

Estudo Clínico Sobre as Características Gerais dos Pacientes com Queixas de Ardência Bucal¹

Clinical Study of the General Characteristics of Patients with Burning Mouth Complaints

Cibele NASRI*

Manoel Jacobsen TEIXEIRA**

José Tadeu Tesseroli de SIQUEIRA***

NASRI, C.; TEIXEIRA, M.J.; SIQUEIRA, J.T.T. de. Estudo clínico sobre as características gerais dos pacientes com queixas de ardência bucal. JBA, Curitiba, v.2, n.8, p.278-284, out./dez. 2002.

Foram avaliados 17 pacientes, consecutivamente, com queixas de ardência bucal, dos quais 15 mulheres (88%) e 2 homens (12%). A idade mínima foi de 22 anos, a máxima de 87, e a mediana, de 58 anos. As regiões da cavidade oral atingidas foram: língua (63%), rebordo alveolar (29,5%), mucosa jugal (23,5%), palato (17,5%), lábio (11,5%), soalho de boca (11,5%) e fundo de sulco (11,5%). Áreas múltiplas de ardência ocorreram em 61% dos pacientes. Dez pacientes apresentaram doenças sistêmicas crônicas: hipertensão (6), lúpus eritematoso (2), diabetes mellitus (1) e artrite reumatóide (1). Relatos subjetivos de alergia a alimentos ou medicação ocorreram em dez pacientes. Uma paciente tinha amenorréia havia quatro meses e quadro depressivo diagnosticado por especialista. Oito pacientes relataram xerostomia subjetiva, nove eram edêntulos, e sinais de disfunção temporomandibular foram encontrados em dez pacientes. A alta incidência nas mulheres, em períodos próximos à menopausa (93%), sugeriu o diagnóstico de Síndrome de Ardência Bucal (SAB). Esta é uma dor crônica intra-oral caracterizada pela sensação de dor e queimação, qualidades de dor neuropática, e cuja etiologia está indefinida. A presença de paciente jovem (22 anos) com amenorréia e depressão associada reforça a importância de investigações sobre a influência de desequilíbrios hormonais, metabólicos ou fisiológicos no desencadeamento desta síndrome. Este estudo preliminar sugere a existência de diferentes etiologias para queixas de ardência bucal, havendo a concorrência de fatores locais (traumatismos, xerostomia, próteses ásperas, flora oral), sistêmicos (menopausa, doenças crônicas) e psicológicos (estresse, depressão) para sua instalação.

PALAVRAS-CHAVE: Xerostomia; Dor facial; Neuralgia facial; Neuralgia do trigêmeo.

INTRODUÇÃO

Pacientes com queixas de glossodinia, ardência e secura bucal são, com certa frequência, motivos de dificuldades clínicas para o estabelecimento do diagnóstico e da respectiva terapêutica, principalmente quando suas queixas são persistentes e estes já passaram por vários profissionais especializados no tratamento da dor (SIQUEIRA *et al.*, 1997). A persistência das queixas aliada à insatisfação dos pacientes, decorrente dos tratamentos recebidos, e a dificuldade encontrada pelo profissional de saúde para avaliar o caso contribuem para a cronicidade. Quadros

¹Este estudo foi previamente publicado na Revista SIMBIDOR (nov. de 2000), sendo autorizada esta publicação no JBA Equipe de Dor Orofacial da Divisão de Odontologia e Centro Multidisciplinar de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

* Cirurgião-dentista Assistente da Equipe de Dor Orofacial da Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas da FMUSP; Fellowship do Programa de Dor Orofacial da University of Dentistry and Medicine of New Jersey – EUA

** Neurocirurgião, Professor do Departamento de Neurologia e Chefe do Centro de Dor do Hospital das Clínicas – FMUSP

*** Cirurgião-dentista Doutor em Ciências, Responsável pela Equipe de Dor Orofacial da Divisão de Odontologia do Hospital das Clínicas da FMUSP; Rua Maria Cândida, 135, Vila Guilherme – CEP 02071 010, São Paulo, SP; e-mail: jtts@uol.com.br

psicológicos compatíveis com pacientes com dor crônica, como a depressão e a ansiedade, não são incomuns em casos de ardência bucal, embora existam dúvidas sobre o papel etiológico dessas condições psicológicas no estabelecimento das queixas (BOGETTO *et al.*, 1998).

Todavia, embora a queixa de dor em queimação seja comum a várias entidades dolorosas (neuropáticas, somáticas e somatoformes), ela pode ser o principal sintoma de uma síndrome pouco mencionada nos compêndios médicos, conhecida como Síndrome da Ardência Bucal (SAB). Esta ocorrência exige que os profissionais de saúde façam o correto diagnóstico diferencial, uma vez que alguns desses pacientes recebem diagnósticos de dor facial atípica, de algumas cefaléias não-classificáveis ou como sendo portadores de síndromes dolorosas crônicas da face, para as quais as terapêuticas existentes não se mostram eficientes. No caso da SAB, as medidas terapêuticas disponíveis freqüentemente são úteis à maioria dos pacientes, alcançando um controle em cerca de 70% dos mesmos (DRAGE & ROGERS, 1999; GRUSHKA *et al.*, 1998; LAMEY, 1998).

