

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA SÍNDROME DE ARDOR BUCAL

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ORAL BURNING SYNDROME

Recibido: 23/09/2013
Aprobado: 10/06/2015

Guilherme Henrique Borges¹
Marcelo Sivieri Araujo²

El objetivo de este estudio fue realizar una revisión de literatura sobre los factores asociados con el diagnóstico y tratamiento del síndrome de ardor bucal (SAB) que el cirujano dentista debe ser capaz de reconocer. Las bases de datos consideradas fueron: PUBMED, MEDLINE, LILACS y SCIELO en el período de 2000 al 2014, con uso de descriptores involucrados con SAB. Fueron encontrados 25 artículos y los resultados mostraron dos categorías - *Diagnóstico do SAB y Tratamiento del SAB*. Diversas modalidades terapéuticas existen, sin embargo éstos son paliativos, donde la asociación de trastorno psicológico, depresión y ansiedad en pacientes es un hallazgo frecuente. Nuevos estudios son necesarios, para la aclaración de la patogénesis de la SAB y, para ofrecer mejor calidad de vida para los pacientes y un mayor conocimiento de las modalidades de tratamiento.

Descriptores: Diagnóstico; Síndrome de boca ardiente; Terapéutica.

O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre os fatores associados ao diagnóstico e tratamento da síndrome de ardência bucal (SAB) que o cirurgião-dentista deve estar apto a reconhecer. As bases de dados consideradas foram: PUBMED, MEDLINE, LILACS e SCIELO no período de 2000 a 2014, com uso de descritores ligados a SAB. Foram encontrados 25 artigos e os resultados mostraram duas categorias - *Diagnóstico do SAB e Tratamento do SAB*. Verificaram-se diversas modalidades terapêuticas, porém estas são paliativas, na qual a associação de transtorno psicológico, depressão e ansiedade nos pacientes é um achado comum. Novos estudos são necessários para a elucidação da patogênese da SAB, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida para os pacientes, e um maior conhecimento das modalidades de manejo e tratamento.

Descritores: Diagnóstico; Síndrome da ardência bucal; Terapêutica.

The objective of this study was to conduct a literature review on the factors associated with the diagnosis and treatment of burning mouth syndrome (SAB) that the dental surgeon should be able to recognize. The databases considered were: PUBMED, MEDLINE, LILACS and SCIELO in the period from 2000 to 2014, with use of descriptors connected to SAB. Were found 25 articles and the results showed two categories - *Diagnosis of SAB and Treatment of SAB*. Different therapeutic modalities exist, however these are palliative, where the association of psychological disorder, depression and anxiety in patients is a common finding. It is concluded that further studies are needed for the elucidation of the pathogenesis of the SAB, in order to provide better quality of life for patients, and a greater awareness of the modalities of treatment.

Descriptors: Diagnosis; Burning mouth syndrome, Therapeutics.

¹Cirujano Dentista. Especializándose en Ortodoncia en la Universidad Paulista. Estudiante de Maestría en Ciencias de la Salud en la Universidad Federal del Triángulo Mineiro (UFTM) guido@live.com

²Cirujano Dentista. Especialista en Patología Bucal. Maestría en Odontología. Doctor en Patología Básica y Experimental. Profesor de la Universidad de Uberaba (UNIUBE) en el Departamento de Odontología y Departamento de Fisioterapia. marcelo.sivieri@uniube.br

INTRODUCCIÓN

Personas con síntomas de dolores, sequedad y sensación de ardor o quemazón en la boca que buscan atendimento odontológico son tratadas de diversas maneras sin llegar a un diagnóstico o pronóstico decisivo¹.

El Síndrome del Ardor Bucal (SAB) es caracterizado por dolor en la cavidad bucal con o sin señales inflamatorias, y sin lesiones específicas²⁻⁴. La sinonimia para SAB abarca glosodinia, disestesia oral, glosopirosis, glosalgia, estomatopirosis, estomatodinia⁵.

El SAB es una condición relativamente común y ocurriendo más en mujeres post menopausia y en personas ancianas o de mediana edad, no habiendo predominio para etnias y clases socioeconómicas⁶.

La presencia de dolor en la boca, alteraciones del paladar y de la salivación, sin lesión clínicamente detectable en la mucosa bucal, se caracteriza como una tríada patognomónica para el SAB. El dolor es del tipo ardor, de intensidad moderada a severa, pudiendo persistir por años, afectando los bordes laterales y punta de la lengua. Puede haber sensación dolorosa en encías, labios y mucosa bucal, sin alteraciones clínicas visibles al examen bucal y faríngeo^{4,5,7}.

