



QUALIS
A2



INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS NA SÍNDROME DA ARDÊNCIA BUCAL¹

PHARMACOLOGICAL AND NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS IN MOUTH BURNING SYNDROME

Pedro Henrique Lima MOTA

Universidade Federal do Ceará (UFC)

E-mail: pedrolimamota@hotmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0009-0004-2939-2922>

Francisco Davi Silva de FRANÇA

Universidade Federal do Ceará (UFC)

E-mail: davifrancca@alu.ufc.br

ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-4417-3661>

Ana Beatriz Aquino de LIMA

Universidade Federal do Ceará (UFC)

E-mail: beatrizaquino@alu.ufc.br

ORCID: <http://orcid.org/0009-0000-1394-587X>

Francisco Anderson de Sousa SALES

Universidade Federal do Ceará (UFC)

E-mail: andersonsousasales@alu.ufc.br

ORCID: <http://orcid.org/0009-0006-8429-2128>

Karla Inês Nascimento COSTA

Universidade Federal do Ceará (UFC)

E-mail: karlacosta@alu.ufc.br

ORCID: <http://orcid.org/0009-0002-4552-7132>

Luiz Marques Feitosa NETO

Universidade Federal do Ceará (UFC)

E-mail: luizmarques09@alu.ufc.br

ORCID: <http://orcid.org/0009-0004-2489-3138>

Matheus Loíky Sampaio de SOUZA

Universidade Federal do Ceará (UFC)

E-mail: maatheusloiky@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-7219-0186>

Emmanuel Arraes de ALENCAR JÚNIOR

Universidade Federal do Ceará (UFC)

E-mail: arraesalencar2@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0009-0005-7219-0186>

¹ COMO CITAR: (ABNT): MOTA, P. H. L.; FRANÇA, F. D. S.; LIMA, A. B. A.; SALES, F. A. S.; COSTA, K. I. N.; NETO, L. M. F.; SOUZA, M. L. S.; ALENCAR JÚNIOR, E. A.; FIALLOS, A. C. M. Intervenções Farmacológicas e não Farmacológicas na Síndrome da Ardência Bucal. **JNT Facit Business and Technology Journal**. Qualis A2. ISSN: 2526-4281, Mês de Agosto de 2026 - Ed. 76. VOL. 02. Págs. 461-477. Disponível: <http://revistas.faculdefacit.edu.br>. Acesso em: __/__/__.

RESUMO

Introdução: A Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é uma condição crônica e complexa, caracterizada por sintomas como queimação, dor ou prurido na mucosa oral, impactando negativamente a qualidade de vida dos indivíduos e frequentemente associada ao estresse crônico. Sua etiologia multifatorial ou idiopática dificulta o diagnóstico e, consequentemente, a escolha do tratamento mais adequado. **Objetivo:** Revisar a literatura sobre as principais alternativas terapêuticas para a SAB. **Metodologia:** Foram realizadas buscas nas bases MEDLINE via PubMed, Cochrane CENTRAL e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os termos "burning mouth syndrome", "BMS", "efficacy" e "treatment". Foram selecionados 13 ensaios clínicos randomizados publicados entre 2015 e 2025, excluindo duplicatas, relatos de caso, revisões, artigos de opinião e textos incompletos ou indisponíveis. **Resultados:** Os resultados demonstraram que, devido à natureza crônica e, muitas vezes, idiopática da SAB, o tratamento visa principalmente o alívio dos sintomas, e não sua completa eliminação. As abordagens terapêuticas incluem intervenções farmacológicas e não farmacológicas, sendo o clonazepam e a laserterapia de baixa potência os métodos que apresentaram melhores resultados em termos de eficácia e segurança clínica. **Conclusão:** O clonazepam e a laserterapia de baixa potência destacam-se como opções promissoras no manejo da síndrome, embora a abordagem terapêutica deva ser individualizada e multifacetada.

Palavras-chave: Síndrome da Ardência Bucal. Eficácia. Tratamento

ABSTRACT

Introduction: Oral Burning Syndrome (SAB) is a chronic and complex condition, characterized by symptoms such as burning, pain or itching in the oral mucosa, negatively impacting the quality of life of individuals and often associated with chronic stress. Its multifactorial or idiopathic etiology makes it difficult to diagnose and, consequently, to choose the most appropriate treatment. **Objective:** To review the literature on the main therapeutic alternatives for SAB. **Methodology:** Searches were carried out in the MEDLINE databases via PubMed, Cochrane CENTRAL and Virtual Health Library (BVS), using the terms "burning mouth syndrome", "BMS", "efficacy" and "treatment". Thirteen randomized clinical trials published between

2015 and 2025 were selected, excluding duplicates, case reports, reviews, opinion articles and incomplete or unavailable texts. **Results:** The results showed that, due to the chronic and often idiopathic nature of SAB, treatment is mainly aimed at the relief of symptoms, and not their complete elimination. Therapeutic approaches include pharmacological and non-pharmacological interventions, with clonazepam and low-level laser therapy being the methods that showed the best results in terms of efficacy and clinical safety. **Conclusion:** Clonazepam and low-level laser therapy stand out as promising options in the management of the syndrome, although the therapeutic approach should be individualized and multifaceted.

Keywords: Burning mouth syndrome. Efficacy. Treatment.

INTRODUÇÃO

A síndrome da ardência bucal (SAB), também denominada glossodínia, glossopirose, estomatodínia ou disestesia oral, afeta cerca de 5 a cada 100.000 indivíduos, com maior prevalência em pessoas de 55 a 60 anos e predominância em mulheres pós-menopausa (Khawaja; Alaswaiti; Scrivani, 2023; Chimenos-Küstner et al., 2017; Feller et al., 2017). Pacientes frequentemente apresentam níveis elevados de estresse, ansiedade e depressão, relacionados mais às consequências da dor crônica do que a uma causa primária, e sua patogênese envolve fatores hormonais, neuropáticos e genéticos (Meneguette et al., 2020; Adamo et al., 2021; Bardellini et al., 2019).

