

121



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**SÍNDROME DE
BOCA DOLOROSA**

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A

BEATRIZ ELIZABETH LÓPEZ ÁVILA



DIRECTORA: MO. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS

MÉXICO, D.F.

2000

274060

vs Do
[Handwritten signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra máxima casa de estudios la
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
Por haberme abierto sus puertas y permitirme crecer con ella.

A la MO. Beatriz C. Aldape Barrios
Por haberme enseñado algo más que patología:

LA IMPORTANCIA DEL REIR

DEDICATORIAS

A MIS PAPÁS:

Muchas gracias por haberme enseñado lo mejor de esta vida,
y el camino de lo que ahora soy.

A MI HERMANO:

Por que siempre estás detrás de mi cuidándome.

A MANUEL:

Por tu amor,
por mantener viva una ilusión,
por tu comprensión y por que siempre estás
ahí cuando te necesito.

A MI FAMILIA:

Por que siempre me han tratado como
a una hija o hermana
y por que se que cuento con ustedes.

A JESSY, LIZ Y PEPE:

Por haberme permitido crecer y caminar junto a ustedes.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
DEFINICIÓN Y SINONIMIA	2
EPIDEMIOLOGÍA	3
SINTOMATOLOGÍA	4
Síntomas	
Subtipos SBD	
Cuantificación de los síntomas	
Otras manifestaciones bucales	
Otras manifestaciones sistémicas asociadas	
ETIOLOGÍA DEL SBD	9
CAUSAS LOCALES	9
Las prótesis como causa primaria	
Prótesis mal ajustadas	
Sensibilidad a la resina acrílica	
Causas odontogénicas	
Tratamiento dental	
Galvanismo	
Alergia a los metales	
Maloclusión	
Higiene Bucal	
Alergia a los alimentos	
Uso de tabaco y alcohol	
CAUSAS SISTÉMICAS	13
Desórdenes hormonales	
Desórdenes sanguíneos	
Anemia ferropénica	
Anemia perniciosa	

Deficiencia vitamínica	
Hipocalcemia	
Hipoclorhidria y aclorhidria	
Diabetes Mellitus	
Fluido salival reducido	
Efectos colaterales de medicamentos	
Otros factores	
CAUSAS NEUROLÓGICAS	18
Dolor	
Clasificación del dolor	
Umbral del dolor	
Aspectos psicogénicos y sociales del dolor	
ASPECTOS PSICOGÉNICOS	21
Ansiedad y depresión	
Cancerofobia	
Evaluación del estado psiquiátrico	
Hábitos bucales	
Exámen estereognóstico	
 DIAGNÓSTICO	 24
Historia de los síntomas	
Historia médica	
Historia de medicamentos	
Examen bucal	
Cambios bucales positivos	
Cambios bucales negativos	
 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	 30
Candidiasis	
Cáncer	
Entropiasia	
Leucoplasia	
Papilitis foliada	
Lengua fisurada	

Lengua geográfica
Glositis rombóidea mediana
Lengua pilosa
Líquen plano
Estomatitis
Infección por fusospiroquetas
Neuralgia
Anomalías sensoriales postraumáticas
Neuroma acústico
Dolor referido
Reflujo esofágico

TRATAMIENTO	47
Indicaciones al paciente	
Medicamentos	
Paleativos	
Complejos vitamínicos	
Fungicidas	
Tranquilizantes	
PRONÓSTICO	52
CONCLUSIONES	53
GLOSARIO	55
BIBLIOGRAFIA	57

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Rango de edad de los pacientes con SBD.....	3
Tabla 2 Ubicación del dolor	4
Tabla 3 Duración de los síntomas en años	5
Tabla 4 Marcador visual análogo	7
Tabla 5 Manifestaciones bucales asociadas.....	8
Tabla 6 Historia clínica	26
Tabla 7 Decisiones en el manejo del paciente	29

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Candidiasis eritematosa.....	31
Figura 2 Candidiasis eritematosa.....	31
Figura 3 Candidiasis pseudomembranosa.....	31
Figura 4 Candidiasis pseudomembranosa.....	31
Figura 5 Cáncer de células escamosas.....	33
Figura 6 Cáncer de células escamosas.....	33
Figura 7 Cáncer de células escamosas.....	33
Figura 8 Leucoplasia en la lengua. Tipo no homogénea.....	36
Figura 9 Leucoplasia en la lengua. Tipo homogéneo.....	36
Figura 10 Papilitis foliada	37
Figura 11 Papilitis foliada	37
Figura 12 Lengua fisurada.....	38
Figura 13 Lengua geográfica.....	39
Figura 14 Lengua geográfica.....	39
Figura 15 Glositis romboidea media.....	40
Figura 16 Lengua pilosa	41
Figura 17 Líquen plano	42