En los pacientes afectados por el SAB, hay aumento de la sensación dolorosa en el transcurso del día, en los estados de tensión, fatiga, al hablar mucho, al ingerir alimentos picantes y calientes, ocurriendo mejoría con la ingestión de alimentos fríos, con la realización de algún tipo de trabajo y/o distracción. La sensación de ardor no sigue la anatomía de los nervios periféricos y típicamente afecta en más de un sitio⁵.

La queja de labios y boca seca, intensa salivación, hipogeusia y de disgeusia, y alteración en el gusto principalmente para lo metálico, salado o amargo son frecuentemente encontrados en los pacientes con el Síndrome^{5,7}. La composición de la saliva del paciente con el SAB puede presentar alteraciones, como aumento en la cantidad de potasio, proteínas y fosfatos, haciendo la saliva más espesa y pegajosa⁷.

La etiología del SAB todavía es desconocida, pero factores locales, sistémicos

y psicogénicos son apuntados como desencadenadores de la enfermedad, evidenciando así, su carácter multifactorial⁷.

Los pacientes portadores del SAB buscan auxilio de especialistas como cirujanos dentistas, otorrinolaringólogo, dermatólogo y hacen uso de corticoides, analgésicos, antibiótico, estrógeno, retinoides y psicotrópicos⁸.

La realización de anamnesis, examen físico general, exámenes de la cavidad bucal y oro faringe minuciosos son fundamentales para evitar que el tratamiento sea basado en tentativas y errores⁵.

Buscando colaborar en la ampliación del conocimiento de los profesionales del área de la salud, sobre los procedimientos útiles en el diagnóstico y en la elección de modalidades terapéuticas del SAB, el objetivo de ese trabajo fue realizar una revisión de literatura sobre los factores asociados al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que el Cirujano-Dentista debe estar apto a reconocer.

MÉTODO

Esta es una revisión sobre publicaciones en revistas indizadas, acerca del síndrome de ardor bucal, considerando el período de 2000 a 2014, en los bancos de datos PUBMED, MEDLINE, LILACS e SCIELO.

Para la búsqueda se utilizaron los descriptores: glosodinia, estomatodinia, etiopatogenia, tratamiento, dolor oro facial, síndrome de boca ardiente, dolor de neuropatía, dolor bucal, etiología, factores psicógenos, modelo neuroinflamatoria, neuroplasticidad, teoría neurótico, trastornos hormonales, inducido por drogas, fármacos antihipertensivos, enzima convertidor de angiotensina, inhibidores de enzimas, receptor de angiotensina II antagonistas, ensayos clínicos de casos, antidepressivos, analgésicos, manejos, fisiopatología, evaluación, xerostomía.

Para la clasificación en cuanto al tema estudiado, se realizó una lectura inicial, que originó categorías temáticas.

RESULTADOS

Después del análisis de las publicaciones se consideraron 25 publicaciones, siendo: 5 monografías, 18 artículos científicos y dos capítulos de libros, que atendían al objetivo del estudio. El estudio presentó dos categorías, a saber: *Diagnóstico del SAB* y *Tratamiento del SAB*

DISCUSIÓN

Diagnóstico del SAB

El SAB puede ser definido como una entidad clínica caracterizada por dolor y/o sensación de ardor localizada en determinada región o por toda la mucosa bucal sin la detección de lesiones o alteraciones normales^{1-4,6,9,10}. La patogenia de esta enfermedad aún es desconocida, lo que dificulta el avance en la investigación de un tratamiento eficaz^{3,11,12}.

Los portadores del SAB se caracterizan por ser ansiosos, desconfiados, deprimidos, preocupados, socialmente aislados y con funciones corporales y emocionales agitadas, con tendencia a cansarse con facilidad, sufren de tensión muscular, acostumbran tener la voz monótona y son afectados por posibles palpitations e indigestión. Generalmente, son individuos hipocondríacos, canchero fóbicos, y que viven o pasan por experiencias estresantes. Pueden presentar grados de desorden mental y tendencias neuróticas^{3,12}.