Clinicamente, a SAB tem início gradual ou súbito, com ardência/queimação na boca, desencadeada por alimentos ácidos/picantes, estresse e fadiga, mais comum na região anterior da língua (bilateral), mas podendo acometer lábios e palato duro (Adamo et al., 2021; Arduino et al., 2016; Zavoreo et al., 2017). Outros sintomas incluem dormência, boca seca, diminuição do paladar e sabores amargos/metálicos (Hempel; Díaz, 2016).

A SAB associa-se a fatores sistêmicos (diabetes, refluxo, deficiências nutricionais, alterações hormonais, medicamentos) e locais (língua geográfica, candidíase, bruxismo, hipossalivação, alergias, complicações odontológicas). Exames complementares fundamentais incluem avaliação hormonal (TSH, T4), níveis de ferro, ferritina, vitaminas (D, B1, B2, B6, B12), zinco, ácido fólico, glicemia, hemoglobina glicada, além de exames autoimunes e microbiológicos (Adamo et al., 2021; Varoni et al., 2018; Zborowski; Konopka, 2022; Chimenos-Küstner et al., 2017).

O Quadro 1 resume os três tipos de classificação da SAB conforme frequência e intensidade dos sintomas (Meneguette et al., 2020).

Quadro 1: Classificação de SAB.

Classificação	Descrição
Tipo I	Corresponde a 35% dos casos, caracteriza-se por sintomas presentes diariamente, com um atraso após o despertar ou ao longo do dia e cuja intensidade tende a aumentar à noite.
Tipo II	Representa 55% dos casos e é marcado por sintomas diários que se iniciam imediatamente após o despertar, geralmente associados a distúrbios psicológicos.
Tipo III	Compreende 10% dos casos, apresenta sintomas raros e confinados a regiões menos comuns, como o pescoço, estando frequentemente relacionados a reações alérgicas ou fatores locais.

Fonte: Meneguette et al., 2020.

Diante do exposto, A SAB impacta significativamente a qualidade de vida pela intensidade e persistência dos sintomas e pela dificuldade diagnóstica, que exige exclusão de outras condições, tornando o manejo desafiador (Dym; Lin; Thakkar, 2020). Embora não haja cura, o tratamento visa alívio dos sintomas e melhoria da qualidade de vida (Chimenos-Küstner et al., 2017; Dym; Lin; Thakkar, 2020). Abordagens terapêuticas incluem medidas tópicas/sistêmicas, farmacológicas (antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes) e não farmacológicas (terapias cognitivas, laserterapia), mas os resultados são heterogêneos, evidenciando a necessidade de protocolos padronizados e estudos robustos (Adamo et al., 2021; Klein et al., 2020).

Este estudo objetiva reunir os principais aspectos das abordagens terapêuticas disponíveis para a SAB, analisando criticamente suas evidências e discutindo sua efetividade no manejo clínico.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de cunho exploratório e abordagem qualitativa, com o objetivo de estabelecer o estado atual do conhecimento sobre a SAB, identificando os tratamentos disponíveis e sua eficácia clínica. A pergunta norteadora foi: "Quais são os tratamentos disponíveis para a SAB e qual a sua eficácia clínica?"

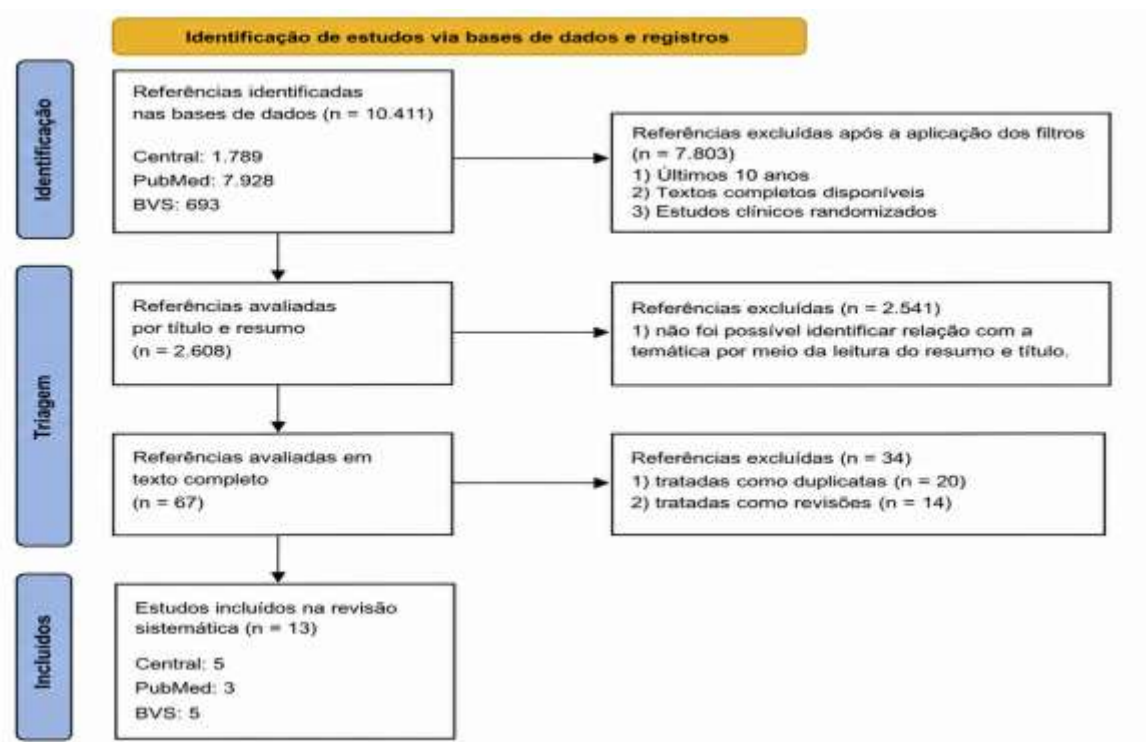
Realizou-se levantamento bibliográfico nas bases MEDLINE (via PubMed), Cochrane CENTRAL e BVS, entre dezembro de 2025 e março de 2026, utilizando os descritores "burning mouth syndrome", "BMS", "efficacy" e "treatment", registrados

no DeCS e MeSH, combinados pelos operadores booleanos AND e OR, conforme a estratégia: (burning mouth syndrome OR BMS) AND efficacy AND treatment.

