



Revisión

Glosodinia o síndrome de boca ardiente

María Elena Arnáiz-García^{a,*}, Ana María Arnáiz-García^b, David Alonso-Peña^c,
 Aída García-Martín^d, Ramón Campillo-Campaña^c, Javier Arnáiz^e

^aServicio Cirugía Cardiovascular. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^cServicio de Cirugía Plástica. Hospital Río Hortega. Valladolid. ^dFacultad de Podología. Universidad Complutense. Madrid. ^eServicio de Radiodiagnóstico. Aspetar, Orthopaedic and Sports Medicine Hospital. Qatar.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de junio de 2016

Aceptado el 20 de julio de 2017

On-line el 7 de septiembre de 2017

Palabras clave:

Glosodinia

Estomatodinia

Síndrome de boca ardiente

Diagnóstico

Tratamiento

R E S U M E N

La glosodinia, también denominada síndrome de boca ardiente, es una entidad patológica que consiste en la presencia de sensaciones dolorosas, urentes y persistentes en la cavidad y la mucosa orales, que experimentan personas con una mucosa oral clínicamente normal, sin evidenciarse irritación, inflamación local o lesiones ulcerosas en la exploración visual.

Los mecanismos fisiopatológicos por los que aparece, así como su etiología, son a día de hoy desconocidos y motivo de controversia. Se han propuesto factores nutricionales, hormonales, hematológicos, reumatológicos, neurológicos o higiénico-dietéticos como posibles causas del mismo; no obstante, su compleja relación con factores tanto biológicos como psicológicos hace que el origen multifactorial de esta afección sea la opción más considerada actualmente.

A continuación describimos este síndrome frecuente, pero en gran parte desconocido, que tiene un importante impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen, así como su abordaje diagnóstico y terapéutico.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Glossodynia or burning mouth syndrome

A B S T R A C T

Glossodynia, also called burning mouth syndrome is a disease entity that consists in the presence of painful and burning sensations in the cavity and oral mucosa, experienced by people with clinically normal oral mucosa, with no evidence of irritation, local inflammation or ulcerous lesions to the visual exploration.

The pathophysiological mechanisms of appearance and its etiology are today unknown and controversial. Nutritional, hormonal, hematological, rheumatologic, neurologic or hygienic or dietary factors have been proposed as possible causes. While his complex rela-

Keywords

Glossodynia

Stomatodynia

Burning mouth syndrome

Diagnosis

Therapeutics

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elarnaiz@hotmail.com (M.E. Arnáiz-García).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.039>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

relationship with both biological and psychological factors make the multifactorial origin of this condition is the most considered option currently.

We describe this common syndrome but largely unknown, which has a great impact on the quality of life of people affected and we expose the diagnosis process and treatment.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A

La glosodinia (también denominada estomatopirosis, estomatodinia, disestesia oral, glosopirosis o síndrome de boca ardiente) es una entidad consistente en la presencia de sensaciones dolorosas urentes y persistentes en la cavidad y la mucosa orales, que experimentan personas con mucosa oral clínicamente normal, sin irritación, inflamación local o lesiones ulcerosas presentes. El término de “síndrome de boca ardiente” es el más extendido, dado que hace referencia al síntoma principal referido por los pacientes que lo sufren.

Los mecanismos fisiopatológicos por los que aparece son complejos, y a día de hoy no del todo conocidos, por lo que su abordaje y tratamiento es aún controvertido. A continuación realizamos una completa descripción de este síndrome, incluyendo una revisión de su diagnóstico y tratamiento.

Epidemiología y forma de presentación

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.

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 (sobre todo en el dorso, la punta y las regiones laterales de los dos tercios anteriores de la misma) o la boca entera, sin identificarse inflamación, úlceras o atrofia en la exploración visual (Fig. 1). 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 hipogeusia, o alteraciones en la percepción del gusto o disgeusia (presencia de un gusto desagradable), 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 (disestesias) 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

