



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2663 - Síndrome de la boca ardiente primario. A PROPÓSITO DE UN CASO clínico

A.B. Martínez Veira^a, A. Rey Veiga^b y J.M. Rey Tasende^c

^aMédico Residente de 4º año. Centro de Salud de Marín. Pontevedra. ^bMédico Residente de 4º año. Centro de Salud de Monteporreiro. Pontevedra. ^cMédico Residente de 4º año. Centro de Salud de Vilanova de Arousa. Pontevedra.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude a consulta de atención primaria por sensación de dolor, ardor y quemazón en la boca de aproximadamente 3 meses de evolución. Inicio de la sintomatología tras colocación de implante dental. No otra sintomatología acompañante salvo dificultad para conciliar el sueño desde aparición de la clínica. Iniciamos tratamiento con benzodiacepina con buena respuesta a las 2 semanas.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física realizada en consulta no se observa ningún hallazgo, confirmado posteriormente por el odontólogo del centro de salud y odontólogo privado. Se realiza analítica con anticuerpos y vitaminas sin encontrar ninguna alteración.

Juicio clínico: Síndrome de la boca ardiente primario (SBAP).

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Sjögren, diabetes, neuralgias, infección por *H. pylori*, alergia a materiales usados en la boca, eczema de contacto, liquen plano, deficiencias vitamínicas, candidiasis oral, ansiedad, depresión, medicamentos, cancerofobia...

Comentario final: Definimos el SBAP como un trastorno de dolor neuropático orofacial, benigno, crónico e idiopático de intensidad grave-moderada que se caracteriza por sensación bilateral de quemazón dolorosa. La localización más frecuente es la lengua pero puede afectar a toda la mucosa de la cavidad oral así como a las regiones periorales. Se desconoce su etiología aunque probablemente sea multifactorial. La mayoría de los pacientes presentan alteraciones psiquiátricas o psicológicas por lo que clásicamente se ha incluido dentro de las psicodermatosis. No está muy claro si los factores psíquicos son causa o consecuencia o se exacerban mutuamente. En recientes publicaciones se considera el SBAP como parte de la enfermedad sensorial oral junto con la disgeusia y xerostomía e incluso de que la causa sería una neuropatía regional. El paciente típico sería una mujer posmenopáusica > 55 años con sensación dolorosa o quemante, sequedad de boca y sensación de cuerpo extraño. Los síntomas son variables y diversos, existiendo diferentes patrones. El diagnóstico es de exclusión y se basa en una anamnesis detallada y la exploración física de lengua, orofaringe y cavidad oral. Las pruebas complementarias van encaminadas a descartar causas de síndrome de boca ardiente secundario. Si fuese necesario plantear valoración psiquiátrica/psicológica. Iniciamos el tratamiento en aquellos paciente con síntomas de intensidad grave y con repercusión importante en su calidad de vida. Para una valoración objetiva nos puede ser de utilidad la escala visual analógica y el cuestionario Short Form 36 (SF-36) para valorar la repercusión en la calidad de vida. Como tratamiento tópico usamos la capsicina, clonazepam o protectores de la lengua. Para el tratamiento sistémico son de utilidad los antidepresivos

(amitriptilina, paroxetina, duloxetina), benzodiacepinas (diazepam, clonazepam, alprazolam), antipsicóticos (risperidona), gabapentina y el ácido alfa-lipoico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Síndrome de la boca ardiente, Fistera. Síndrome de la boca urente.
2. Brufau-Redondo C, Martín-Brufau R, Corbalán-Vélez R, de Concepción-Salesa A. Burning mouth syndrome: a review on diagnosis and treatment, Journal of Medicine and Life.