A Síndrome da Ardência Bucal é uma afecção intra-oral dolorosa, onde não há lesões na mucosa, que se apresenta íntegra sob o aspecto macroscópico; a presença de lesões é um dos critérios de exclusão para o seu diagnóstico (BERGDAHL & BERGDAHL, 1999; GRUSHKA, 1987). Os pacientes normalmente tornam-se crônicos e a dor é caracterizada como queimação contínua na mucosa oral (BERGDAHL & ANNEROTH, 1993). A identificação das causas ou dos fatores envolvidos na SAB é preocupação dos profissionais de saúde em pacientes com queixas de ardência bucal (DRAGE & ROGERS, 1999; REISS & REISS, 1999). Estudos epidemiológicos indicam prevalência da SAB entre 4% e 7% (BERGDAHL & BERGDAHL, 1999; RILEY *et al.*, 1998); sua etiologia é multifatorial, com envolvimento de fatores locais e sistêmicos.

Uma revisão criteriosa da literatura científica mostra que nenhum dos tratamentos atuais é tido como curativo (TAMMIALA-SALONEN *et al.*, 1993; VAN DER PLOEG *et al.*, 1987), sinalizando para o fato de que os pacientes devem estar conscientes da necessidade de tratamentos prolongados, algumas vezes essencialmente paliativos, e que nem todos os sintomas irão desaparecer. É importante a adoção de medidas terapêuticas, locais ou gerais, que abordem cada caso individualmente. As terapêuticas locais, enquanto se investiga de forma mais ampla, contribuem como forma de alívio e fornecem ao paciente a sensação de que há preocupação com sua queixa, independente de ela ser de difícil tratamento (NASRI & SIQUEIRA, 1999). Muitas vezes há necessidade de uma assistência multiprofissional que possa dar o suporte clínico e emocional necessário ao doente.

Portanto, os pacientes com queixa de ardência oral

necessitam de um protocolo para abordagem clínica, cujo objetivo é o diagnóstico diferencial com outras condições dolorosas que se manifestam de forma clínica semelhante ou o diagnóstico final de SAB. Neste caso, poderão receber medidas terapêuticas, algumas paliativas, mas que reduzam a intensidade de suas queixas e melhorem sua qualidade de vida.

São objetivos deste trabalho: a) avaliar as características gerais de um grupo de pacientes com queixa de ardência na cavidade oral; b) revisar a literatura recente sobre a SAB.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Dezessete pacientes com queixas de ardência bucal foram avaliados, consecutivamente, em um serviço especializado em diagnóstico e tratamento da dor orofacial de um hospital geral. Eles foram submetidos a um protocolo de atendimento que constou dos seguintes itens:

- Avaliação clínica através de questionário geral para dor orofacial da Equipe de Dor Orofacial/ATM (Anexo 1) e questionário especializado para pacientes com ardência bucal;
- Radiografia panorâmica dos maxilares.

RESULTADOS

Foram avaliados consecutivamente 17 pacientes com queixas de ardência bucal, sendo 15 mulheres (88%) e 2 homens (12%). A idade mínima foi de 22 anos, a máxima de 87, e a mediana, de 58 anos (Gráfico 1).

As regiões da cavidade oral atingidas foram: língua (63%), rebordo alveolar (29,5%), mucosa jugal (23,5%), palato (17,5%), lábio (11,5%), soalho de boca (11,5%) e

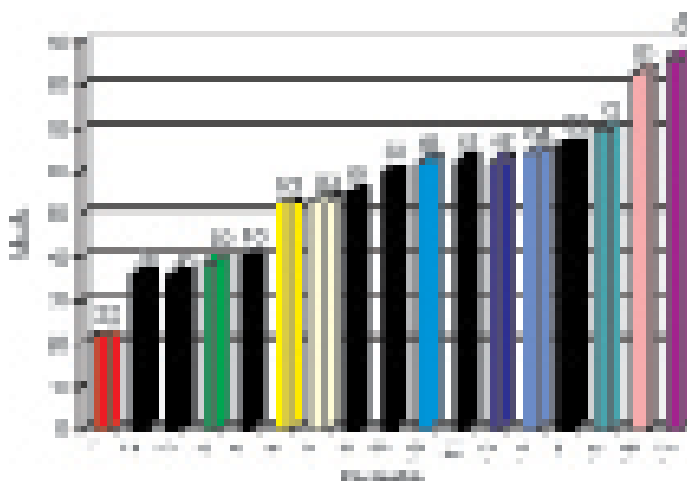


GRÁFICO 1: O gráfico mostra que a média de idade concentra-se no período imediatamente pré-menopausa ou após a menopausa, exceto na paciente de 22 anos de idade.

fundo de sulco (11,5%). Áreas múltiplas de ardência ocorreram em 61% dos pacientes (Gráfico 2).