Irritantes locales como alimentos condimentados, líquidos calientes, bebidas gaseosas, café y té fuertes, ciertos jugos, dentífricos y colutorios, son capaces de exacerbar el desconforto¹³. Las disfunciones del sistema de masticación llevan al surgimiento de hábitos para-funcionales, tales como el bruxismo, desencadenando la sensación de ardor en la mucosa bucal⁴. El fumar, el alcohol, el reflujo esofágico y prótesis confeccionadas hace años y no adaptadas actúan como agentes irritantes sobre la mucosa bucal, resecañdola y causando sensación de desconforto¹².

Un importante cuadro agravante del SAB es la xerostomía, como consecuencia de la disminución de la función de las glándulas salivares, con el avance de la edad, y el efecto colateral del uso de medicamentos como los

antiespasmódicos, antidepresivos, anti-psicóticos, relajantes músculo-esqueléticos, anti-parkinsonianos, anti rítmicos, anti-histamínicos, anti-convulsivos, ansiolíticos, benzodiazepínicos, moderadores de apetito, diuréticos y anti-hipertensivos^{4,12,13}.

En pacientes con SAB fueron documentadas alteraciones salivares significativas en el potencial de hidrogeno (pH), capacidad tampón, proteínas, mucina e inmunoglobulinas. Las alteraciones en los constituyentes salivares parecen tener significado en el Síndrome, tratándose de la reducción general del flujo salivar, y sugieren influencia de la función simpática y parasimpática, además de la lesión neuropatía en el desarrollo de la enfermedad^{7,4}.

Se cree que el SAB pueda ser resultante de enfermedades sistémicas específicas o deficiencias nutricionales, incluyendo vitaminas B y hierro. Entretanto, aún no fue encontrada relación consistente, ya que el tratamiento y la corrección de los hallazgos, no disminuyen el ardor bucal y otras quejas asociadas⁵.

Una mayor incidencia de lesiones de tejidos blandos de la boca, como gengivitis, periodontitis, lesiones ulceradas o erosivas, o lengua geográfica, fisurada, festoneada o eritematosa, síndrome de Sjogren, otras enfermedades del tejido conjuntivo y la Diabetes mellitus han sido relatadas en los pacientes con SBA, y la posibilidad de las condiciones causaron alteraciones neuróticas irreversibles y no fue completamente explorada¹¹.

El SAB puede ser una condición de neuropatía mediada centralmente o periféricamente con etiologías diversas. Considerando el aumento del ardor bucal después del enjuague bucal con anestésico tópico, ha sido sugerido que el ardor bucal puede ser una condición de neuropatía central que resulta en la disminución de la inhibición periférica del nervio trigémino¹¹. Las alteraciones del paladar y tolerancia al dolor por el calor son notadas en los pacientes con SAB, influyendo en la pérdida de función de las fibras nerviosas de pequeño calibre¹¹. El mecanismo por el cual el sistema

nervioso está implicado en el SAB permanece poco explorado y conocido^{4,7}.

En el SAB, hay relatos de casos de ardor bucal decurrentes del uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), como el captopril, maleato de enalapril y lisinopril, que sufrieron remisión luego de la discontinuación de la medicación¹⁴. La pérdida de la sensación del paladar es relatada con el uso de inhibidores de la ECA, sugiriendo más una ligación entre el dolor, el paladar y el SAB^{7,12}.

El SAB es más frecuente en mujeres después de la menopausia, con datos epidemiológicos sugiriendo una participación equilibrada entre hombres y mujeres¹⁵. Si la menopausia puede ser considerada como un factor relacionado con el síndrome, su mecanismo aún no está claro, pues se sugiere que el ardor bucal, generalmente, no es revertido con el tratamiento por reposición hormonal⁷.

La caracterización del síndrome puede iniciar por la queja de ardor constante en la boca sin ninguna lesión detectada al examen físico de la cavidad bucal¹⁶. Los pacientes relatan la sensación de boca quemada, que inicia por la mañana y, en la mayoría de los casos, tiende a intensificarse en el transcurso del día. La presencia del síntoma de ardor puede estar asociada a enfermedades y/o alteraciones sistémicas, entre ellas el síndrome de Sjögren, radioterapia de cabeza pescuezo y alteraciones hormonales⁷.

El diagnóstico del SAB es eminentemente clínico. La presencia de cualquier lesión, en la hipótesis del síndrome estará descartada. Durante el examen clínico, las estructuras bucales, deben ser verificadas y, si están dentro de los padrones de normalidad, tentando localizar el origen del dolor. Además de la anamnesis detallada, que se trata de conocer el estado emocional de la persona.

