Semergen. 2019;45(Espec Congr 6):14

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

410/24 - ME ARRANCARÍA LA LENGUA

M. Aparicio Castaño[1], E. Aparicio Castaño[2], J. Mazuecos Fernández[3]

[1]Centro de Salud Los Barreros. Murcia. [2]Residente de 1er año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca. Cuenca, [3]Residente de 3er año en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 85 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular anticoagulada, distimia de larga evolución, en tratamiento con amlodipino 5 mg cada 24h y fluoxetina 20 mg cada 24h, es diagnosticada de neoplasia de colon avanzada sin metástasis, ya irresecable. Es dada de alta a domicilio sin más tratamientos por parte de oncología, explicándole a la familia el mal pronóstico a corto y medio plazo. Desde su salida del hospital se incluye en cupo de Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria. Cada semana es valorada por intenso dolor abdominal que se consigue controlar tras distintos analgésicos, con parches de fentanilo 25 cada 72h. Posteriormente presenta dificultad para deambular por domicilio por debilidad progresiva, apetito conservado pero los familiares llaman a diario refiriendo disgeusia intensa de la paciente, que impide el descanso nocturno. Inicialmente se inicia tratamiento con medidas higiénico dietéticas sin mejoría, posteriormente preparados de ácido hialurónico con mejoría parcial sin embargo finalmente necesita rescates de fentanilo sublingual por persistencia del dolor (con empeoramiento nocturno).

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, encamada, palidez cutánea, mucosas secas, no sudorosa, eupneica en reposo con cabecero semiincorporado, afebril. Miembros inferiores edematizados de forma simétrica hasta tercio medico con fóvea, ulcera por presión grado 2 en talón izquierdo, abdomen muy distendido, doloroso de forma generalizada a la palpación, sin defensa a la descompresión, grandes masas palpable en hemiabdomen izquierdo, de bordes identificables, dura. AC arrítmica con soplos sistólico en foco aórtico, AP murmullo simétrico sin ruidos patológicos. Cavidad oral: no trismus, presentes todas las piezas dentarias, sin signos de infección periodontal ni flemón o trayecto fistuloso palpable, lengua muy seca sin lesiones visibles, úvula centrada no edematosa, no adenopatías cervicales.

Juicio clínico: Síndrome de la boca urente.

Diagnóstico diferencial: Candidiasis oral. Infección periodontal. Bruxismo.

Comentario final: El síndrome de la boca urente se define como la sensación de dolor o escozor de la lengua sin causa orgánica objetivable en el examen físico. Puede afectar no obstante a toda la mucosa oral. Es una entidad difícil de diagnosticar y de hecho infradiagnosticada en la práctica habitual, debido por un lado a los múltiples factores que se relacionan con su etiología y por otro, al desconocimiento que a veces supone la cavidad oral para los médicos. Es necesario realizar un minucioso examen físico en busca de lesiones, así como una buena anamnesis incidiendo en el tratamiento previo y actual, junto con una prueba de laboratorio para descartar alguna posible causa concreta de este síntoma y poder llegar al diagnóstico. En cuanto al tratamiento, no existe ninguno totalmente eficaz y el hecho de corregir alguna de las alteraciones asociadas a

su origen no asegura la mejoría clínica.

Bibliografía

Perdomo Lovera M, Chimenos Klistner E. Síndrome de Boca Ardiente: actualización. Av Odontoestomatol. 2003;19:193-202.

Brufau-Redondo C, Martín-Brufau R, Corbalán-Vélez R, de Concepción-Salesa A. Síndrome de la boca urente. Actas Dermo-Sifilográficas. 2008;99-6:429-501.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.