Dez pacientes apresentaram doenças sistêmicas crônicas: hipertensão (6), lúpus eritematoso (2), diabetes mellitus (1) e artrite reumatóide (1). Relatos subjetivos de alergia a alimentos ou a medicação ocorreram em dez

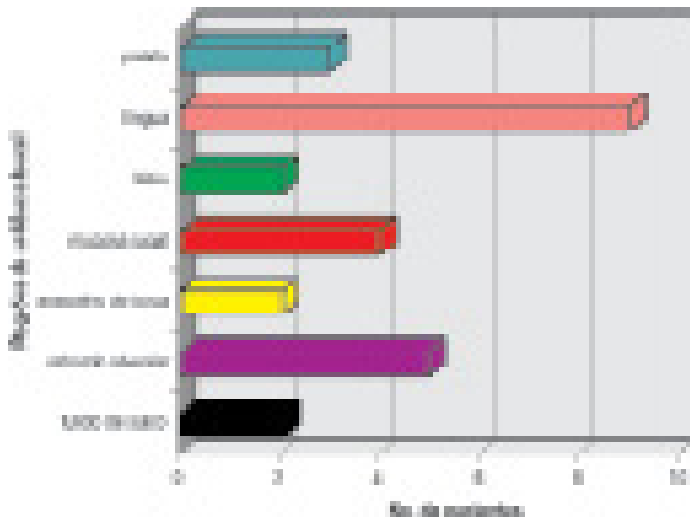


GRÁFICO 2: A língua foi o local mais atingido pela ardência e alguns pacientes apresentaram ardência em mais de uma região da cavidade oral.

pacientes. Uma paciente tinha amenorréia havia 4 meses e quadro depressivo diagnosticado por especialista.

Onze pacientes relataram xerostomia subjetiva (65%); nove eram edêntulos (53%) e sinais de disfunção temporomandibular foram encontrados em dez pacientes (59%), sendo que 70% apresentavam hiperalgesia do músculo masseter (Quadro 1).

A paciente de 22 anos apresentava amenorréia havia quatro meses, xerostomia, má condição dentária e quadro depressivo (diagnosticado por psiquiatra), e sua ardência surgiu após instalação, na maxila, de prótese

QUADRO 1: Características gerais da amostra.

Sexo	Fatores sistêmicos	Fatores locais
Feminino – 15	Hipertensão – 6	Xerostomia subjetiva – 11
Masculino – 2	Lupus eritematoso – 2	Edêntulos – 9
	Diabetes mellitus – 1	Disfunção temporomandibular – 10
	Artrite reumatóide – 1	Hiperálgesia do masseter – 12
	Amenorréia – 1	

removível de acrílico. Esta paciente recebeu tratamento médico-odontológico e permaneceu sem queixas durante o acompanhamento de 12 meses.

Nem todos os pacientes apresentaram alterações radiográficas no esqueleto facial.

DISCUSSÃO

Os dados obtidos em nossa amostra, exceto em uma paciente, são compatíveis com os descritos pela

literatura, sendo que a maior incidência nas mulheres, em idade próxima à menopausa (93%), e a presença da língua como principal local da ardência (53%) mostram concordância com vários estudos epidemiológicos sobre a SAB (FERGUSON *et al.*, 1981; FORABOSCO *et al.*, 1992; GRUSHKA, 1987; GRUSHKA & SESSLE, 1991; NASRI *et al.*, 1999; SIQUEIRA *et al.*, 1997; SREEBNY & VALDINI, 1988; TOURNE & FRICTON JR, 1992; VAN der PLOEG *et al.*, 1987). Essa síndrome parece ser decorrente da idade avançada e sua maior incidência em mulheres, mais de 4 mulheres para 1 homem, sugere que existem fatores de risco que tornam o sexo feminino mais suscetível (BERGDAHL & BERGDAHL, 1999). Como frequentemente a SAB é desencadeada em períodos próximos à menopausa, especula-se sobre a influência dos hormônios na etiologia dessa síndrome.

