Glosodinia

Abordaje desde la farmacia

La boca ardiente, clásicamente definida como glosodinia, es un síntoma que refieren muchos pacientes, sobre todo mujeres. En un porcentaje importante de casos se descubren factores causales, pero en otros muchos no se detecta ninguna causa. En el presente artículo se abordan las principales características de este trastorno, haciendo especial hincapié en los consejos que el farmacéutico puede dar, tanto para su prevención como para su tratamiento.

ADELA EMILIA GÓMEZ AYALA
Doctora en Farmacia.

El síndrome de la boca ardiente consiste en un conjunto de síntomas intraorales que comprenden quemazón y/o dolor o adormecimiento, que afecta a personas con una mucosa oral clínicamente normal en las que se ha descartado previamente un problema médico o dental.

Si bien la lengua es la localización más usual, también pueden verse afectados los labios y el paladar, y en algunos casos, la garganta y el suelo de la boca.

Es habitual encontrar en la literatura médica diferentes términos para definir la sensación de boca ardiente; estos términos incluyen glosodinia, estomatopirosis, disestesia oral y estomatodinia. Actualmente la denominación de síndrome de la boca ardiente es la más aceptada, ya que hace referencia al síntoma principal que describen estos enfermos.

Epidemiología

La tasa de prevalencia de la glosodinia en la población general oscila entre el 2,6 y el 24% según los diferentes estudios, por lo que no se ha establecido una prevalencia fidedigna.

Este síndrome predomina en poblaciones con una media de más de 50 años y en la senectud. Todos los estudios muestran un predominio claro de casos en mujeres frente a varones: la proporción oscila entre 3:1 y 9:1. Hasta la fecha ha sido el grupo de mujeres menopáusicas, el que ha mostrado las tasas de prevalencia más elevadas. Por el momento, este síndrome no ha sido descrito en niños ni en adolescentes.

Etiopatogenia

Muchos investigadores han intentado explicar la causa del síndrome de la boca ardiente y de estos intentos científicos han brotado muchas teorías que han sido refutadas por otros, con lo que actualmente la duda persiste. Hoy día se admite que este síndrome tiene un origen multifactorial y que los factores pueden agruparse en locales, sistémicos y de origen psicógeno. Un hecho importante que cabe destacar es que, en muchas ocasiones, corregir o eliminar estos agentes presuntamente causales no determina la mejoría o desaparición de la sintomatología inicial. Seguidamente se analizan los factores que se acaban de comentar.

Factores locales

Se incluyen aquí distintos factores que tienen en común el hecho de que actúan irritando directamente la mucosa bucal, aunque su naturaleza puede ser diversa: física, química o biológica.

Los factores locales implicados son los siguientes:

Alteraciones de tipo mecánico. Se deben, básicamente, a prótesis mal ajustadas, especialmente si éstas son de tipo extraíble mucosoportadas; alteraciones de la dentición (malposiciones, piezas prominentes); ciertas disfunciones y hábitos anormales en los que se produce empuje lingual o tics que implican un frotamiento continuo sobre la prótesis o los dientes alterados.

Alteraciones de origen térmico o eléctrico. Entre las primeras cabe destacar el consumo de alimentos muy calientes y entre las segundas, el galvanismo bucal que produce pequeñas corrientes cuando en el interior de la cavidad bucal hay restauraciones de metales diferentes.

Alteraciones de tipo químico. Se deben a quemaduras en la mucosa por acción de ácidos o álcalis, bebidas alcohólicas o determinados fármacos de acción tópica.

Reacciones alérgicas locales. Por ejemplo, frente al polimetacrilato usado en la elaboración de dentaduras postizas y frente a ciertos aditivos alimentarios (ácido benzoico, canela, ácido sórbico).