INTRODUCCIÓN

"En la mañana ella se sentía bien, con poco o casi nada de problemas (por supuesto no usa la dentadura por las noches), pero en la tarde la sensación de ardor, se vuelve insoportable. Finalmente, se toma un tranquilizante y se va a dormir. Su boca tiene un sabor amargo y esto hace que no tenga muchas ganas de comer. Espero que haya quedado claro y que esto contribuya para entender mejor el problema de mi mamá"¹⁵

Esta es una de las primeras cosas que los pacientes o familiares de los pacientes afectados con este síndrome nos comentan, ya que involucra a toda la familia, por lo que no se resuelve el problema y son meses y meses de diferentes tratamientos y manejos clínicos que pueden exacerbar los problemas emocionales ya existentes.

Todos los odontólogos y médicos deben de tener el conocimiento de esta entidad ya que se deben de tomar en serio las quejas, incomodidad o dolor que sienten los pacientes, casi siempre sin causa aparente.

Estos pacientes además ven a muchos otros especialistas, como otorinolaringólogos, dermatólogos o neurólogos, que tampoco resuelven el problema y que muchas veces lo remiten al odontólogo, ya que no es una patología conocida, ni tan frecuente y que en estos tiempos se ve incrementada por los procesos de presión emocional a la que nos enfrentamos todos, por pérdidas económicas, sentimentales, etc.

Por lo general cuando estos pacientes llegan al especialista en estomatología que sabe de este síndrome, ya han consultado por lo menos a 2 o 3 especialistas, que los han manejado con medicamentos sistémicos, enjuagues, tratamientos endodónticos, extracciones o biopsias. Por lo que es importante difundir las manifestaciones, las posibles asociaciones con otras entidades y el manejo integral que debe de ser manejado con cada uno de los pacientes, por lo tanto cada uno de estos pacientes debe de tratarse multidisciplinariamente y con la mayor conciencia, para evitar que caiga en manos de charlatanes o pseudomédicos y para brindarle al paciente una mejor calidad de vida.

DEFINICIÓN Y SINONIMIA

El Síndrome de Boca Dolorosa (SBD) es una alteración bucofacial crónica atípica.¹³

¹⁶ Se caracteriza por sensaciones ardorosas y dolorosas en una mucosa bucal sana.^{1,19}

Históricamente esta condición ha sido descrita como glosodinia, glosopirosis,⁸ glosalgia, parestesia psicogénica bucal,² estomatodinia, estomatopirosis, lengua dolorosa, disestesia bucal, condición de boca ardorosa.⁸ Estas descripciones no son totalmente claras, ya que algunas presentan una mucosa bucal alterada o únicamente se refieren a un sitio específico.⁸

EPIDEMIOLOGÍA

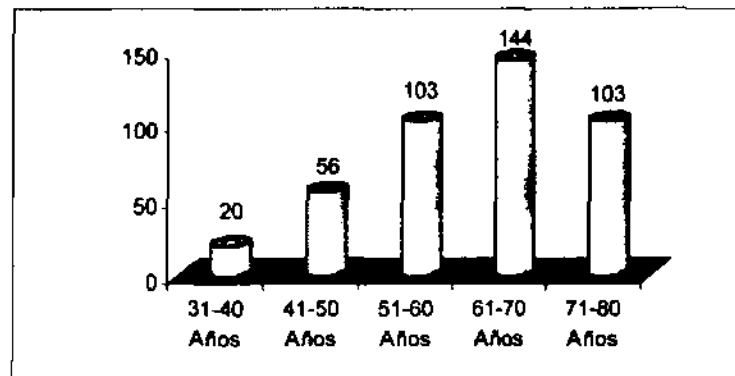
Difícilmente encontramos datos epidemiológicos globales de la prevalencia de SBD. En la mayoría de los estudios son reportados los resultados de población seleccionada, tales como los pacientes atendidos en práctica odontológica general, pacientes que visitan clínicas de atención para la menopausia o para la diabetes.¹⁵

