



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3985 - SÍNDROME DE LA BOCA URENTE

M. de la Hera Romero

Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Una mujer de 72 años con AP de SMD, en seguimiento por Hematología sin tratamiento, síndrome de piernas inquietas sin tratamiento. Acude a consulta por presentar xerostomía, sensación de ardor en la lengua.

Exploración y pruebas complementarias: Se explora la mucosa oral, pool salival y se objetiva este último algo escaso y lengua algo depapilada. Piezas dentarias en buen estado. La paciente no tiene alergia a ningún alimento, conservante, metal... no lo relaciona a la toma de un alimento nuevo. Comienza tratamiento con enjuague orales de nistatina valorando probable candidiasis, sin mejoría. Se realiza analítica con niveles de hormona tiroideas, vitaminas del grupo B, ácido fólico, hierro con niveles normales, y determinación de ANAs negativos. Se realiza cultivo donde no se determina Candida. Se deriva finalmente a Dermatología, donde tras exploración y objetivar de visu disminución de pool salival, se pauta pilocarpina, a la espera de realización de biopsia. Finalmente, se informa de ligeros signos inflamatorios.

Orientación diagnóstica: El síndrome de boca urente es más frecuente en mujeres menopáusicas, de etiología multifactorial. Factores locales físicos como el roce con los dientes, el uso de prótesis; factores químicos como alérgenos. Factores sistémicos como déficit vitaminas y minerales (vitamina C, B, hierro) trastornos endocrinos como diabetes, patología de tiroides; enfermedades reumáticas como Sjögren, fibromialgia...; alteraciones de neuropéptidos en la saliva, uso de algunos fármacos como antihipertensivos, antibióticos, antidepresivos, ansiolíticos; así como radioterapia. Factores psicológicos pues en un 50% altos niveles de ansiedad y depresión, aunque no se sabe si son causa o consecuencia. Se ha visto que hay un aumento de interlecucina en la saliva que pueden actuar como neurotransmisores de la etiopatogenia neuropática del ardor.

Diagnóstico diferencial: Hipovitaminosis. Síndrome de Sjögren. Candidiasis oral.

Comentario final: La triada clásica consta de ardor bucal, xerostomía y disgeusia. Se ha propuesto como causa una alteración en la transmisión dopaminérgica a nivel central, y se ha estudiado a algunos pacientes mediante PET, observándose la función dopaminérgica disminuida en putamen. La dopamina desempeña un papel inhibitorio del dolor a nivel central. Por este motivo, después de estudios que valoran la no mejoría de los pacientes con tratamientos como clonacepam oral o tópico, a ntidepresivos tricíclicos que actúan como antinociceptivos, antidepresivos tipo ISRS... se ha propuesto el uso de agonistas dopaminérgicos observándose gran respuesta con pramipexol.

Bibliografía

1. Chimenos-Küstner E, de Luca-Monasterios F, Schemel-Suárez M, et al. Síndrome de boca ardiente y factores asociados: estudio retrospectivo de casos y controles. Medicina Clínica. 2017;148:153-7.

Palabras clave: Boca escaldada. Glosodinia. Glosopirosis. Estomatopirosis. Disestesia oral.