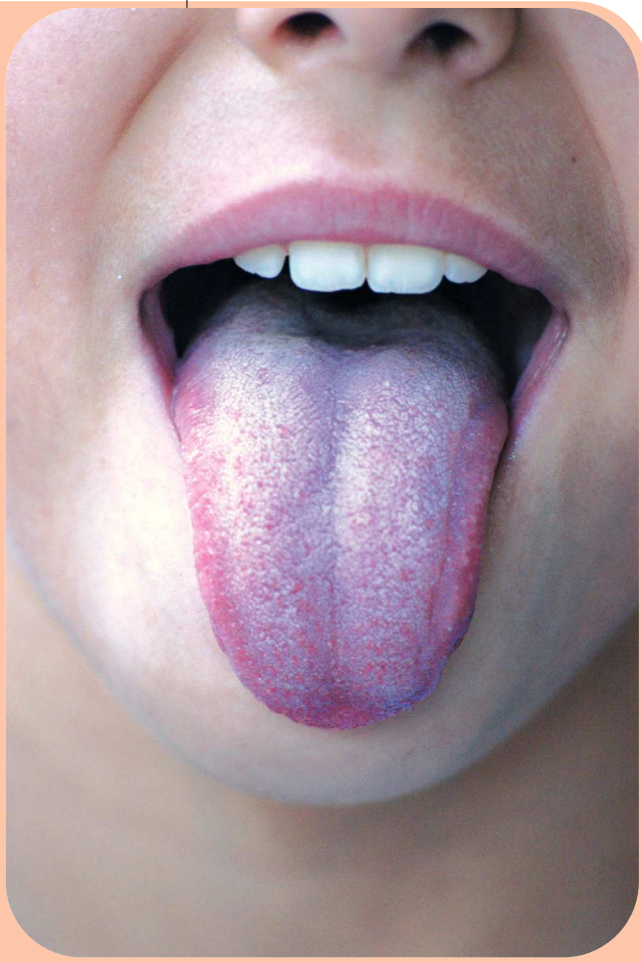
Alteraciones de origen infeccioso. Candidiasis y fusoespiroquetas.

Consejos desde la farmacia

Las enfermedades bucodentales son uno de los motivos de consulta más habituales en la oficina de farmacia. El farmacéutico comunitario, aprovechando su formación sanitaria y su cercanía a la población, no puede dejar pasar la oportunidad de ejercer su papel de educador sanitario.

Como se refleja en este artículo, hay una serie de factores implicados en la aparición de glosodinia que pueden ser evitados cara a prevenir o aliviar este conjunto de síntomas. Los consejos que el farmacéutico puede dar a los pacientes que los presentan deben centrarse en los siguientes puntos:

- Revisión de prótesis dentales.
- Evitación del hábito tabáquico, así como de los alimentos muy ácidos (lima, limón, pomelo), muy condimentados o muy calientes.
- Evitar fumar marihuana y derivados, así como consumir habitualmente bebidas alcohólicas o productos con cafeína, colas y café.
- Eliminar los hábitos orales parafuncionales.
- Extremar la higiene bucal para evitar infecciones como la candidiasis orofaríngea.
- Vigilar las alteraciones endocrinas (hipotiroidismo, diabetes, menopausia), mejorando su control siempre que sea posible.
- Cuidar el estado nutricional, subsanando posibles deficiencias.
- Evitar la xerostomía.
- Evitar todos aquellos alergenos que produzcan alergias locales.



- Revisar la farmacoterapia del paciente al objeto de comprobar la existencia de medicamentos implicados en la etiopatogenia del síndrome.
- Cuidar el estado anímico, evitando o tratando, si fuese preciso, los cuadros de tipo ansioso o depresivo.

Afecciones neurológicas. Cabe destacar la neuropatía glosofaríngea, la neuropatía lingual y el neurinoma acústico.

Xerostomía. Los pacientes que refieren sequedad bucal o xerostomía tienen más probabilidades de presentar glosodinia.

Factores sistémicos

Los factores sistémicos incluyen gran variedad de alteraciones cuyo origen puede hallarse en:

- Deficiencias o estados carenciales de hierro, vitamina B_{12}, ácido fólico y cinc.
- Alteraciones endocrinas como diabetes mellitus, hipotiroidismo y menopausia.
- Síndromes o alteraciones en cuya sintomatología se incluya la xerostomía: síndrome de Sjogren, síndrome de Sicca, cuadros ansiosos y conectivopatías.

Aproximadamente el 45% de los pacientes con síndrome de boca ardiente ha sido diagnosticado de alguna alteración de la personalidad

– Consumo de determinados fármacos como los inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina (IECA).
– Alteraciones gastrointestinales como gastritis atróficas, úlcera péptica, colon espástico y colitis ulcerosa.

Factores de origen psicógeno

Aproximadamente el 45% de los pacientes con síndrome de boca ardiente ha sido diagnosticado de alguna alteración de la personalidad (se ha relacionado el inicio de los síntomas orales con algún acontecimiento adverso de la vida en un porcentaje nada despreciable de sujetos).

Los trastornos psiquiátricos que se observan con mayor frecuencia en los pacientes con este síndrome son depresión, ansiedad, cancerofobia (entendida ésta como la atribución de los síntomas orales por parte del paciente a procesos malignos intraorales y sistémicos) y enfermedad psicosomática.

En más de la mitad de los pacientes aquejados de glosodinia o síndrome de la boca ardiente, una depresión, a veces enmascarada, es el trastorno subyacente que explica la sintomatología oral. Suele ocurrir que el paciente no es consciente de la depresión, y muchas veces es un cuadro diferido en el tiempo respecto al suceso vital desencadenante. Hay casos en los que se trata de pacientes que han recibido precozmente un tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), lo que enmascara el cuadro, originándose posteriormente el denominado «duelo diferido». En otras ocasiones, cuando el paciente empieza a remontar la depresión es cuando tiene «fuerzas» para somatizar y desarrollar una glosodinia, afección que no estaba presente en el momento de la depresión franca.

