musić, L., & Carek, A. (2018). Anxiety and Depression Scores in Patients with Burning Mouth Syndrome. *Psychiatria Danubina*, *30*(4), 466–470. https://doi.org/10.24869/psyd.2018.466

Šklebar, D., Šklebar, I., Cesarik, M., Barada, A., & Maletić, A. (2015). Neuropathic orofacial pain – dianostic and therapeutic challenges. Periodicum Biologorum , 117 , 231–237.

Tan, H., & Renton, T. (2020). Burning Mouth Syndrome: An Update. Cephalalgia Reports, 3, 1-18. https://doi.org/10.1177/2515816320970143

Tirupathi, S. P., Malothu, S., Allaparthi, U., Velvaluri, S., Afnan, L., Budia, S., & Sachdev, M. (2024). Burning measure for burning mouth syndrome: a systematic review. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, *50*(2), 63–69. https://doi.org/10.5125/jkaoms.2024.50.2.63

Wu, S., Zhang, W., Yan, J., Noma, N., Young, A., & Yan, Z. (2022). Worldwide prevalence estimates of burning mouth syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Oral diseases*, *28*(6), 1431–1440. https://doi.org/10.1111/odi.13868

Zhao, H., Ran, S., Gan, K., Du, Y., & Li, W. (2023). Pain sensitivity and quality of life of patients with burning mouth syndrome: a preliminary study in a Chinese population. *BMC oral health*, *23*(1), 951. https://doi.org/10.1186/s12903-023-03689-2