Foram aplicados filtros para publicações dos últimos dez anos (2015 a 2025), ensaios clínicos randomizados com texto completo disponível. Incluíram-se ensaios que abordassem intervenções terapêuticas em pacientes com SAB, com descrição clara dos tratamentos e resultados. Excluíram-se duplicatas, relatos de caso, revisões, artigos de opinião e estudos incompletos ou indisponíveis.

A busca inicial resultou em 10.411 publicações (7.928 no PubMed, 1.790 na CENTRAL e 693 na BVS). Após os filtros, restaram 2.608 estudos. Pela leitura de títulos e resumos, selecionaram-se 67 artigos potencialmente relevantes. Após leitura na íntegra, foram incluídos 13 estudos que atenderam plenamente aos critérios, compondo a amostra final, conforme demonstrado no fluxograma (Figura 1).

Imagem 1: Fluxograma PRISMA.



Fonte: Autores (2026).

RESULTADO

Foram encontrados inicialmente 10.411 artigos, dos quais 13 ensaios clínicos randomizados foram selecionados para compor a presente revisão após aplicação dos filtros e critérios de inclusão e exclusão.

Artigos Incluídos

Os artigos incluídos foram compilados no Quadro 2, com seus dados referentes à autoria, ano de publicação, tipo de estudo, amostra, tratamento, duração e principais achados.

Tabela 1 – Características dos estudos incluídos na revisão sistemática (continua).

Autor/Ano	Tipo de estudo	Amostra	Tipo de tratamento	Duração	Principais achados
Lu et al. (2025)	Estudo multicêntrico randomizado, controlado e simples-cego	128 pacientes com SAB	(1) Fotobioestimulação (PBM) combinada com crioterapia oral (OCT); (2) Apenas PBM; (3) Apenas OCT; ou (4) Terapia medicamentosa (DT) com mecobalamina	7 semanas de tratamento, com avaliação de 12 semanas	O grupo PBM+OCT teve a maior taxa de resposta geral para redução da dor (81,25%) e uma mudança média significativamente maior na pontuação da EVA em comparação com o grupo DT.
Li et al. (2024)	Estudo clínico randomizado	45 pacientes com SAB	Terapia combinada (Laser + Vitamina B12 e Alprazolam) vs. Terapia medicamentosa isolada vs. Terapia a laser isolada	1 mês	Todos os grupos tiveram redução significativa da dor. O grupo de terapia combinada mostrou a melhor melhora significativa na redução da dor em comparação com os grupos de terapia isolada.
Adamo et al. (2021)	Ensaio clínico randomizado aberto	150 pacientes com SAB	Vortioxetina (15 mg/dia) vs. outros antidepressivos (ISRS, ISRN, tricíclicos)	12 meses	A vortioxetina foi superior aos outros antidepressivos em termos de resposta ao tratamento, tempo de resposta e tolerabilidade, com início de ação mais rápido.
Bardellini et al. (2019)	Estudo prospectivo randomizado, duplo-cego	85 pacientes com SAB	Fotobioestimulação (Laser de diodo 980 nm) vs. placebo	10 semanas	Redução estatisticamente significativa na sintomatologia da dor em todas as avaliações, sendo mantida durante o acompanhamento de 6 meses.
Varoni et al. (2018)	Ensaio clínico randomizado cruzado, controlado por placebo	20 pacientes com SAB	Melatonina vs. placebo	20 semanas (2 períodos de 8 semanas com washout de 4 semanas)	A melatonina não foi superior ao placebo na redução da dor (EVA), mas melhorou significativamente a qualidade do sono e alguns escores secundários de dor.
Zborowski e Konopka (2022)	Ensaio clínico randomizado, paralelo, simples-cego	60 pacientes com SAB (57 concluíram)	Clonazepam tópico/oral (0,5-2 mg) vs. protetor lingual (tongue protector)	4 semanas de tratamento + reavaliação após 12 semanas	O grupo tratado com clonazepam apresentou redução significativamente maior da dor/arência (VAS) em comparação ao protetor lingual. Houve recuperação completa em 3 pacientes com clonazepam e 1 com protetor lingual.

Fonte: Elaborado pelo autor (2026).

Tabela 2 – Características dos estudos incluídos na revisão sistemática (conclusão).