En nuestro medio, los factores desencadenantes más frecuentes en las mujeres a la edad típica de presentación de la estomatodinia incluyen muerte de un familiar o de la pareja, problemas familiares (conflictos con los hijos, abandono del hogar paterno), jubilación del marido (lo que crea más espacios para una convivencia, no siempre fácil, o incluso traslada la repercusión a la pareja del llamado síndrome del jubilado, etc.).

Sintomatología

El síndrome de la boca ardiente puede manifestarse de forma súbita o progresiva, continua o por fases, generalmente diaria, tras la toma de un alimento o una medicación determinada, o incluso después de una intervención quirúrgica o de un tratamiento odontológico o protésico. Mientras que para algunos pacientes suele haber un hecho concreto con el que lo pueden relacionar, para más de la mitad de los enfermos no hay un factor precipitante identificable.

El síntoma principal se describe como «dolor quemante» en la lengua o en los labios; puede estar diseminado e incluir toda la cavidad oral. En la mayoría de los pacientes, los síntomas se presentan en los dos tercios anteriores de la lengua, paladar duro y mucosa del labio inferior. A veces el paciente describe este síndrome utilizando términos como incomodidad, sensibilidad o molestia, en lugar de ardor. Es habitual que esta sintomatología vaya asociada a otras alteraciones como boca seca, alteración del gusto y de la sensibilidad. Los síntomas suelen empeorar en el transcurso del día, si bien este síndrome no suele presentarse de noche, por lo que no interrumpe el sueño, pero sí puede dificultar su conciliación. La ingestión de alimentos sólidos o líquidos, fríos o calientes, especiados o no puede suponer tanto un alivio como un empeoramiento de la sintomatología.

La intensidad de las molestias oscila entre el dolor extremo y una simple disestesia. Puede ocurrir, incluso, que el paciente describa el ardor como una sensación insoportable, que puede estar presente desde hace años.

Algunos autores[1] distinguen tres tipos de pacientes en función de la sintomatología:

– Tipo I: incluye a pacientes que cuando despiertan no presentan síntomas o si los presentan, son mínimos. La sintomatología va empeorando a medida que pasa el día, llegando a un máximo a última hora de la noche. Se encuadra en esta descripción el 65% de los pacientes.
– Tipo II: se incluyen en este tipo los sujetos que tienen molestias importantes desde la mañana, molestias que persisten durante todo o del día. En este grupo estaría el 26% de los pacientes.
– Tipo III: incluye a los pacientes que refieren ardor intermitente, incluso con días libres de molestias. Se encuadra en esta descripción el 10% de los pacientes.

El tipo I se relaciona con factores no psicológicos; el tipo II, con problemas de ansiedad crónica y el tipo III, con problemas psicopatológicos o con causas de tipo alérgico.

En algunos pacientes la sensación dolorosa va unida a síntomas más inespecíficos como insomnio, cefalea, astenia y dificultad de concentración.

El perfil del paciente con síndrome de boca ardiente se corresponde con el de una mujer de edad media alta o avanzada, habitualmente posmenopáusica, con alteraciones emocionales o, al menos, con un fuerte componente psicológico en sus síntomas, muy frecuentemente ansioso.

Abordaje terapéutico

El tratamiento del síndrome de la boca ardiente ha sido insatisfactorio durante mucho tiempo. Actualmente puede decirse que el abordaje terapéutico es complejo y es necesario realizar previamente una historia médica, dental y

psicológica completa con el fin de evaluar si el ardor bucal es un síntoma de otra enfermedad o, por el contrario, se trata de un síndrome idiopático. La identificación del principal factor o factores etiológicos ayudará al profesional a establecer un diagnóstico y un tratamiento adecuados.

El primer paso en el abordaje terapéutico del síndrome de la boca ardiente es tratar cualquier factor, local o sistémico, que afecte a la mucosa y pueda tener relación con el ardor bucal:

- Alergias de contacto, con evitación de posibles alergenos.
- Revisión de prótesis dentales, especialmente si éstas son extraíbles, tanto en el ajuste, como en la retención y estabilidad, así como pulido de cúspides dentales.
- Control de hábitos parafuncionales como el empuje lingual, la succión de lengua, labios y carrillos, el bruxismo, etc.
- Tratamiento de la posible xerostomía (realización de sialometría y empleo de estimulantes de la secreción salival o sustitutos de la saliva).
- Tratamiento de infecciones orales como, por ejemplo, candidiasis.
- Corrección de las deficiencias nutricionales o estados carenciales, así como de los trastornos endocrinos.
- Sustitución o supresión de aquellos fármacos que reciba el paciente que se encuentren relacionados directa o indirectamente con el ardor bucal.