Como recursos de diagnósticos complementarios, los exámenes micológicos, como cultivos de hongos, exámenes hematológicos, niveles de hierro sérico, vitamina B12, dosis hormonal, secreción salival y las pruebas serológicas para

anticuerpos del síndrome de Sjögren, pueden ser utilizados. Es aconsejable, antes de establecer el diagnóstico final de SAB que el cirujano dentista, deba discutir con otro profesional especialista de salud y conversar con familiares¹⁷.

Tratamiento del SAB

El desconocimiento de una causa específica para el SAB y la multiplicidad de posibles factores etiológicos asociados a la condición, hacen el manejo clínico del paciente una tarea desanimadora¹².

Se busca en el SAB emplear medidas paliativas que buscan eliminar factores locales o generales, que agravan la sintomatología. Esas medidas incluyen, entre otras, el uso de saliva artificial, la estimulación del flujo salival, ajuste de prótesis, remoción de cálculo dental y orientación de higiene oral¹¹. La condición psíquica no puede ser menospreciada, constituyendo una orientación importante, el encaminamiento para evaluación psicológica o psiquiátrica¹².

En los pacientes con SAB hay significativa incidencia de especies de *Cándida*, donde la remisión de los síntomas para el síndrome ocurre después de instituida terapia anti-fúngico. Para individuos con deficiencia de vitaminas del complejo B y que presentan el SAB, la terapia de reposición se mostró efectiva. En la xerostomía asociada a SAB, el uso de saliva artificial, geles hidratantes, enjuagues bucales, aplicación tópica de flúor y sialagogos contribuyeron en estudios para la remisión de los síntomas del síndrome¹⁸.

En la ausencia de factores que puedan explicar la sintomatología presentada en la SAB una terapia farmacológica ha sido recomendada para aliviar la incomodidad en la enfermedad. El uso de analgésicos, cortico esteroides, sialagogos, antidepresivos, benzodiacepinas, y anticonvulsivos pueden ser una buena opción antes de la definición del diagnóstico del SAB^{4,18,19}.

La principal razón para el fracaso en el tratamiento del SAB parece ser el fracaso en el acceso a los factores asociados⁵, como en el caso de pacientes con deficiencia de litio

sérico que desarrollan el SAB, cuya reposición hace desaparecer los síntomas¹².

El SAB ha sido tratado con antidepresivos tricíclicos (TCA) en baja dosis, en base a los relatos iniciales de la efectividad como analgésicos que alivian el ardor bucal¹¹. Muchos tricíclicos han sido usados, incluyendo amitriptilina, desipramina, nortriptilina, imipramina y clomipramina, aunque apenas la amitriptilina haya sido evaluada en experimentos clínicos controlados⁷.

Estudios sugieren que las benzodiacepinas, incluyendo el clonazepam, pueden ser eficaces en el SAB⁷. El clonazepam se ha mostrado eficaz atenuante de la disgeusia por el paladar y resecaamiento bucal sumados al ardor bucal presentes en el SAB⁷.

Otros medicamentos y tratamientos recomendados para el alivio sintomático del ardor bucal presente en el SAB, incluyen la capsaicina tópica; sulfato de tranilcipromina, inhibidor de la monoamino oxidase en combinación con diazepam; además del anestésico sistémico mexiletina, un bloqueador de los canales de sodio uso-dependiente, siendo indicados para condiciones de neuropatías dolorosas^{3,7}.

Los tratamientos para el SAB se muestran a veces empíricos y, a pesar de en la mayoría de las veces, basarse en protocolos clínicos descritos en la literatura. Una vez descartada la actuación de factores locales, el tratamiento del síndrome, deberá ser realizado como si el profesional estuviese delante de un dolor del tipo de neuropatía^{20,21}.

La historia del dolor en el SAB es muy importante como factor colaborador en el diagnóstico del síndrome. Este debe ser evaluado en cuanto a la duración, intensidad, local, factores de alivio o agravamiento, presencia de salivación abundante o xerostomía, tipo de alimentación, alteraciones en la degustación, uso de enjuagues bucales, tipo de crema dental, hábitos como uso de goma de mascar, cigarro, bebidas alcohólicas, relación del dolor con el uso de aparatos protésicos, presencia de movimientos para-funcionales,

medicación utilizada diariamente y la historia psicológica^{22,23}.