A exceção encontrada em nossa amostra refere-se à paciente de 22 anos de idade, cujas características gerais foram compatíveis com a SAB, a despeito da idade. Seu caso despertou interesse, pois, embora não estivesse no período da menopausa, ela apresentava amenorréia havia 4 meses; apresentava um quadro depressivo, diagnosticado por especialista; sua saúde dentária era precária, referia xerostomia subjetiva e sua ardência foi desencadeada após a instalação de uma prótese dentária removível. Essas condições foram revertidas pelo tratamento odontológico e pelo uso de antidepressivo tricíclico, embora a ardência tenha desaparecido imediatamente após o tratamento local. Independente do diagnóstico final deste caso, ele mostra que o ardor na cavidade oral pode exigir uma avaliação minuciosa, além da presença de vários profissionais envolvidos no tratamento. A existência da amenorréia induz a especular sobre as influências emocionais e hormonais na instalação e manutenção da SAB, e investigações nesse sentido são necessárias.

Os pacientes desta amostra apresentaram aspecto emocional subjetivo depressivo, sendo que este fato deve ser considerado cuidadosamente, pois o mesmo não foi quantificado, exceto na paciente jovem; além disso, quadros depressivos não são incomuns em doentes crônicos e podem ser secundários, decorrentes da dor. Aspectos psicológicos, como depressão e ansiedade, foram encontrados em mais da metade de pacientes com SAB, e, embora esta síndrome possa estabelecer-se independente dessas condições emocionais, foi observado que o número de eventos psicológicos significativos foi maior em pacientes com SAB, comparativamente com um grupo controle (BOGETTO *et al.*, 1998). Alguns autores descrevem mulheres com SAB como ansiosas e deprimidas devido ao medo do câncer e à falta de esperança (SIQUEIRA, *et al.*, 1997).

Nossa amostra identificou um número significativo de queixas subjetivas de boca seca (63%), acompanhadas por evidências clínicas de redução de fluxo salivar. A redução da saliva pode advir de diferentes causas, locais ou sistêmicas, como hipertrofia das glândulas salivares, envelhecimento, uso de medicamentos, radioterapia, doenças metabólicas e estresse emocional (ZAKREZWSKA & HAMLYN, 1999; SIQUEIRA *et al.*, 1997). A xerostomia é um importante fator local que merece atenção, pois a saliva, referida como água da vida (SIQUEIRA *et al.*, 1997), é um protetor natural dos órgãos e tecidos da cavidade oral. Recentemente foi observado que a redução do fluxo salivar está relacionada com várias patologias ou condições bucais, como nicotina, ardência bucal, redução do número de dentes, dor muscular mastigatória, anormalidades gustativas e ardor oftalmológico (BERGDAHL, 2000). Além disso, a redução do fluxo salivar pode contribuir para o desequilíbrio da flora bucal e para a instalação de infecções, a exemplo da candidíase, as quais podem produzir ardência bucal (HEIR, 1987; JENSEN & BARKVOLL, 1998).

A falta de lubrificação da mucosa oral produz modificações do epitélio e compromete as terminações nervosas, as quais tornam-se suscetíveis a pequenos estímulos locais, nem sempre nociceptivos, mas que em razão de sua repetição podem produzir danos irreversíveis às mesmas, contribuindo para que dores por nocicepção evoluam para síndromes dolorosas neuropáticas, como parece ocorrer em algum desses pacientes. É possível que a SAB decorra de uma condição neuropática que envolva as vias de condução nervosa, periféricas ou centrais, e embora haja dificuldade na identificação desses mecanismos (SIQUEIRA *et al.*, 1997), pesquisas recentes indicam danos que comprometem as terminações nervosas periféricas (FORMAKER *et al.*, 1998; LAURITANO *et al.*, 1998), havendo indícios de que lesões da mucosa lingual, como nos casos de alterações do sabor, sob a influência dos vários fatores envolvidos, poderiam interferir e reduzir um efeito inibitório do par VII sobre o V, aumentando a excitabilidade deste e desencadeando dor em queimor (BARTSHUK *et al.*, 1999).

Metade da amostra apresentou sinais de disfunção temporomandibular, aspecto relevante do ponto de vista clínico, pois a sintomatologia envolvida com esta condição pode mascarar a queixa do ardor ou de fatores relacionados com a xerostomia. Além disso, dores miofasciais crônicas podem apresentar-se em queimação, fato que exige um minucioso exame clínico para diagnóstico diferencial. Em uma condição em que haja redução do fluxo salivar, a presença de próteses dentárias totais pode desempenhar um papel importante na instalação do quadro de ardência. O uso de próteses totais em mais da metade dos pacientes de nossa amostra deve ser conside-