Autor/Ano	Tipo de estudo	Amostra	Tipo de tratamento	Duração	Principais achados
Zavero et al. (2017)	Estudo piloto randomizado	42 pacientes com SAB	Acupuntura tradicional chinesa (3 sessões/semana) vs. vitamina C (1 g, 3x/dia)	4 semanas	A acupuntura promoveu redução significativa dos escores de ansiedade (STAI), qualidade de vida oral (OHIP-14), depressão (Hamilton) e intensidade da dor (VAS). A vitamina C não apresentou redução significativa dos escores.
Andrino et al. (2016)	Estudo piloto prospectivo randomizado	33 pacientes com SAB (18 LLLT; 15 clonazepam)	Laser de baixa intensidade (LLLT, 980 nm, 2 sessões/semana) vs. clonazepam tópico (1 mg, 3x/dia)	5 semanas (LLLT) / 21 dias (clonazepam) + follow-up de 12 semanas	Ambos os tratamentos promoveram alterações significativas nos níveis de ansiedade e depressão.
Jørgensen e Pedersen (2016)	Estudo randomizado, duplo-cego e cruzado	22 pacientes do sexo feminino com SAB (18 concluíram)	Gel oral de capsaicina (0,01% e 0,025%)	14 dias para cada concentração	Ambas as concentrações de gel de capsaicina melhoraram significativamente as sensações de queimação, sem diferença significativa de efeito entre as duas.
Valenzuela et al. (2016)	Estudo prospectivo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo	62 pacientes com SAB (57 completaram o estudo)	Gel tópico de camomila a 2% vs. placebo	1 mês	Ambos os grupos apresentaram melhora na dor, aerofonia e qualidade de vida oral, sem diferença estatística significativa entre camomila e placebo.
Umezaki et al. (2016)	Ensaio clínico randomizado, controlado, simples-cego	26 pacientes com SAB (20 completaram: 12 ativos; 8 placebo)	Estimulação magnética transcraniana repetitiva (rTMS) de alta frequência sobre córtex pré-frontal dorsolateral esquerdo (DLPFC) vs. sham/placebo	2 semanas de tratamento (10 sessões) + follow-up de 2 meses	Redução significativa da dor desde a 1ª semana, mantida até 60 dias, com redução média de 67% na VAS. Melhora da incapacidade funcional relacionada à dor, sem mudanças significativas em humor ou ansiedade.
Spanenberg et al. (2015)	Ensaio clínico randomizado, controlado e cego	78 pacientes com SAB	Terapia a laser de baixa intensidade (LLLT): laser infravermelho semanal (IR1W), infravermelho 3x/semana (IR3W), laser vermelho vs. placebo	9-10 sessões (3 ou 10 semanas, conforme protocolo) + follow-up de 8 semanas	Todos os grupos apresentaram redução dos sintomas, mas os grupos de laser infravermelho (IR1W e IR3W) apresentaram melhora significativamente maior que o controle. O grupo IR3W mostrou maior redução da dor ($p < 0,06$). Houve melhora da qualidade de vida pelo OHIP-14, especialmente no IR3W.
Palacios-Sánchez et al. (2015)	Ensaio clínico randomizado, controlado, duplo-cego	60 pacientes com SAB	Ácido alfa-lipóico (ALA) (600 mg/dia) vs. placebo	2 meses	O grupo ALA apresentou uma melhora significativamente maior na redução dos sintomas em comparação com o placebo.

Revisão de Literatura

A SAB apresenta-se na forma primária (idiopática), de causa desconhecida e tratamento inespecífico, ou secundária, associada a fatores sistêmicos ou locais (Adamo et al., 2021). Na forma primária, recomenda-se bebidas frias, gelo, goma de mascar sem açúcar e evitação de tabaco, alimentos condimentados, ácidos e álcool (Zborowski; Konopka, 2022). Na forma secundária, o tratamento visa eliminar ou reduzir o fator causal, influenciando a melhora dos sintomas, embora a SAB não tenha cura (Varoni et al., 2018).

Terapias complementares, como fitoterapia, laserterapia e acupuntura, podem ser associadas ao manejo, especialmente devido à forte relação com fatores psicológicos (Bardellini et al., 2019; Spanemberg et al., 2015).

TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS

Clonazepam

O clonazepam é uma benzodiazepina que atua como agonista do neurotransmissor inibitório ácido gama-aminobutírico (GABA), tratando-se de uma medicação antiepilética com efeito depressor no sistema nervoso central, comumente utilizada como agente ansiolítico, podendo levar à dependência se usado por um período prolongado (Zborowski; Konopka, 2022).

A eficácia do clonazepam, administrado sistemicamente e topicamente nas doses de 0,5 a 2 mg/dia por 4 semanas para o tratamento da SAB, foi analisada por Zborowski e Konopka (2022). Neste estudo, a eficácia do clonazepam foi comparada ao uso de um protetor de língua. Sessenta pacientes foram randomizados em dois grupos: um grupo recebendo clonazepam oral (0,5 mg) e o outro utilizando um protetor de língua durante quatro semanas. Os resultados demonstraram que o clonazepam apresentou uma maior redução na intensidade da dor e promoveu a recuperação completa em quase um terço dos pacientes a curto e longo prazo. No grupo clonazepam, três pacientes apresentaram alívio completo, enquanto apenas um paciente no grupo do protetor de língua alcançou essa recuperação. Apesar de menores efeitos colaterais, como sonolência e xerostomia, o clonazepam se destacou pela maior melhora dos escores de dor e pela correlação significativa entre os níveis de depressão e a qualidade de vida em mulheres. O estudo sugere que o clonazepam é clinicamente superior ao protetor de língua no manejo da SAB, apresentando uma resposta estatisticamente significativa na melhora dos sintomas.

Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (Vortioxetina, Paroxetina, Sertralina, Escitalopram, Duloxetina)

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são neuromoduladores centrais que aliviam dor e melhoram condições associadas, como ansiedade, depressão, distúrbios do sono e inflamações. Vortioxetina, paroxetina, sertralina, escitalopram e duloxetina compõem esse grupo (Adamo et al., 2021).

Em estudo com 150 pacientes com SAB, Adamo et al. (2021) dividiram os participantes em cinco grupos conforme o antidepressivo utilizado, com doses diárias de 15 mg (vortioxetina), 20 mg (paroxetina), 50 mg (sertralina), 10 mg (escitalopram)

e 60 mg (duloxetina), avaliados por 12 meses. As escalas VAS, T-PRI, HAM-A, HAM-D, CGI-I e CGI-E foram aplicadas no início e aos 2, 4, 6 e 12 meses. Todos os tratamentos reduziram significativamente os sintomas, com a vortioxetina apresentando impacto superior na dor e psicopatologia após seis meses e menores taxas de eventos adversos. Após um ano, as maiores taxas de resposta foram com paroxetina (66,6%) e sertralina (63,3%). Os efeitos adversos foram leves a moderados, diminuindo gradualmente com o uso prolongado, sem relatos de efeitos graves.

