

SINDROME DE BOCA ARDIENTE

El síndrome de la boca ardiente (SBA) es un trastorno doloroso y complejo que a menudo se describe como una sensación de ardor, escozor u hormigueo en la boca que puede ocurrir todos los días durante meses o por más tiempo. El dolor puede estar acompañado de sequedad bucal o un sabor alterado en la boca.

El síndrome de boca ardiente puede afectar a cualquier persona, en cualquier rango de edad, con una prevalencia muy variable (2-5 %, o incluso hasta 24 % de la población general). Es muy infrecuente en personas menores de 30 años y existe un claro predominio por el sexo femenino, con una proporción de 7-33 mujeres frente a 1 varón.

Aparece de forma característica en mujeres adultas de edad media (50-70 años) y más típicamente en mujeres peri y posmenopáusicas, con una frecuencia variable (10-40 % de ellas). A pesar de esta mayor prevalencia en mujeres, no es excepcional su presencia en varones de edad avanzada¹⁻⁶.

Causas

Síndrome de la boca ardiente primario. Si el síndrome de la boca ardiente no es causado por un problema médico subyacente, se le llama primario. Los expertos creen que el síndrome de la boca ardiente primario es causado por daño a los nervios que controlan el dolor y el gusto.

Síndrome de la boca ardiente secundario. Si el síndrome de la boca ardiente es causado por un problema médico subyacente, se le llama secundario. Tratar el problema médico debe aliviar los síntomas. Las causas frecuentes del síndrome de la boca ardiente secundario pueden incluir:

- cambios hormonales (como los asociados con la menopausia o la enfermedad de la tiroides)
- trastornos metabólicos como la diabetes
- alergias a productos dentales, a materiales dentales (a menudo metales) o a alimentos
- boca seca, que puede ser causada por trastornos (como el síndrome de Sjögren) y por tratamientos (como ciertos medicamentos y la radioterapia)
- medicamentos como los que reducen la presión arterial
- carencias nutricionales, como una concentración baja de vitamina B12 o de hierro
- infecciones en la boca, como una infección por hongo
- reflujo ácido.

INFORMACIÓN RESERVADA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

El profesional de la salud que está tratando al paciente será el que determine la estrategia terapéutica a seguir.

Síntomas

Característicamente el síndrome de boca ardiente se manifiesta como la presencia de ardor, dolor o molestias de tipo quemazón en la boca, las encías, los labios, la mucosa yugal, el paladar, la lengua o la boca entera, sin identificarse inflamación, úlceras o atrofia en la exploración visual. Puede asociarse además xerostomía o sensación de sequedad bucal, labios agrietados, hipersensibilidad de las encías, prurito o picor de la cavidad bucal, hormigueo o pastosidad, adhesividad o entumecimiento de la lengua y/o paladar áspero o “de lija”^{1-3,6}

Pueden asociarse alteraciones gustativas, tales como la disminución del sentido del gusto, o alteraciones en la percepción del gusto, mal aliento o una atípica sensación gustativa a óxido o metal. En algunos casos, sobre todo los que cuentan con un alto componente ansioso, la sintomatología bucal se asocia a síntomas como cefalea, astenia e insomnio.

La duración de la sintomatología es variable: puede ser una alteración transitoria y limitada en el tiempo o, por el contrario, perdurar en la boca durante años. En función de su forma de aparición e intensidad, se clasifica en tres tipos:

- En el tipo I, el más frecuente (65 %), el dolor aparece típicamente a lo largo del día y con el paso de las horas, más frecuente e intenso al final de la vigilia y la noche; no es característico que las personas afectadas presenten sintomatología al despertar o en las primeras horas del día. Este tipo suele relacionarse con causas de origen psicógeno.
- En el tipo II (25 %) los síntomas aparecen indistintamente en la mañana o la noche, se mantienen a lo largo de todo el día y se relacionan con estados de ansiedad.
- En el tipo III la sintomatología aparece de forma intermitente, tanto a lo largo del día, como alternando días con y sin presencia de sintomatología. Está relacionado con trastornos psicopatológicos o de tipo alérgico⁴⁻⁶.

Tratamiento

El tratamiento debe ser individualizado:

- Descartar patologías graves o tumoraciones¹⁻⁴.
- Una correcta exploración médica y dental debe descartar disfunciones de prótesis dentales, infecciones, etc.²⁻⁶.
- Además, se debería evitar el tabaco y el alcohol, reducir el consumo de azúcares o alimentos ácidos o picantes.
- La ingestión abundante de agua y mascar chicle pueden ser de utilidad para la mejoría de la disgeusia, pastosidad y/o adhesividad bucal.
- En pacientes con hiposalivación pueden utilizarse sustitutivos salivales, que logren aliviar los síntomas^{1, 2,4-7}.