rado sob dois aspectos: a) a faixa etária encontrada neste estudo assemelha-se àquela em que as perdas dentárias são mais comuns na população brasileira (PINTO *et al.*, 1996), portanto pode ser um fator decorrente da idade; b) próteses totais instáveis, inadequadas ou antigas podem produzir diferentes tipos de lesões na mucosa oral (SIQUEIRA & CHING, 1999); embora nem sempre sejam lesões ulceradas, elas podem, por atrito constante, e em casos de redução do fluxo salivar, contribuir para instalação de processo inflamatório crônico e conseqüentes estímulo e dano às terminações nervosas da mucosa. Se isto ocorrer, os pacientes idosos portadores de próteses totais serão mais suscetíveis a queixas de ardor bucal. Carlsson (1998), após estudo de meta-análise, observou que, a despeito do avanço das técnicas que previnem as perdas dentárias, ainda é grande a necessidade de dentaduras artificiais, e às habilidades técnicas para a confecção das mesmas deve-se adicionar uma melhor observação dos fatores comportamentais e psicológicos envolvidos nas queixas crônicas de pacientes com próteses totais, incluindo sensibilidade na mucosa. Em uma amostra de pacientes desdentados totais, com dor facial crônica, 6% tinham a ardência bucal como sua queixa principal, embora essa condição estivesse mascarada por outros aspectos clínicos (SIQUEIRA & CHING, 1999).

Portanto, focos infecciosos dentais, periapicais ou periodontais, devem ser eliminados, bem como qualquer irritação mecânica provocada por superfícies ásperas de próteses, desenho inadequado de dentaduras e ângulos agudos nas superfícies dentárias (SIQUEIRA *et al.*, 1997; TAMMIALA-SALONEN *et al.*, 1993). Essas alterações podem originar, ampliar ou perpetuar a condição dolorosa. Não esquecer que a dor em ardor pode ser o sintoma que identifica uma origem traumática, aguda, não traduzindo obrigatoriamente uma condição de síndrome, mas, que pode evoluir para esta condição se os fatores irritativos iniciais não forem controlados e, principalmente, em presença dos demais fatores de risco, como idade, doenças sistêmicas, alterações hormonais, metabólicas e emocionais, além de predisposição genética.

Comorbidades crônicas como hipertensão, lupus eritematoso, diabetes mellitus e artrite reumatóide, encontradas em nossa amostra, produzem alterações biológicas com manifestações na mucosa oral, incluindo sensação de ardência; além disso, exigem uso contínuo de medicamentos, propiciando situações que podem influenciar no fluxo salivar, e, principalmente quando em associação a condições locais como, por exemplo, o uso de próteses associado a hábitos como respiração bucal, podem produzir ardência bucal. Os fármacos têm um papel importante na redução do fluxo salivar, e alguns têm efeito direto, como é o caso das medicações anticolinérgicas; outras vezes a xerostomia resulta de

efeitos colaterais do uso de remédios, como é o caso dos antidepressivos tricíclicos, antipsicóticos, sedativos, hipnóticos, anti-histamínicos, agentes antiparkinsonianos, agentes anti-hipertensivos e diuréticos (SONIS *et al.*, 1995; SREEBNY, 1988; SREEBNY & SCWARTZ, 1986). As várias condições clínicas que podem produzir dor em queimação na mucosa oral tornam a queixa de ardor muito comum entre os pacientes. Como é uma condição subjetiva, sem lesões aparentes, acaba sendo subestimada pelos profissionais de saúde. Todavia, uma abordagem cuidadosa, e muitas vezes multidisciplinar, é indispensável para o controle da situação. As queixas subjetivas de alergia a medicamentos e alimentos, observadas nesta amostra, serão avaliadas em estudos futuros, pois a SAB é multifatorial.

Portanto, esta amostra identificou os vários aspectos citados pela literatura envolvendo pacientes com Síndrome de Ardência Bucal: maior incidência em mulheres no período próximo à menopausa, a língua como o local mais comum das queixas e xerostomia subjetiva. Além disso, os outros aspectos avaliados, como a presença de próteses dentárias totais, os sinais de disfunção temporomandibular em metade dos pacientes e a existência de comorbidades sistêmicas, que exigem medicamentos de uso contínuo, são fatores relacionados à idade. Eles podem influenciar e atuar como fatores de risco, alguns repetitivos, associados às próprias alterações biológicas decorrentes da idade. Todos podem concorrer para a instalação da ardência oral e da própria SAB. Além disso, a chance de um maior número de episódios emocionais importantes é maior nos pacientes idosos. Porém, a presença da paciente jovem com características compatíveis com SAB, com amenorréia e depressão, foi uma exceção, e pode reafirmar a influência de fatores hormonais e emocionais que deverão ser mais pesquisados, independente da idade.

É possível que a SAB seja uma condição neuropática inicial, ou que evolua para tal em decorrência das alterações próprias da idade e da incidência de vários fatores, alguns repetitivos. Não se pode deixar de considerar que em seu início ela pode ser um indicador de anormalidades metabólicas, fisiológicas ou emocionais, e que, pela sua etiologia complexa, necessita de avaliação e tratamento especializado (BERGDAHL & BERGDAHL, 1999). Este estudo preliminar sugere que a ardência na cavidade oral pode ter diferentes etiologias e que diferentes fatores concorrem nesse sentido, aspectos que sugerem uma revisão dos critérios diagnósticos para a SAB. Estudo prospectivo nesse sentido já está sendo desenvolvido (NASRI *et al.*, 1999).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados da nossa amostra são compatíveis com os citados pela literatura especializada sobre a Síndrome da Ardência Bucal (SAB). A presença de mulheres em idade próxima à menopausa foi significativa (93%).