Capsaicina

A capsaicina, um alcaloide extraído de pimentas como a malagueta, é utilizada no tratamento da SAB devido à sua capacidade de reduzir o número de receptores vanilóides do subtipo I (TRPV1), o que leva à dessensibilização dos receptores de dor relacionados ao calor. No entanto, o uso repetido de capsaicina pode resultar em ativação prolongada desses receptores, causando perda de funcionalidade e danos na nocicepção local (Jørgensen; Pedersen, 2016).

Jørgensen e Pedersen (2016) realizaram um estudo com 22 pacientes do sexo feminino, em que se comparou a aplicação de géis de capsaicina a 0,01% e a 0,025% no dorso da língua, três vezes ao dia, durante 14 dias. Ambos os tratamentos mostraram uma redução significativa na dor, com uma diminuição de 1,4 na escala VAS. O gel com concentração de 0,01% apresentou um efeito ligeiramente superior, com uma diferença de 0,5 na VAS, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Os participantes relataram uma sensação de forte ardor na boca, mais intensa com a concentração de 0,025%, que diminuía e desaparecia entre 5 e 30 minutos após a aplicação.

Ácido alfa-lipóico

O ácido alfa-lipóico (ALA), produzido em pequenas quantidades pelo organismo humano, desempenha papéis importantes como agente quelante, antioxidante e modulador de sinais celulares. Encontrado em alimentos como batata, tomate e espinafre, o ALA é conhecido por retardar o envelhecimento cutâneo e potencializar os efeitos de outros antioxidantes. Além disso, o ALA atua como coenzima na produção de energia (ATP), melhora o metabolismo da glicose e promove a produção do fator de crescimento nervoso (NGF), sendo utilizado no tratamento de neuropatia diabética (Palacios-Sánchez et al., 2015).

Palacios-Sánchez et al. (2015) analisaram o efeito do tratamento com ALA em um ensaio clínico conduzido com 60 pacientes diagnosticados com SAB. Os

participantes foram divididos em dois grupos: um grupo tratado com ALA em dose de 600 mg/dia por via oral e um grupo controle que recebeu placebo, ambos com acompanhamento de dois meses. Cerca de 64% dos pacientes tratados com ALA relataram melhora significativa nos níveis de dor medidos pela escala VAS, com 68,75% mantendo essa melhora um mês após o tratamento. Pacientes com depressão leve ou moderada, sintomas de baixa intensidade e menos de um ano de evolução apresentaram maior resposta positiva ao ALA, enquanto aqueles com depressão severa que faziam uso de antidepressivos ou ansiolíticos e apresentavam xerostomia mostraram menor resposta ao tratamento. Todavia, no grupo controle, 27,6% relataram alguma redução nos sintomas, sugerindo um possível efeito placebo. Esses resultados sugerem que o ALA pode ser eficaz na redução dos sintomas da SAB, com manutenção dos benefícios após o tratamento.

Melatonina

A melatonina é um hormônio endógeno produzido e liberado pela glândula pineal. Quimicamente, é uma indolamina sintetizada a partir do triptofano e, devido ao seu caráter anfifílico, pode atravessar facilmente as membranas celulares por difusão. É indicada para pacientes com transtornos do sono, pois atua diretamente no ciclo circadiano, estimulando outras reações relacionadas ao sono, como a produção de glicose no fígado e a de insulina no pâncreas (Varoni et al., 2018).

A eficácia da melatonina na redução da dor associada à SAB e seus efeitos colaterais na qualidade do sono e ansiedade foram verificados por Varoni et al. (2018). Nesse estudo, 20 pacientes com SAB, com idades entre 35 e 82 anos (média de 65 anos), foram tratados com melatonina (12 mg/dia) ou placebo por 8 semanas em um desenho cruzado. A dor foi medida por autoavaliação e escalas específicas, enquanto a qualidade do sono e ansiedade foram analisadas como desfechos secundários. Embora a melatonina não tenha se mostrado superior ao placebo na redução da dor, ela demonstrou uma leve melhora nos escores de ansiedade e um aumento no tempo de sono, porém sem relevância clínica significativa. O tratamento foi considerado seguro, com efeitos colaterais semelhantes nos grupos de melatonina e placebo, sugerindo que a melatonina pode ter benefícios limitados no manejo da SAB, com atuação especialmente em relação à qualidade do sono, que é frequentemente prejudicada nesses pacientes.

TERAPIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A SAB

Fitoterapia

O uso da camomila para o tratamento da SAB foi investigado por Valenzuela, Pons-Fuster e López-Jornet (2016). A planta é estudada por suas propriedades antimicrobianas, biocompatibilidade, efeitos anti-inflamatórios, analgésicos e antioxidantes, atribuídos à sua composição rica em flavonoides (apigenina), óleos voláteis (alfa-bisabolol, azuleno, matricina, camazuleno). A apigenina inibe a prostaglandina E2 em macrófagos, potencializando os efeitos anti-inflamatórios e analgésicos.

No ensaio clínico com 62 pacientes com SAB idiopática, divididos em grupo camomila (gel a 2%) e placebo, avaliaram-se dor (VAS), xerostomia (Xerostomia Inventory) e qualidade de vida (OHIP-14) aos 15 e 30 dias. Aplicou-se 0,5 ml da solução na mucosa oral por 30 segundos, duas vezes ao dia, durante um mês. Os resultados mostraram melhora na dor/ardência no grupo tratado, porém sem diferenças significativas em relação ao placebo.