La prevalencia del SBD en pacientes atendidos en la práctica general dental es de 1.5 a 2.5%.^{1,9} Con relación 3:1 mujeres con respecto a hombres.⁹ La razón de esta preferencia no ha sido bien explicada.⁹ El SBD no ha sido reportado en niños.⁸

En clínicas para la atención para la diabetes el 10 % de los pacientes presentan SBD o anomalías en el gusto.¹⁵

En clínicas de atención para menopáusicas la prevalencia es del 10%^{1, 3, 11} al 40%,⁹ con un rango de edad de los 40 años,^{1, 3, 8, 9, 11, 13, 14} a 80 años.^{2, 8, 14} (Tabla 1)

No. Pacientes



Años de los pacientes

Tabla 1. Rango de edad de los pacientes con SBD.²

SINTOMATOLOGÍA

SINTOMAS

Los síntomas principales son calor local o una sensación quemante y dolor en varios sitios de la boca, sin una distribución anatómica y casi siempre bilateral.¹⁵

Se ha reportado la prevalencia de los sitios de malestar. Los más comunes son los dos tercios anteriores de la lengua, el tercio anterior del paladar duro, y la mucosa del labio inferior,^{3, 6, 9, 11, 14, 15} seguido por el área de soporte de la prótesis inferior, mucosa bucal, faringe y piso de la boca.¹⁴ (Tabla 2)

Autor	n	Sitio de dolor (%)							
		Lengua	PB	PS*	Pal. B	Labios	PI*	MB	Faringe
Lamey	150	78	2	45	/	38	36	4	8%
Basker	22	50	/	50	/	36	18	14	13%
Grushka	102	X	13	X	6	X	25	14	0%
Main	37	67	3	68	/	34	25	18	5%
X Datos no comparables		PB Piso de boca		PI Prótesis inferior					
☐ Datos aproximados.		PS Prótesis superior		MB Mucosa Bucal					
* Area de soporte		Pal. B Paladar Blando							

Tabla 2. Ubicación de dolor.¹⁴

El inicio de los síntomas puede ser asociado en un 33% con un procedimiento dental previo, 10% con enfermedades anteriores, el 57% no tiene relación alguna con un evento previo.¹⁵

El curso de los síntomas puede ser años o meses^{15,2} (Tabla 3) con remisiones parciales espontáneas en aproximadamente la mitad de los paciente en un lapso de 6 a 7 años después del inicio de los síntomas y puede ser precedido por cambios en el patrón del dolor de constante a esporádico.³

No. Pacientes

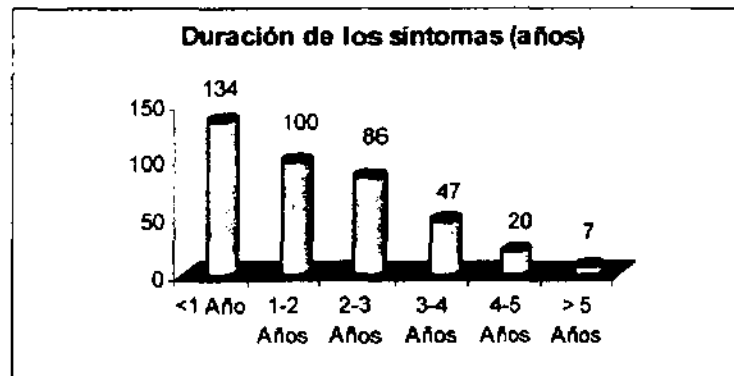


Tabla 3. Duración de los síntomas en años.²

SUBTIPOS DEL SBD

El patrón diario de los síntomas es constante e individual en cada paciente.⁵ Lamey propuso una clasificación en tres subtipos que son importantes para el pronóstico del SBD.⁶

Tipo 1 En este subtipo los pacientes presentan el dolor diariamente, no está presente al despertar e inicia a lo largo del día exacerbándose en la tarde, esto corresponde al 35% de los pacientes con SBD.

Tipo 2 Los pacientes presentan dolor diariamente, presente desde el despertar. Aproximadamente el 55% de los pacientes presentan este subtipo.