A presença da paciente jovem (22 anos de idade) com características de SAB não condiz com a literatura vigente, mas a amenorréia e o quadro depressivo associados podem ser indicativos do envolvimento de fatores emocionais e hormonais.

A presença de pacientes idosos com SAB e disfunção temporomandibular exige o diagnóstico diferencial entre ambas e indica a necessidade da avaliação de fatores locais, como as próteses dentárias, na perpetuação da dor.

Em pacientes idosos são mais comuns as ausências dentárias, a presença de próteses, as alterações de fluxo salivar e as condições sistêmicas, como doenças crônicas, que podem atuar como fatores de risco para instalação da SAB.

NASRI, C.; TEIXEIRA, M.J.; SIQUEIRA, J.T.T. de. Clinical study of the general characteristics of patients with burning mouth complaints. *JBA*, Curitiba, v.2, n.8, p.278-284, out./dez. 2002.

Patients included in this study responded to the standard clinical questionnaire used at the Clinical Hospital of São Paulo. The patients were then interviewed and examined.

Seventeen subjects with complaints of burning mouth were included in this sample population. From those 17 patients, 15 (88%) were female and 2 (12%) were male. The age of the subjects ranged from 22 to 87 years old, with the average age of the group at 58.

The data collected revealed the following: a) location of complaints within the oral cavity: Tongue (63%), Alveolar mucosa (29.5%), Buccal mucosa (23.5%), Palate (17.5%), Lips (11.5%), Floor of mouth (11.5%), Muco-buccal fold (11.5%), Multiple sites of burning sensation were reported in 61% patients; b) Ten patients reported concomitant chronic systemic diseases, included: Hypertension-35%, Lupus erythematosus-12%, Diabetes mellitus-6%, Rheumatoid arthritis-6%; c) Subjective report of allergies to certain foods and medications-59%; d) local problems: Xerostomia-47%, Temporomandibular disorder-59%, Edentulous-53%; e) One young female patient (22 years old) reported a four-month history of amenorrhea and was also diagnosed with depression by a psychiatrist.

The statistically relevant representation of women with an average age of 58 years, as well as the presence of the young patient with amenorrhea and depression in this sample, reinforces the need for research of the hormonal-neuropathic influence on a metabolic or physiologic imbalance as the cause for the burning mouth syndrom. Further research is also necessary to determine if depression is a primary disorder or if it is associated with menopause, burning mouth, or merely a comorbid condition.

The burning quality of the pain suggests a neuropathic etiology. The data of this preliminary study suggests that there may be a variety of etiologies for similar complaints classified as burning mouth.

KEYWORDS: Xerostomy; Facial pain; Facial neuralgia; Trigeminal neuralgia.

AGRADECIMENTO

Ao Dr. Gary Heir, professor associado da University of Dentistry and Medicine of New Jersey, pelas sugestões e correções do abstract.

ANEXO 1: Modelo de ficha clínica utilizada para avaliação inicial dos pacientes com dor orofacial

FICHA CLÍNICA DA EQUIPE DE DOR OROFACIAL E ATM (EDOF/HC) DA DIVISÃO DE ODONTOLOGIA, HOSPITAL DAS CLÍNICAS - FMUSP

Supervisor da Equipe: Dr. José Tadeu Tesseroli de Siqueira

Data: / / CD: _____ Procedência: _____

Profissão: _____

Nome: _____ Cor: () B; () N. Ida de: _____ Sexo: ()M; ()F

I-QP: _____

Duração _____ / ()Diária ()2-3 X sem. ()Sem. ()Quinz. ()Mens. ()M ()T ()N ()I

Fator Inicial: _____

Fatores de acalmia da dor: () médicos, () frio, () calor. () _____

Fatores de piora: ()frio, ()calor, ()doce, ()menstruação, ()tensãoemoc., () _____

()Pontada ()Peso ()Queimor ()Choque ()Latejar ()Outro _____ ()fraca, () moderada, () forte, () intermitente, () contínua

() _____ ()Uni E D ()Bil . ()Espont.: ()S ()N . ()Prov.: ()latD, ()latE, ()Prot. ()Abert.BM. ()mast ()fala ()bocejo

() _____

Quando tem dor, você localiza? ()S, ()N. Aponte: _____

Tratamentos realizados para a QP: _____

Sente o rosto cansado: ()ao acordar, ()ao mastigar, ()ao falar, ()ao sorrir, () _____