Acupuntura

A acupuntura demonstrou, por meio de métodos termográficos, possuir um efeito vasomodulador na microcirculação tanto na superfície da pele quanto em camadas mais profundas. Evidências obtidas por espectroscopia e fluxometria indicaram um aumento na velocidade do fluxo sanguíneo e alterações na perfusão da microcirculação (Zavoreo et al., 2017).

Zavoreo et al. (2017), em um estudo clínico, avaliaram o efeito do tratamento da SAB por meio da acupuntura, comparando-o com o tratamento realizado com vitamina C. O protocolo de acupuntura foi aplicado em 21 participantes, três vezes por semana, durante quatro semanas, utilizando os seguintes pontos: ST 8 (estômago), GB 2, TE 21, SI 19 (intestino delgado), ST 18 (estômago), LI 4 (intestino grosso), além de GV 20 (vaso governante), com sessões de 30 minutos cada. No grupo comparativo, foi administrada vitamina C, 1g após as refeições, três vezes ao dia, também durante quatro semanas. Os autores observaram uma redução significativa nos níveis de dor, ardência, depressão e ansiedade nos pacientes tratados com acupuntura em relação ao grupo que recebeu vitamina C.

Laserterapia de Baixa Potência

O uso de lasers de baixa intensidade tem sido proposto para quadros algícos crônicos e agudos, com efeitos de analgesia, anti-inflamação, cicatrização, reepitelização, proliferação de fibroblastos, síntese de colágeno, aumento da vascularização e redução de alterações na condução nervosa (Bardellini et al., 2019). A LLLT aplica luz de baixa potência em áreas orais sintomáticas, promovendo

regeneração tecidual, redução da inflamação e alívio da dor, com analgesia gradual e acumulativa, sem efeitos térmicos ou colaterais, porém exigindo múltiplas sessões (Spanemberg et al., 2015).

Estudos demonstram eficácia da LLLT na SAB, com redução significativa da dor e melhora da qualidade de vida após 10 sessões semanais, com manutenção dos efeitos por até oito semanas (Bardellini et al., 2019; Spanemberg et al., 2015). Arduino et al. (2016) relataram redução dos escores VAS, McGill, PPI e OHIP-49 após 12 semanas, superiores ao clonazepam. Li et al. (2024) observaram redução das pontuações NRS em todos os grupos, com melhora mais expressiva na associação entre terapia medicamentosa e LLLT.

Resultados divergentes são relatados: Bardellini et al. (2019) não encontraram diferença significativa vs. placebo após cinco sessões, e Marotta et al. (2024), com laser de 660 nm por 10 semanas, também não identificaram diferença entre grupos, evidenciando a falta de padronização dos protocolos (comprimento de onda, potência, frequência e tempo de acompanhamento) e a necessidade de novos ensaios.

A fotobiomodulação (PBM) associada a outros tratamentos mostra-se promissora. Lu et al. (2025), em ensaio com 128 pacientes divididos em quatro grupos (PBM+OCT, PBM isolada, OCT isolada e terapia medicamentosa), avaliaram dor, ansiedade, depressão, sono e qualidade de vida por sete semanas. O grupo PBM+OCT apresentou maior taxa de resposta na dor (81,25%), redução superior dos escores EVA em relação à terapia medicamentosa, com efeitos mantidos por 12 semanas, além de melhora da ansiedade (GAD-7) e da qualidade de vida. Não houve eventos adversos graves, e a taxa geral foi baixa (4,07%), concluindo que a combinação PBM+OCT é promissora, segura e eficaz para a SAB.

Figura 2: Classificação dos tratamentos da Síndrome da Ardência Bucal.



Fonte: Autores (2026).

DISCUSSÃO

Relatos na literatura apontam que a SAB é uma doença de difícil diagnóstico, frequentemente associada a múltiplos fatores etiológicos, o que torna o manejo clínico desafiador (Varoni *et al.*, 2018). Essa característica multifatorial explica a inexistência de um protocolo terapêutico universalmente eficaz, fazendo com que o tratamento seja conduzido de forma individualizada e baseado no controle sintomático. A subjetividade da dor e a ausência de alterações clínicas visíveis podem favorecer atrasos no diagnóstico e intervenções pouco direcionadas.

As opções terapêuticas para a SAB são diversas, porém ainda não há um tratamento específico. A escolha do método baseia-se na identificação de possíveis

fatores causais e no perfil do paciente, considerando condições sistêmicas e/ou psíquicas (Dym; Lin; Thakkar, 2020). Tal achado reforça a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, uma vez que aspectos emocionais, neurológicos e sistêmicos influenciam a manifestação e perpetuação dos sintomas.

No tratamento farmacológico, o clonazepam destaca-se pela eficácia clínica, promovendo redução significativa da dor e alívio completo em quase um terço dos pacientes (Adamo *et al.*, 2021). Além disso, apresenta efeitos colaterais relativamente menores quando comparado aos antidepressivos ISRS (Adamo *et al.*, 2021; Zborowski; Konopka, 2022). Contudo, a possibilidade de dependência e as limitações do uso prolongado de benzodiazepínicos exigem cautela e acompanhamento contínuo.

Em relação ao ácido alfa-lipóico (ALA) e à melatonina, os estudos revelaram resultados pouco conclusivos. Sugere-se uma ação analgésica para o ALA e um efeito psíquico para a melatonina, favorecendo relaxamento e redução do estresse (Palacios-Sánchez *et al.*, 2015; Varoni *et al.*, 2018). A inconsistência dos achados pode dever-se a diferenças metodológicas, como dosagens, tempo de acompanhamento e perfil clínico dos pacientes. Assim, embora apresentem potencial benefício complementar, as evidências ainda são insuficientes para consolidar sua efetividade.