Tipo 3 El dolor solo se presenta en algunos días. En contraste de los tipos 1 y 2, el dolor tiende a afectar sitios poco usuales tales como piso de boca, mucosa bucal o faringe. Cerca del 10% de los pacientes presentan este tipo.⁶

CUANTIFICACION DE LOS SINTOMAS

Para evaluar la cantidad de dolor referido por el paciente se utiliza una escala visual análoga del 0 al 10 en donde los pacientes cuantifican el dolor siendo 0 sin dolor y 10 el peor dolor imaginable. Esta cuantificación permite medir prospectivamente la respuesta al tratamiento. Debido a que la percepción del dolor puede ser influenciada por circunstancias sociales, se les pide a los pacientes cuantificar su dolor en circunstancias hogareñas, esto es, como se relacionan con su familia, amigos, trabajo y consideraciones financieras.⁸(Tabla 4)

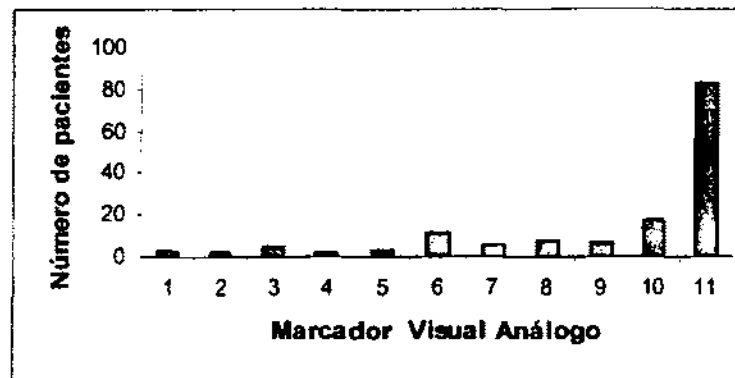


Tabla 4. Marcador visual análogo.⁸

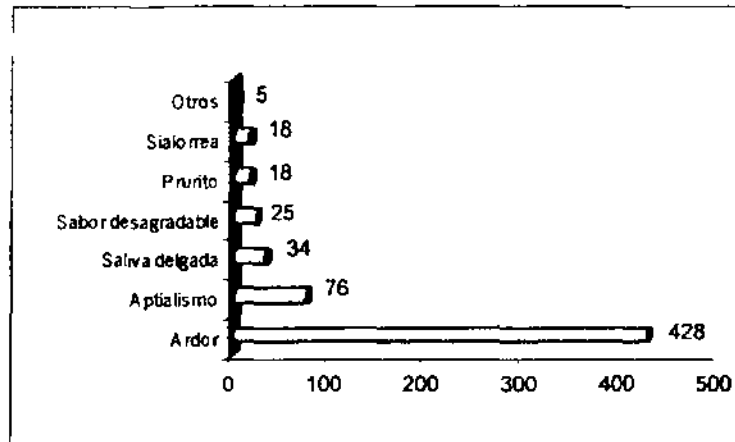
Para medir la respuesta a los analgésicos, Scott y Huskisson recomiendan utilizar una escala de alivio al dolor en vez de medir el dolor. Feinmann y Harris registraron la severidad y frecuencia del dolor en una escala de 0 a 4.

- 0 = No hay dolor.
- 1 = Dolor ligero ocasional.
- 2 = Dolor moderado frecuente.
- 3 = Dolor marcado frecuente.
- 4 = Dolor severo constante

OTRAS MANIFESTACIONES BUCALES

En un número significativo de pacientes se presentan boca seca, sabor persistente (amargo o metálico), alteración de la percepción del gusto,^{3, 11, 15, 19} sed, dificultad al deglutir,^{3, 11, 15} comezón, xerostomía,^{1, 2, 19} sialorrea, temblor de la lengua.² (Tabla 5).