El tratamiento farmacológico es controvertido. Deberá valorarse en casos en que las medidas higiénico-dietéticas comentadas anteriormente no han logrado mejoría. Existen tratamientos tópicos con colutorios con efectos antiinflamatorios al utilizar benzidamida, capsaicina tópica, difenhidramina y xilocaína con gel de hidróxido de aluminio y magnesio, o enjuagues de difenhidramina con caolín y pectina 20-40 minutos antes de la toma de alimentos⁴⁻⁵.

INFORMACIÓN RESERVADA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

El profesional de la salud que está tratando al paciente será el que determine la estrategia terapéutica a seguir.

Los tratamientos sistémicos incluyen:

- Ansiolíticos (clonazepan 0,25-2 mg/día) o antidepresivos, con el fin de conseguir disminuir el estrés o la ansiedad asociados a su aparición, y con ello lograr una mejoría o desaparición de los síntomas.
- Fármacos anticonvulsivantes, como la gabapentina (300-1.600 mg/diarios) comenzando con 100 mg diarios inicialmente y aumentando la dosis de 100 en 100 mg cada 4-7 días hasta conseguir un control de los síntomas. Sus reducidos efectos secundarios y más rápido inicio de acción hacen que haya resultado más eficaz que otras opciones.
- Los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, 25-50 mg/diarios) o los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, 10 mg diarios) se han venido empleado con anterioridad y han logrado buenos resultados.
- Antipsicóticos: olanzapina (20 mg diarios).
- Por último se ha sugerido incluso, como medida excepcional en casos muy sintomáticos y concretos, sin respuesta a las medidas convencionales, el empleo de la hipnosis con el fin de reducir el grado de ansiedad⁴⁻⁸.

Complementos alimenticios

Ácido alfa lipoico (HealthAid). Se sugiere que el ácido alfa lipoico puede mejorar los síntomas del SBA (200 mg, 3 veces al día) y podría complementar la psicoterapia y ser una alternativa aceptable a los fármacos psicoactivos.

Como alternativa a los ansiolíticos y antidepresivos convencionales:

StressArrest (Designs for Health): Fórmula que proporciona GABA y vitaminas del grupo B, que van a favorecer una respuesta normal al estrés e inducir la relajación.

Griffonia (MGD): La griffonia es fuente vegetal rica en 5-HTP, aminoácido precursor de la serotonina. Puede utilizarse durante el día para estrés y nerviosismo, y antes de acostarse para ayudar a conciliar el sueño.

Higiene y prevención

Además de estos tratamientos es importante mantener una **correcta higiene oral** y la boca bien hidratada. Para ello se puede recomendar **sustitutos salivales** en casos en los que sea necesario, que pueden ayudar a minimizar los síntomas del síndrome de boca ardiente.

Las personas propensas a sufrir este problema deben evitar factores locales que aumentan la sensación de boca ardiente como el **tabaco, el alcohol, comidas picantes o bebidas ácidas** que irriten la mucosa oral.

Se ha observado que las terapias para gestionar el estrés, el yoga, la psicoterapia o el ejercicio moderado ayudan a reducir la intensidad del dolor.

INFORMACIÓN RESERVADA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

El profesional de la salud que está tratando al paciente será el que determine la estrategia terapéutica a seguir.

Referencias bibliográficas

1. Huang W, Rothe MJ, Grant-Kels JM. The burning mouth syndrome. J Am Acad Dermatol. 1996; 34: 91-8.
2. Viglioglia P. Estomatodinia-Glosodinia. Act Terap Dermatol. 2005; 28: 397-400.
3. Silvestre FJ, Serrano C. El síndrome de boca ardiente: revisión de conceptos y puesta al día. Medicina Oral. 1997; 2: 30-8.
4. Gómez-Ayala AE. Glosodinia. Farmacia Profesional. 2008; 22:42-5.
5. Chimenos-Küstner E, Arcos-Guerra C, Marques-Soares MS. Síndrome de boca ardiente: claves diagnósticas y terapéuticas. Med Clin. 2014; 142: 370-4.
6. Lamey J, Lamb AB. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. Br Med J. 1998; 296: 1243-6.
7. Gick CL, Mirowski GW, Kennedy JS, Bymaster FP. Treatment of glossodynia with olanzapine. J Am Acad Dermatol. 2004; 51: 463-5.
8. Scheinfeld N. The role of gabapentin in treating diseases with cutaneous manifestations and pain. Int J Dermatol. 2003; 42: 491-5.