Dentre os tratamentos não farmacológicos, a LLLT tem demonstrado melhores resultados no controle da dor, promovendo analgesia gradual e acumulativa, sem efeitos colaterais, porém com necessidade de múltiplas sessões (Spanemberg *et al.*, 2015; Marotta *et al.*, 2024). Contudo, os estudos clínicos apresentam variações quanto ao número de aplicações, duração e potência do laser (Arduino *et al.*, 2016; Bardellini *et al.*, 2019; Marotta *et al.*, 2024; Spanemberg *et al.*, 2015), dificultando a padronização e a reprodutibilidade dos resultados. Ainda assim, a laserterapia de baixa potência mostra-se relevante pelo baixo risco de efeitos adversos e boa aceitação pelos pacientes.

A estimulação magnética transcraniana repetitiva (rTMS) e a acupuntura apresentaram resultados animadores, porém os poucos estudos disponíveis são pouco conclusivos, sugerindo indicação como terapias complementares (Umezaki *et al.*, 2016; Zavoreo *et al.*, 2017). Da mesma forma, os fitoterápicos, como a camomila, sugerem possível ação anti-inflamatória e/ou analgésica local, mas ainda carecem de evidências clínicas robustas (Valenzuela; Pons-Fuster; López-Jornet, 2016).

A principal queixa dos pacientes é a sensação de queimação persistente, mas a ausência de sinais clínicos visíveis dificulta o diagnóstico, gerando frustrações e comprometendo a confiança no cuidado odontológico. A incerteza sobre as causas e

a falta de tratamento padronizado resultam em abordagens diversas e, por vezes, ineficazes. Nesse contexto, a SAB ultrapassa aspectos físicos, afetando a qualidade de vida e o estado emocional, o que reforça a importância de um cuidado humanizado e centrado no paciente.

Verifica-se que muitos tratamentos não apresentam efeitos em longo prazo, e terapias farmacológicas e não farmacológicas podem ser combinadas para o alívio sintomático (Zavoreo *et al.*, 2017). O manejo da SAB permanece predominantemente paliativo, voltado ao controle dos sintomas. Torna-se essencial informar os pacientes sobre a natureza crônica, idiopática e multifatorial da condição, além de estabelecer uma relação profissional-paciente baseada em acolhimento e escuta ativa para melhor adesão terapêutica.

Como limitação, muitos estudos apresentaram amostras reduzidas, heterogeneidade metodológica, protocolos variados e curto período de acompanhamento, dificultando comparações diretas. A ausência de padronização diagnóstica e terapêutica limita recomendações consistentes, ressaltando a necessidade de novos ensaios clínicos randomizados com metodologias padronizadas e acompanhamento em longo prazo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise dos ensaios clínicos, conclui-se que o manejo da Síndrome da Ardência Bucal (SAB) é complexo e carece de uma terapia definitiva. As evidências apontam que as terapias combinadas, como a associação de N-acetilcisteína com clonazepam ou o uso de fotobiomodulação com crioterapia oral, frequentemente apresentam os resultados mais eficazes em comparação com tratamentos isolados. Abordagens como a terapia com laser de baixa potência (LLLT) são promissoras para a redução da dor, mas sua eficácia é inconsistente, com alguns estudos mostrando resultados semelhantes ao placebo. Entre os fármacos, antidepressivos como a vortioxetina demonstram superioridade em resposta e tolerabilidade, enquanto o clonazepam se destaca na redução da ansiedade, embora seu impacto direto na dor varie. Outras terapias, como a melatonina e a capsaicina tópica, oferecem benefícios para sintomas secundários, como a qualidade do sono e a ardência localizada, respectivamente, mas com impacto limitado na dor geral. Portanto, como não há cura, a estratégia mais eficaz para o alívio dos sintomas e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes parece ser uma abordagem multifacetada e individualizada, que associe diferentes modalidades terapêuticas.

REFERÊNCIAS

ADAMO, D. *et al.* Vortioxetine versus other antidepressants in the treatment of burning mouth syndrome: an open-label randomized trial. **Oral Diseases**, v. 27, n. 4, p. 1022-1041, 2021. DOI: 10.1111/odi.13602. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/odi.13602>. Acesso em: 10 dez. 2025.

ARDUINO, P. G. *et al.* Randomized pilot study to assess the safety and the value of low-level laser therapy versus clonazepam in patients with burning mouth syndrome. **Lasers in Medical Science**, v. 31, n. 4, p. 811-816, 2016. DOI: 10.1007/s10103-016-1897-8. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10103-016-1897-8>. Acesso em: 10 dez. 2025.

BARDELLINI, E. *et al.* Efficacy of the photobiomodulation therapy in the treatment of the burning mouth syndrome. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 24, n. 6, p. e787-e791, 2019. DOI: 10.4317/medoral.23143. Disponível em: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/aop/23143.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2025.

CHIMENOS-KÜSTNER, E. *et al.* Síndrome de boca ardiente y factores asociados: estudio retrospectivo de casos y controles. **Medicina Clínica**, v. 148, n. 4, p. 153-157, 2017. DOI: 10.1016/j.medcli.2016.09.046. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sindrome-boca-ardiente-factores-asociados-S0025775316305097>. Acesso em: 5 jan. 2026.

DYM, H.; LIN, S.; THAKKAR, J. Neuropathic pain and burning mouth syndrome: an overview and current update. **Dental Clinics of North America**, v. 64, n. 2, p. 379-399, 2020. DOI: 10.1016/j.cden.2019.12.009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011853219301090>. Acesso em: 6 jan. 2026.

FELLER, L. *et al.* Burning mouth syndrome: aetiopathogenesis and principles of management. **Pain Research and Management**, v. 2017, p. 1926269, 2017. DOI: 10.1155/2017/1926269. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2017/1926269>. Acesso em: 15 jan. 2026.