Síntomas



No. Pacientes

Tabla 5. Manifestaciones bucales asociadas.²

OTRAS MANIFESTACIONES SISTÉMICAS ASOCIADAS

Los pacientes con SBD sufren otras manifestaciones como alteraciones del sueño, cambio de dieta, irritabilidad, depresión, disminución de socialización,^{3, 11} letargo, disminución de la libido,¹⁴ constipación, taquicardia, náusea, vómito, colitis, cefalea, migraña, dolor en cuello o en espalda, alteraciones en la piel, alteraciones menstruales, gastritis.¹⁵

ETIOLOGIA DEL SBD

CAUSAS LOCALES

LAS PROTESIS DENTALES COMO CAUSA PRIMARIA

No todos los pacientes que presentan síndrome de boca dolorosa, son portadores de prótesis parciales o totales, por lo que la hipótesis de que las prótesis son las causales primarias de este síndrome aún es cuestionada,¹⁵ pero en los pacientes portadores de prótesis esta hipótesis es factible.⁸

PRÓTESIS MAL AJUSTADAS

Las fallas (estabilidad, oclusión, articulación) en los diseños de las dentaduras que incrementen el nivel de estrés funcional o que restrinjan la función normal de la musculatura lingual pueden ocasionar SBD. En un estudio de 150 pacientes portadores de prótesis, el 60% de estos presentaron fallas en las mismas, el reemplazo de las prótesis sólo ayudaron a un 25%, lo cual refleja la naturaleza multifactorial del SBD. Las prótesis bien elaboradas en una mucosa comprometida o en una mucosa sana pueden causar SBD.⁸

Los errores en la oclusión, al igual que la sobreextensión de las prótesis pueden causar una sensación ardorosa principalmente en el paladar, pero también en la lengua y en los labios.⁸

El ardor puede aparecer a los pocos minutos de la colocación de la prótesis, y puede ser aliviado al quitar las prótesis.⁸

Si los pacientes con SBD son portadores de prótesis, esta puede contribuir al malestar del mismo. Para disminuir esto, las prótesis deben de tener una dimensión vertical correcta, espacio libre adecuado, no deben restringir los movimientos linguales y asegurar que sus bases tengan la máxima distribución de cargas posible.⁸

SENSIBILIDAD A LA RESINA ACRÍLICA

Es posible que las prótesis no sean las únicas responsables en el inicio de los síntomas de SBD después de su colocación,⁸ ya que algunas sustancias del material de las prótesis pueden ser alergénicas como el metil metacrilato, resina epóxica, bisfenol A, base metálica y otros componentes de las prótesis.¹⁴

La alergia verdadera al polimetil metacrilato es rara, de hecho las reacciones alérgicas por contacto en la boca son raras debido a la rapidez de absorción y el potencial de dispersión de los alérgenos a través de la mucosa y al potencial de la saliva para diluir y remover los agentes alérgenos. Sin embargo existen casos raros de alergias al polimetil metacrilato en pacientes con SBD ocasionada por los altos niveles de esta sustancia en las bases de las prótesis. Estos pacientes respondieron bien al cambio de la prótesis de metil metacrilato a una hecha con nylon.⁸ El diagnóstico de alergia a alguno de estos componentes, se debe de realizar bajo la supervisión de un dermatólogo realizando una prueba de parches y posteriormente eliminar agente alérgeno.¹⁴

CAUSAS ODONTOGENICAS

TRATAMIENTO DENTAL

Muchos pacientes han considerado al tratamiento dental como causa única o principal de los síntomas de SBD. Los pacientes están convencidos de que cierto tipo de tratamiento dental eliminarán los síntomas por lo cual piden desesperadamente una extracción o incluso la extracción de todos los dientes. En 1924 Frazier recomendó abstenerse de realizar tratamientos dentales o quirúrgicos a los pacientes con dolor facial atípico, incluyendo SBD, sin que este tratamiento estuviera indicado.

En estudios recientes se ha mostrado que en cerca de 75% de los pacientes que sufren de dolor facial atípico se han realizado diferentes tipos de tratamiento dental, incluyendo extracciones y tratamiento de conductos como un intento de aliviar el dolor pero frecuentemente los síntomas se agravaban.¹⁵

GALVANISMO

El galvanismo bucal se refiere al fenómeno que ocurre como resultado de una reacción electroquímica entre restauraciones metálicas diferentes en la presencia de una solución conductora como la saliva.¹⁵

El malestar atribuido al galvanismo es descrito como una sensación ardorosa o quemante, con un sabor metálico, pero no se han encontrado resultados estadísticamente significativos para corroborar que el galvanismo bucal es agente causal de SBD.¹⁵

ALERGIA A LOS METALES

Las aleaciones metálicas que son usadas en odontología restaurativa contienen iones de oro, zinc, molibdeno, aluminio, galio, indio, cobalto, cromo, níquel, hierro,¹⁵ mercurio¹⁴ que pueden causar alergia. El diagnóstico de alergia debe de ser confirmado positivamente con una prueba de parches, se debe evitar el alérgeno, para eliminar los síntomas y signos causados por estos.¹⁴