Debido a la dificultad de encontrar una manera definitiva y eficaz de tratamiento pueden ser sugeridos los siguientes esquemas terapéuticos^{2-4,11}:

- *Tratamiento local o tópico*

Lidocaína 2% (uso tópico): reduce la sintomatología dolorosa sin causar aumento de la sensación de ardor en el inicio;

Capsaicina tópica a 0,025% y 0,075%: neuropeptídio natural, obtenido de plantas de la familia de las solanáceas, que produce una efectiva analgesia selectiva en síndromes de dolor localizada, cuando es usada como droga única o asociada a medicamentos por vía oral. Debe ser utilizada dos veces al día, por la mañana y por la tarde, durante tres semanas;

Laser terapia: alternativa analgésica, probablemente debido al aumento de la producción de β -endorfinas y serotonina, en el control de prostaglandina y en la bioestimulación de las fibras musculares.

- *Tratamiento sistémico*

Ansiolíticos benzodiacepinas: debe ser usado en la dosis inicial de 0,25 mg/día, pudiendo alcanzar a 3 mg/día, hasta que los síntomas disminuyan sin que ocurran efectos secundarios del medicamento;

Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, clomipramina): usar dosis inicial de 10 mg/día, pudiendo ser aumentada en 10 mg a cada día, hasta 40 a 70 mg/día, dividida en tres dosis diarias, usar hasta la reducción de los síntomas o surgimiento de efectos colaterales; la dosis máxima debe ser de 150 mg/día;

Antidepresivos inhibidores de la serotonina: utilizar 50 mg/día durante 2 semanas; y después, 150 mg/día hasta el desaparecimiento de los síntomas;

Estabilizadores del humor (lítio): usar 0,4 a 1,2 g/día hasta la reposición de los niveles séricos de 0,60 a 1,20 mEq/L;

Anticonvulsivantes: la dosis inicial debe ser de 100mg/día, aumentando en 100mg/día a cada 4 días o 7 días, fraccionadas en 3 veces al día, hasta la remisión de los síntomas o surgimiento de efectos colaterales;

Antiespasmódicos con acción en los músculos lisos (clordiazepóxido): utilizar 5 mg/noche, aumentando en 5 mg a cada 4 días o 7 días, 3 veces al día, hasta la disminución de los síntomas o apareamiento de efectos colaterales;

Ácido alfa lipoico: utilizar la dosis de 800 mg/día, durante 8 semanas hasta la reducción de los síntomas.

La indicación de psicoterapia también ha sido sugerida para el tratamiento del SBA y puede traer beneficios para los pacientes, principalmente aquellos que se presentan ansiosos, deprimidos, tensos y los cancerosos^{3,21,23,24, 25}.

CONCLUSIÓN

Aunque los posibles factores etiológicos hayan sido apuntados para el síndrome, su causa específica permanece desconocida y, consecuentemente, no hay tratamiento eficaz. Se sugiere que el SBA pueda ser resultante de enfermedades sistémicas específicas como el síndrome de Sjogren, alteraciones sistémicas como la xerostomía, disgeusia, radioterapia de cabeza y pescuezo, alteraciones hormonales y alteraciones de neuropatías, y deficiencias nutricionales, incluyendo vitaminas B y hierro.

Los mecanismos patogénicos del SBA permanecen desconocidos. Se verifica por lo tanto, que la enfermedad está íntimamente relacionada con alteraciones psicológicas, aún no comprobadas científicamente.

El desconocimiento de una causa específica para el síndrome y la multiplicidad de posibles factores etiológicos asociados a la condición hacen el manejo clínico de esos pacientes una tarea desafiadora. El cirujano dentista debe estar preparado para reconocer las varias manifestaciones de señales y síntomas del SAB, pudiendo así, buscar la mejor modalidad terapéutica en colaboración con otras especialidades del área de la salud, a fin de ayudar al paciente que presenta el síndrome.

Nuevos estudios son necesarios a fin de elucidar la causa del síndrome para proporcionar mejor calidad de vida a los pacientes con SAB.