Tratamiento farmacológico

En lo que respecta al tratamiento farmacológico, se ha de distinguir entre medicamentos tópicos y medicamentos sistémicos.

Medicamentos tópicos. En este grupo se incluyen los enjuagues con diversos componentes:

- Elixir de difenhidramina mezclado a partes iguales con caolín y pectina, utilizado en forma de colutorio de 20 a 30 min antes de ingerir alimentos.
- Elixir de difenhidramina y xilocaína junto con gel de hidróxido de aluminio y magnesio en forma de colutorio.
- Enjuagues bucales con jugo de manzana helado.
- Enjuagues de capsaicina tópica.

Medicamentos sistémicos. Si tras corregir los posibles factores etiológicos, ya sean locales o sistémicos, y emplear medicamentos tópicos, la sintomatología persiste, se procederá a instaurar un tratamiento farmacológico similar al empleado en el abordaje del dolor neuropático: actualmente se admite que los antidepresivos tricíclicos en dosis bajas, las benzodiacepinas y los anticonvulsivantes pueden ser útiles:

- *Antidepresivos.* Los principios activos más usados con esta finalidad son amitriptilina y nortriptilina; la dosis oscila entre 10-150 mg/día. El tratamiento se inicia con 10 mg/noche, dosis que se incrementará a razón de 10 mg cada 4-7 días, hasta que se produzca una mejoría o aparezcan efectos secundarios. Este tratamiento está limitado por la aparición de xerostomía.
- *Benzodiacepinas.* Los compuestos más usados con esta finalidad son clonazepam y clordiazepóxido; la dosis del primero oscila entre 0,25-2 mg/día, y la del segundo, entre 15-30 mg/día. El tratamiento se inicia con la dosis más baja, que se podrá incrementar cada 4-7 días, hasta que se produzca una mejoría o aparezcan efectos secundarios.
- *Anticonvulsivantes.* El compuesto más empleado para tratar el síndrome de la boca ardiente es la gabapentina; la dosis empleada oscila entre 300-1.600 mg/día. El tratamiento se inicia a razón de 100 mg/noche, incrementándose 100 mg cada 4-7 días hasta lograr controlar los síntomas o hasta que aparezcan efectos secundarios. La dosis debe repartirse en 3 tomas. Este fármaco ha resultado ser más eficaz que los antidepresivos tricíclicos debido a su rápido inicio de acción y menos efectos secundarios.
- *Otros fármacos.* Otras opciones farmacoterapéuticas incluyen el empleo del antipsicótico olanzapina, dosificado a razón de 20 mg/día. El ácido alfa lipoico también se ha asociado a un efecto beneficioso en el tratamiento del síndrome de la boca ardiente.

Morguefile

Actualmente son necesarios estudios adicionales, correctamente diseñados, que permitan establecer formas efectivas de tratamiento para enfermos con síndrome de la boca ardiente. □

Bibliografía

1. Lamey PJ, Lamb AB. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. Br Med J. 1988;6.631:1.243-6

Bibliografía general

Agra S. Síndrome de la boca ardiente: una revisión. SISO. 2003;39:31-53.

Chimenos E, Sueli M. Boca ardiente y saliva. Medicina Oral. 2002;4:4-8.

Dessavre M, Alonso L, Pérez S. Síndrome de boca ardorosa. Dermatología Rev Mex. 2002;4: 164-70.

Lamey J, Lamb AB. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. Br Med J. 1988;6631:1.243-6.

Perdomo M, Chimenos E. Síndrome de boca ardiente: actualización. Av Odontoestomatol. [serie en Internet]. 2003 Ago [consultado el 4 de noviembre de 2007];4:193-202. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852003000400005&lng=pt&nrm=iso.

Pérez A, Clos J. Estomatodinia, glosodinia o síndrome de la boca ardiente: revisión. C@P. Revista de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. [serie en Internet]. 2007 [consultado el 4 de noviembre de 2007], [aprox. 4p]. Disponible en: http://www.cap-semfyc.com/imprimirPagina.php?NTU%3D.

Romani J, Chesa D. Psicodermatología en atención primaria. Piel. 2005;6:282-9.

Servicio de Promoción de la Salud. La salud bucodental en los mayores. Prevención y cuidados para una atención integral. Promoción de la salud en personas mayores. Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, 2003.

Silvestre FJ, Serrano C. El síndrome de boca ardiente: revisión de conceptos y puesta al día. Medicina Oral. 1997;2:30-8.

Viglioglia P. Estomatodinia-Glosodinia. Act Terap Dermatol. 2005;28:397-400.