MALOCLUSION

Al igual que las malposiciones dentarias, el papel de las maloclusiones de los arcos dentales superior e inferior no parece ser de mayor importancia en la etiología del SBD.¹⁵

HIGIENE BUCAL

Nunca ha sido probada la hipótesis de que la higiene bucal pobre puede causar una sensación ardorosa, o que puede agravar el malestar existente.¹⁵

ALERGIA A LOS ALIMENTOS

Los alérgenos que se sabe producen SBD incluyen el ácido ascórbico (Preservativo de comidas unguentos y cremas), ácido nicotínico (utilizado como rubefaciente en pastas dentales), propylen glicol (aditivo de comida), ingredientes en café instantáneo,¹⁴ extracto de cacahuete,²⁰ aceite de pimienta, goma de mascar, lápices labiales y enjuagues bucales.¹⁵

USO DE TABACO Y ALCOHOL

El fumar no juega un papel importante en la etiología del SBD, es más, la abstinencia de fumar no mejora los síntomas, sino que algunas veces los exacerban. Lo mismo pasa con el alcohol, pero algunos pacientes reportan que al tomar alcohol se reducen la sensación ardorosa.¹⁵

CAUSAS SISTÉMICAS

DESÓRDENES HORMONALES

La mayoría de los pacientes con SBD que se presentan a tratamiento son mujeres postmenopáusicas.³ Ya que los cambios de la mucosa relacionados con la edad en pacientes sanas es mínimo, se cree que los cambios hormonales en la menopausia pueden ser un factor en el inicio de los síntomas.¹³

En alguno de los estudios en donde se les provee a las pacientes un tratamiento de reemplazo estrogénico, no hay una reducción sustancial de los síntomas después del inicio de la terapia. En contraste, muchos estudios han reportado disminución en los síntomas bucales, depresión e irritabilidad en la mayoría de las pacientes postmenopáusicas tratadas con reemplazo estrogénico. Wardrop concluyó que la disminución del estrógeno en la menopausia, puede ocasionar desequilibrios psicológicos y malestar bucal.³

A pesar de los datos contradictorios de el efecto del tratamiento del reemplazo estrogénico en el malestar bucal, la alta frecuencia de las molestias en mujeres menopáusicas, indica claramente una asociación significativa, aunque pobremente entendida entra la menopausia y el SBD.³

DESÓRDENES SANGUÍNEOS

ANEMIA FERROPÉNICA

La deficiencia de hierro es el factor causal mas importante de anemia. Se estima que de el total de la población un porcentaje bajo de hombres y probablemente un 30% de las mujeres padecen anemia ferropénica.¹⁵ Las causas posibles son gastrectomía parcial, embarazo, pérdida de sangre gastrointestinal por tumor maligno.¹⁴

La anemia ferropénica puede tener un inicio insidiosa con una progresión gradual en la fatiga, irritabilidad, taquicardia, mareos, cefaleas y disnea. Otros hallazgos que sugieren una deficiencia de hierro son: fisuras en las comisuras labiales, mucosa bucal pálida de color limón, una lengua roja dolorosa que presenta atrofia de las papilas, y disfagia. La asociación de disfagia, queilitis angular y disfagia se conoce como síndrome de Plummer-Vinson.¹⁵

Brooke mostró que un 53% de los pacientes con SBD presentaban deficiencias de hierro, siendo el diagnóstico más común entre estos pacientes.¹ En muchos otros estudios se ha sugerido la deficiencia de hierro como factor causal de SBD, pero en algunos no se han determinado los niveles de ferritina en sangre, por lo que el diagnóstico de deficiencia de hierro aún es cuestionable.¹⁵

ANEMIA PERNICIOSA

La anemia perniciosa es una anemia megaloblástica causada por falta del factor intrínseco, responsable de la absorción de la vitamina B₁₂. El factor intrínseco es una glucoproteína y es secretado por las células parietales del estómago. Tiene una prevalencia menor al 1% y generalmente se observa después de la tercera década de la vida, con igual frecuencia en ambos sexos.¹⁵

Los síntomas bucales presentes son sensaciones ardorosas o pruriginosas, cambios del sentido del gusto, intolerancia a las prótesis y ocasionalmente resequead de la boca.