HEMPEL, G.; DÍAZ, R. Enfoque terapéutico para el síndrome de boca urente. **Dolor**, v. 25, n. 66, p. 30-37, 2016. Disponível em : <https://www.revistaeldolor.cl/numero-66/enfoque-terapeutico-para-el-sindrome-de-boca-urente>. Acesso em: 15 jan. 2026.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF OROFACIAL PAIN, 1st edition (ICOP). **Cephalalgia**, v. 40, n. 2, p. 129-221, 2020. DOI: 10.1177/0333102419893823. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0333102419893823>. Acesso em: 10 dez. 2025.

JØRGENSEN, M. R.; PEDERSEN, A. M. L. Analgesic effect of topical oral capsaicin gel in burning mouth syndrome. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 75, n. 2, p. 130-136, 2016. DOI: 10.1080/00016357.2016.1269191. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00016357.2016.1269191>. Acesso em: 10 jan. 2026.

KHAWAJA, S. N.; ALASWAITI, O. F.; SCRIVANI, S. J. Burning mouth syndrome. **Dental Clinics of North America**, v. 67, n. 1, p. 49-60, 2023. DOI: 10.1016/j.cden.2022.07.004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011853222034802>. Acesso em: 30 jan. 2026.

KLEIN, B. *et al.* Burning mouth syndrome. **Dermatologic Clinics**, v. 38, n. 4, p. 477-483, 2020. DOI: 10.1016/j.det.2020.05.008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0733863520300425>. Acesso em: 5 fev. 2026.

LI, X. *et al.* The improvement of pain symptoms in patients with burning mouth syndrome through combined laser and medication therapy. **Technology and Health Care**, v. 32, n. S1, p. 501-509, 2024. DOI: 10.3233/THC-248044. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/THC-248044>. Acesso em: 5 fev. 2026.

LU, C. *et al.* Efficacy and safety of photobiomodulation combined with oral cryotherapy on oral mucosa pain in patients with burning mouth syndrome: a multi-institutional, randomized, controlled trial. **BMC Medicine**, v. 23, n. 1, p. 196, 2025. DOI: 10.1186/s12916-025-04015-z. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12916-025-04015-z>. Acesso em: 15 fev. 2026.

MAROTTA, B. M. *et al.* Efficacy of 660 nm photobiomodulation in burning mouth syndrome management: a single-blind quasi-experimental controlled clinical trial. **Photobiomodulation, Photomedicine, and Laser Surgery**, v. 42, n. 3, p. 225-229, 2024. DOI: 10.1089/photob.2023.0158. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/photob.2023.0158>. Acesso em: 9 fev. 2026.

MENEGUETTE, A. F. *et al.* Pain perception and quality of life in burning mouth syndrome. **Brazilian Journal of Pain**, v. 6, n. 5, p. 1-10, 2020. DOI: 10.5935/2595-0118.20200027. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/8yjYYZCHrZ6BzKQydkhz5BG>. Acesso em: 25 dez. 2026.

PALACIOS-SÁNCHEZ, B. *et al.* Alpha lipoic acid efficacy in burning mouth syndrome: a controlled clinical trial. **Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal**, v. 20, n. 4, p. e435-e440, 2015. DOI: 10.4317/medoral.20410. Disponível em: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv20_i4_p435.pdf. Acesso em: 1 mar. 2026.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx>. Acesso em: 5 mar. 2026.

SPANEMBERG, J. C. *et al.* Efficacy of low-level laser therapy for the treatment of burning mouth syndrome: a randomized, controlled trial. **Journal of Biomedical Optics**, v. 20, n. 9, p. 098001, 2015. DOI: 10.1117/1.JBO.20.9.098001. Disponível em: <https://www.spiedigitallibrary.org/journals/journal-of-biomedical-optics/volume-20/issue-09/098001/Efficacy-of-low-level-laser-therapy-for-the-treatment-of/10.1117/1.JBO.20.9.098001.full>. Acesso em: 7 mar. 2026.

UMEZAKI, Y. *et al.* The efficacy of daily prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for burning mouth syndrome (BMS): a randomized controlled single-blind study. **Brain Stimulation**, v. 9, n. 2, p. 234-242, 2016. DOI: 10.1016/j.brs.2015.10.005. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1935861X15012152>. Acesso em: 1 dez. 2025.

VALENZUELA, S.; PONS-FUSTER, A.; LÓPEZ-JORNET, P. Effect of a 2% topical chamomile application for treating burning mouth syndrome: a controlled clinical trial. **Journal of Oral Pathology & Medicine**, v. 45, n. 7, p. 528-533, 2016. DOI: 10.1111/jop.12412. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jop.12412>. Acesso em: 20 dez. 2025.

VARONI, E. M. *et al.* Melatonin treatment in patients with burning mouth syndrome: a triple-blind, placebo-controlled, crossover randomized clinical trial. **Journal of Oral & Facial Pain and Headache**, v. 32, n. 2, p. 178-188, 2018. DOI: 10.11607/ofph.1913. Disponível em: <https://www.jofph.com/articles/10.11607/ofph.1913>. Acesso em: 25 mar. 2026.

ZAVOREO, I. *et al.* Efficacy of acupuncture and vitamin C in burning mouth syndrome: a pilot study. **Acta Stomatologica Croatica**, v. 8, n. 1, p. 26-30, 2017. Disponível em: [https://www.rjpbcs.com/pdf/2017_8\(1\)/\[4\].pdf](https://www.rjpbcs.com/pdf/2017_8(1)/[4].pdf). Acesso em: 30 mar. 2026.

ZBOROWSKI, J.; KONOPKA, T. Comparison of Clonazepam and Tongue Protector in the Treatment of Burning Mouth Syndrome. **Int J Environ Res Public Health**, [s. l.], v. 19, n. 15, p. 8999, 2022. DOI: 10.3390/ijerph19158999. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/15/8999>. Acesso em: 9 dez. 2025.