Possui hábito de morder: ()língua, ()bochecha, ()lábio, ()objetos, () _____

Você mastiga: ()lado esq., ()lado direito, ()bilat. ()na frente, () _____

Ruidos articulares(sub): ()N/ ()S: uni(D,E), Bil, mastig., fala, outro: _____

Range os dentes: ()S - quem disse? _____ ()N ()não sabe

Dor no corpo: ()N, ()S: _____

Está ou esteve recentemente em tratamento médico? ()N, ()S: _____

II- TEM OU TEVE: S/N Tratamento e duração

1-Artrite reumatóide () () 2-Febre Reumática () () 3-Fibromialgia () () 4- Síndrome dolorosa miofascial () ()

5-Gastrite () () 6-Úlcera () () 7-Doenças carenciais () () 8-Psiquiátricas () () 9- AVC () ()

10-Parkinson () () 11-Labirintite () () 12-Sinusite () () 13-Rinite Alérgica () () 14-Enxaqueca () ()

15-Dor de cabeça () () 16-Diabetes () () 17-Herpes Zoster () () 18-Cardiopatias () () 19-Hepatite, Infecções () () 20-Hipertensão () () 21-Outro

Medicação em uso: _____

III- EXAME CLÍNICO: FACE Assimetria facial ()S, ()N. () Prognatismo. () Laterog. E,D. ()Hipertrofia de masseter - E,D.

OCLUSÃO: ()edentado: ()S, ()I, ()D. Perda DV: ()S ()N ()OI TEMPO DE USO PT: _____ ATUAL: _____

dentes ausentes: 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 PF: _____ PPR _____

Obs. _____ RC: OC: Maloclusão:()CII ()CIII ()CIII

Interf.: _____ Desgastes dentários: ()Incisais, ()1/3 inc., ()1/3 md, ()1/3cerv.

Mordida aberta: ()S, ()N. Mordida cruzada: ()Ant., ()Post.- D, E. Sobremordida profunda: ()a, ()b, ()c.

Periodonto: _____

Ruídos: ()crep-()D,()E. ()estal-D: ()IA,()MA,()FA. ()IE,()ME,()FF ()LatD,()LatE/ ()POP-E,D

()normal ()estal-E: ()IA,()MA,()FA. ()IE,()ME,()FF

Obs.: _____ IOD: _____ IOE _____ PAD: _____ PAE: _____

NUCA: _____ DLMf: _____ mm DLMa: _____ mm AB: _____ mm

Exames RX solicitados: _____

Hipóteses diagnósticas: _____

IV- Tratamento inicial: _____

1º retorno – data: __/__/__ ()SM ()PM ()S ()O ()SD ()M : ____% . ()P . ()I .

Tratamento realizado : _____

2º retorno – data : __/__/__ ()SM ()PM ()S ()O ()SD ()M : ____% . ()P . ()I .

Tratamento realizado: _____

3º retorno – data: __/__/__ ()SM ()PM ()S ()O ()SD ()M : ____% . ()P . ()I .

Tratamento realizado : _____

4º retorno – data : __/__/__ ()SM ()PM ()S ()O ()SD ()M : ____% . ()P . ()I .

Tratamento realizado : _____

5º retorno – data : __/__/__ ()SM ()PM ()S ()O ()SD ()M : ____% . ()P . ()I .