REFERENCIAS

1. Salort-Llorca C, Mínguez-Serra MP, Silvestre FJ. Drug-induced burning mouth syndrome: a new etiological diagnosis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008; 13(3):167-70.
2. Souza FT, Santos TP, Bernardes VF, Teixeira AL, Kummer AM, Silva TA, et al. The impact of burning mouth syndrome on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2011; 9:57.
3. Campillo ERR, López, JL. Evaluation of the response to treatment and clinical evolution in patients with burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013; 18(3): 403-10.
4. Silva LA, Siqueira JTT, Teixeira MJ, Siqueira SRDT. The role of xerostomy in burning mouth syndrome: a case-control study. *Arq Neuropsiquiatr*. 2014; 72(2):91- 8.
5. Cerchiari DP, Moricz RD, Sanjar FA, Rapoport PB, Moretti G, Guerra MM. Síndrome da boca ardente: etiologia. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2006; 72(3):419-24.
6. Oliveira GMR, Pereira HSC, Silva-Júnior GO, Piciani BLS, Ramos RT, Pestana SG, et al. Síndrome da ardência bucal: aspectos clínicos e tratamento. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2013; 12(1):21-9.
7. Grushka M, Epstein JB, Kawalec JS. Síndrome da ardência bucal. In: Silverman Jr. S, Eversole LR, Truelove EL, (Orgs). *Fundamentos de medicina oral*. Moreira LC, tradutor. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004. p.349-52.
8. Gonçalo CS, Castro CM, Bonon MM, Motta PMR, Dahdal AB, Batista J. Planejamento e execução de revisões sistemáticas da literatura. *Bras Med*. 2012; 49(2):104-10.
9. Maidana JD, Cherubini K, Krapf SMR. Associação entre síndrome da ardência bucal e hipossialia. *RFO UPF*. 2005; 10(1):24-8.
10. Mock D, Chugh D. Burning mouth syndrome. *Int J Oral Sci*. 2010; 2(1):1-4.
11. Monteiro AD, Sousa ACV, Matos FZ, Carvalhosa AA, França DCC, Aguiar SMHCA. Síndrome da ardência bucal, correlações fisiopatológicas, medicamentosas: revisão de literatura. *Rev Odontol de Araçatuba*. 2011; 32(2):33-7.
12. Cherubini K, Maidana JD, Weigert KL, Figueiredo MA. Síndrome de ardência bucal:

- revisão de cem casos. Rev Odonto Ciênc. 2005; 20(48):109-13.
13. Mercadante S, Calderone L, Villari P, Serretta L, Sapio M, Casuccio A, et al. The use of pilocarpine in opioid-induced xerostomia. Palliat Med. 2000; 14(6):529-31.
 14. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sánchez-Siles M, Gómez-García F. Burning mouth syndrome: Update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010; 15(4): 562-8.
 15. Frutos R, Rodríguez S, Miralles L, Machuca G. Manifestaciones orales y manejo odontológico durante la menopausia. Med Oral. 2002; 7:26-35.
 16. 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; 16(2):144-8.
 17. Klasser GD, Fischer DJ, Epstein JB. Burning mouth syndrome; recognition, understanding and management. Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2008; 20(2):255-71.
 18. Studart-Soares EC, Costa FWG, Fontenele B. Síndrome de ardência bucal e relato de casos. Odontol Clín Cient. 2007; 6(3):259-62.
 19. White TL, Kent PF, Kurtz DB, Emko P. Effectiveness of gabapentin for treatment of burning mouth syndrome. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2004; 130:786-88.
 20. Lopez-Jornet P, Camacho-Alonso F, Leon-Espinosa S. Síndrome de ardência bucal, hábitos parafuncionais oral e perfil psicológico de um estudo de caso longitudinal. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009; 23(3):363-5.
 21. Steele JC, Bruice AJ, Drage LA, Rogers RS. Alpha-lipoic acid treatment of 31 patients with sore, burning mouth. Oral Dis. 2008; 14:529-532.
 22. López- Jornet P, Camacho - Alonso F, Andujar - Mateos P, Sánches - Siles M, Gómez - Garcia F. Burning syndrome: an update. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010; 15(4):E562-8.
 23. Grushka M, Ching V, Epstein J. Síndrome de ardência bucal. Adv Otorhinolaryngol. 2006; 63:278-87.
 24. Minguez Serra MP, Salort Llorca C, Silvestre Donat FI. O tratamento farmacológico da síndrome de ardência bucal: uma revisão e atualização. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008, 12(4):299-304.
 25. Alan R, Hirsch MD, Ziad A. Pilot study: alleviation of pain in burning mouth syndrome with topical sucralose. Headache. 2011, 51(3):444-6.

CONTRIBUCIONES

Guilherme Henrique Borges participó de la concepción, delineamiento, análisis de los artículos y redacción del artículo. **Marcelo Sivieri Araujo** contribuyó en el delineamiento y revisión crítica.