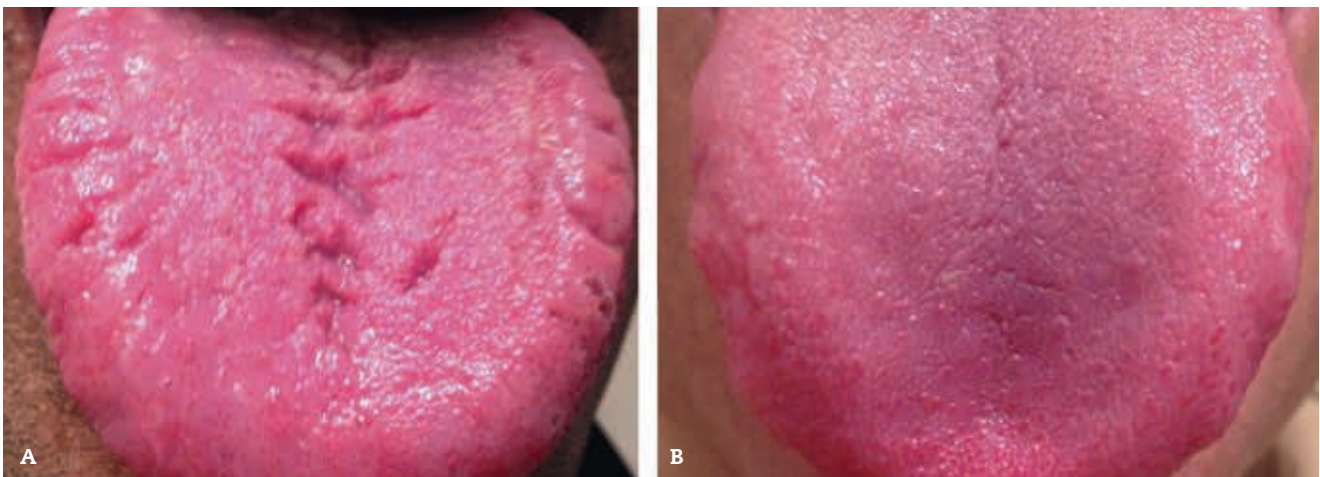


Figura 1 – A) Paciente con sintomatología urente en la cavidad bucal. La lengua únicamente se encuentra agrietada, sin presentar otros signos que indiquen patología local en la exploración visual. B) Lengua aparentemente normal en paciente con sensación de ardor en la lengua y el paladar, de meses de evolución.

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.

Etiología y diagnóstico

Existe el síndrome de boca ardiente o ardor bucal primario o idiopático, cuya causa se desconoce; en segundo término, existe el síndrome de boca ardiente secundario, relacionado con todas las afecciones sistémicas o periféricas que pueden predisponer o provocar esta sintomatología.

Su diagnóstico es complejo, dada la sintomatología tan variable e inespecífica que presenta; es considerado en definitiva un diagnóstico de exclusión, una vez descartados los trastornos sistémicos con los que guarda una forma de presentación común.

Se debe descartar la presencia de procesos tumorales, enfermedades sistémicas (tales como la diabetes mellitus), la insuficiencia renal, alteraciones gastrointestinales (reflujo gástrico, colon espástico, úlcera péptica o colitis ulcerosa), trastornos hematológicos, estados de inmunodepresión, enfermedades autoinmunes (lupus o síndrome de Sjögren), conectivopatías, avitaminosis o déficits de hierro, de vitamina B₁₂, de zinc, de ácido fólico u hormonales (periodo menopáusico), hipotiroidismo, procesos infecciosos o colonización fúngica (candidiasis oral, fusospiroquetas), liquen plano oral o la lengua geográfica.

Es importante realizar una analítica completa que descarte síndromes anémicos (anemia ferropénica) o procesos hematológicos tumorales con manifestación en la mucosa bucal (procesos linfoproliferativos)¹⁻⁵. La determinación de hormonas y vitaminas en sangre puede orientar hacia una disfunción endocrina o síndrome carencial¹⁻⁶.

Existen también agentes causales externos que pueden desencadenar la aparición de la sintomatología, como la quimioterapia o la radioterapia, que producen mucositis, el consumo de antidepresivos y la toma de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina⁴⁻⁵.

Han sido factores desencadenantes de glosodinia descritos con anterioridad el abuso de tabaco, alcohol, ácidos o álcalis, el consumo excesivo de alimentos picantes, algunos aditivos alimentarios (canela, ácidos sórbico o benzoico) o el consumo de comidas excesivamente calientes, el uso de colutorios bucales abrasivos o irritantes, la utilización de pastas dentales que contengan lauril-sulfato de sodio, o la intolerancia a implantes o prótesis dentales, ortodoncias o al polimetacrilato del que se componen, así como el extraño pero posible galvanismo recurrente que se produce al realizar restauraciones dentales con diferentes metales.

Diversos estudios lo han clasificado también como un trastorno fisiológico, relacionado con neuropatías centrales y periféricas, que desencadenan como mecanismo final un síndrome

de dolor neuropático en la cavidad bucal, como la neuropatía glosofaríngea, la lingual o el neurinoma del nervio acústico. Otras investigaciones lo han identificado como una manifestación de la disfunción de la articulación temporo-mandibular¹⁻⁶.

Por último, el origen psicógeno está presente hasta en 45 % de los casos; no es infrecuente que en un alto porcentaje de casos el inicio de los síntomas haya coincidido en el tiempo con algún acontecimiento adverso o estresante en la vida del paciente, tales como el fallecimiento de un familiar, problemas de pareja, problemas filiales o de índole laboral o social. La presencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos, fundamentalmente los afectivos (ansiedad o depresión) pueden avocar a su aparición¹⁻⁴.

Abordaje y tratamiento

Dado que a día de hoy sus causas no se han determinado con exactitud, su tratamiento continúa siendo complejo, con resultados inciertos y, a menudo, insatisfactorios. Se han propuesto muy diversas opciones y tratamientos, que en unos casos pueden aliviar los síntomas, pero que, paradójicamente, en otros pueden agravarlos.

El tratamiento debe ser individualizado:

- Descartar patologías graves o tumoraciones y reducir el grado de incertidumbre y ansiedad asociado al mismo serán, por tanto, de gran ayuda¹⁻⁴.
- 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 sustitutos 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.

Los tratamientos sistémicos incluyen:

- Ansiolíticos (clonazepam 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) o el ácido alfa-lipoico.
- 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.

En conclusión, el síndrome de boca ardiente tiene un importante impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen, y su conocimiento y estudio futuro conllevarán un mejor abordaje y tratamiento del mismo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

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.