Tratamentos realizados: _____

REFERÊNCIAS

- BARTSHUK, L.M. *et al.* Burning mouth syndrome: damage to CN VII and psin phantoms in CN V. *Chem Senses*, v.24, p.609, 1999.
- BERGDAHL, J.; ANNEROTH, G. Burning mouth syndrome: literature review and model for research and management. *J Oral Pathol Med*, v.22, p.433-438, 1993.
- BERGDAHL, M.; BERGDAHL, J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med*, v.28, p.350-354, 1999.
- BERGDAHL, M. Salivary flow and oral complaints in adult dental patients. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.28, p.59-66, 2000.
- BOGETTO, F. *et al.* Psychiatric comorbidity in patients with burning mouth syndrome. *Psychosom Med*, v.60, p.378-385, 1998.
- CARLSSON, G.E. Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. *J Prosthet Dent*, v.79, p.17-23, 1998.
- DRAGE, L.A.; ROGERS, R.S. 3rd Clinical assessment and outcome in 70 patients with complaints of burning or sore mouth symptoms. *Mayo Clin Proc*, v.74, p.223-228, 1999.
- FERGUSON, M.M. *et al.* Oral complaints related to climatic symptoms in oophorectomized women. *J R Soc Med*, v.74, p.492-498, 1981.
- FORABOSCO, A. *et al.* Efficacy of hormone replacement therapy in post menopausal women with oral discomfort. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.73, p.570-574, 1992.
- FORMAKER, B.K. *et al.* The effects of topical anesthesia on oral burning in burning mouth syndrome. *Ann N Y Acad Sci*, v.855, p.776-780, 1998.
- GRUSHKA, M. *et al.* An open-label, dose escalation pilot study of the effect of clonazepam in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.86, p.557-561, 1998.
- GRUSHKA, M. Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.63, p.30-36, 1987.
- GRUSHKA, M.; SESSLE, B.J. Síndrome da ardência bucal. *Clinicas de Odontologia da América do Norte*, v.1, p.177-190, 1991.
- HEIR, G.M. Facial pain of dental origin – A review for physicians. *Headache*, v.27, n.10, p.540-547, 1987.
- JENSEN, J.L.; BARKVOLL, P. Clinical implications of the dry mouth. *Oral mucosal diseases. Ann N Y Acad Sci*, v.842, p.156-162, 1998.
- LAMEY, P.J. Burning mouth syndrome: approach to successful management. *Dent Update*, v.25, p.298-300, 1998.
- LAURITANO, D. *et al.* Idiopathic, clinical-diagnostic and therapeutic aspects of the burning mouth syndrome. Research and treatment protocols in a patient group. *Minerva Stomatol*, v.47, p.239-251, 1998.
- NASRI, C.; SIQUEIRA, J.T.T. Ardor bucal/ Disfunção temporomandibular/Xerostomia. In: SIQUEIRA, J.T.T.; CHING, L.C. (eds.) *Dor Orofacial/ATM – Bases para o diagnóstico clínico*. Curitiba: Maio, 1999, p.263-271.
- NASRI, C. *et al.* Burning mouth – A multidisciplinary assesment. Abstracts of WORLD CONGRESS OF PAIN, 9th, 1999, p.306-307.
- PINTO, V.G. *et al.* Levantamento epidemiológico em saúde bucal, Brasil, zona urbana, MS. *Brasil*, p.110-115, 1996.
- REISS, M.; REISS, G. Some aspects of glossodynia. *Schweiz Med Wochenschr*, v.129, p.1461-1466, 1999.
- RILEY, J.L. 3rd. *et al.* Orofacial pain symptom prevalence: selective sex differences in the elderly? *Pain*, v.76, p.1-2, 97-104, 1998.
- SIQUEIRA, J.T.T.; CHING, L.H. Dor orofacial em pacientes desdentados totais com disfunção temporomandibular: Estudo retrospectivo longitudinal. *Rev Paul Odontol*, v.3, p.32-37, 1999.
- SIQUEIRA, J.T.T. *et al.* Dor orofacial em pacientes com disfunção temporomandibular e secura bucal: necessidade de diagnóstico diferencial – Discussão clínica. *J Bras Ortodon Ortop Facial*, Curitiba, v.3, n.14, p.39-45, 1997.
- SHIP, J.A. *et al.* Burning mouth syndrome: an update. *J Am Dent Assoc*, v.126, p.842-853, 1995.
- SONIS, S.T. *et al.* Carcinoma espinocelular da cabeça e pescoço. In: *Medicina Oral*. Rio de Janeiro: Interamericana, 1995, p.384.
- SREEBNY, L.M. Dry mouth and salivary gland hypofunction. Part.1: diagnosis. *Comp Contin Educ Dent*, v.9, p.569-578, 1988.
- SREEBNY, L.M. Salivary flow in healthy and disease. *Comp Contin Educ Dent*, Suppl.13, p.461-469, 1989.
- SREEBNY, L.M.; SCWARTZ, S.S. Reference guide to drugs and mouth. *Gerodontology*, v.5, p.75-99, 1986.
- SREEBNY, L.M.; VALDINI, A. Xerostomy, part I: relationship to other oral symptoms and salivary gland hypofunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.66, p.451-458, 1988.
- TAMMIALA-SALONEN, T. *et al.* Burning mouth in a finish adult population. *Community Dent Oral Epidemiol*, v.21, p.67-71, 1993.
- TOURNE, L.P.; FRICTON, J.R. Burning mouth syndrome. Critical review and proposed clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.74, p.658-671, 1992.
- VAN der PLOEG, H.M. *et al.* Psychological aspects of patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, p.664-668, 1987.
- ZAKRZEWSKA, J.M. The burning mouth syndrome remains an enigma. *Pain*, v.62, p.253-257, 1995.
- ZAKRZEWSKA, J.M.; HAMLYN, P.J. Facial pain. In: CROMBIE, I.K. *et al.* (eds). *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP Press, 1999, p.175-182, 1999.
- ZEGARELLI, D.J. Burning mouth: analysis of 57 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, v.58, p.34-38, 1984.

Recebido para publicação em: 02/10/02

Enviado para análise em: 11/10/02

Aceito para publicação em: 04/11/02