15

La mucosa bucal revela cambios consistentes en atrofia de las papilas del dorso de la lengua que tiene un color rojo fuego.¹⁵

Facini reportó que cinco de cada diez pacientes (50%) con SBD sin que presentaran causas locales obvias tenían niveles anormales de vitamina B₁₂ en suero sanguíneo.¹

DEFICIENCIA VITAMÍNICA

Estudios recientes de deficiencia vitamínica, se encontró que una proporción significativa de los pacientes tenían deficiencia de una o de las siguientes tres vitaminas B₁, B₂ o B₆. Un tratamiento adecuado de reemplazo fue exitoso aliviando los síntomas en un 85% de los sujetos con deficiencia en tres meses en los cuales se les dio seguimiento. Un estudio posterior de este grupo mostró que una terapia de reemplazo adecuada solo resuelven los síntomas del 30% de los pacientes. Otros investigadores no han encontrado una respuesta favorable de los sujetos con SBD con deficiencias de las mismas vitaminas con tratamiento de reemplazo que con placebo.³

HIPOCALCEMIA

Zumkley reportó como causa de SBD los desequilibrios electrolíticos en el suero tales como hipocalcemia. No hubo mayor evidencias al respecto y no han sido reportados otros casos en la literatura.¹⁵

HIPOCLORHIDRIA Y ACLORHIDRIA

Sharp (1976) describió de la siguiente forma la mucosa oral de los pacientes con síntomas de SBD: "El color característico de la mucosa es rojo o magenta. Cuando la condición progresa, se atrofian gradualmente las papilas filiformes y la submucosa. Hay atrofia de la mucosa y submucosa gástrica asociada a la aclorhidria." Sharp trató al grupo no aclorhídrico y obtuvo una buena respuesta a través de el primer año. A los pacientes aclorhídricos se les dio ácido hidrociónico como suplemento, deberían de tomar una tableta diariamente durante o después de cada comida.¹⁵

Ya que el estudio de Sharp no fue realizado bajo un protocolo doble ciego, una parte de los resultados favorables que obtuvo pueden ser tomados como un efecto de placebo. No se han realizado estudios posteriores al mencionado anteriormente que hayan sido publicados. Exceptuando la monografía de Hanake que mencionó que la terapia de sustitución realizada en 12 pacientes alcohólicos no redujeron los síntomas de SBD.¹⁵

DIABETES MELLITUS

Tradicionalmente se ha implicado a la diabetes mellitus, pero los hallazgos de recientes pruebas encontraron una baja prevalencia a la tolerancia de glucosa en pacientes con SBD, y una incidencia de ardor bucal de 2 a 10% en pacientes diabéticos.^{3,13}

En un estudio en donde 25 pacientes con ardor bucal y tolerancia anormal a la glucosa se sometieron a un tratamiento con agentes hipoglucemiantes por vía oral. En cuanto a los síntomas, no hubo mejoría en un 60%, ni y en un 75% en los valores de tolerancia a la glucosa.³

FLUIDO SALIVARIO REDUCIDO

Se sabe que en todos los individuos, exceptuando a aquellos con cierto tratamiento médico, el rango del flujo salival es dependiente de la edad, por lo que las mujeres postmenopáusicas en tratamiento son más propensas a tener SBD.³

En la mayoría de los estudios en donde se mide el rango del flujo salival en pacientes con SBD, no se ha demostrado una disminución importante en la salida de la saliva.³

Algunos estudios han intentado caracterizar la saliva estimulada y no estimulada de la glándula parótida de los pacientes con SBD, en donde se han demostrado alteraciones significantes en los niveles de algunos factores como: potasio,¹ proteínas,^{1,3} fosfatos,^{1,3} inmunoglobulinas, pH salival, capacidad de amortiguación, y resistencia eléctrica y de conducción.³

Glick sugiere que estas diferencias pueden ser la causa de las sensaciones ardorosas¹, aunque por otra parte pueden ser una coincidencia en el SBD.³

No hay evidencia que el SBD esté asociado con cambios histopatológicos por lo menos en las glándulas salivales menores.⁸

EFFECTOS COLATERALES DE MEDICACIÓN

El grupo más afectado con SBD es el de pacientes de edad avanzada, el cual, generalmente usan simultáneamente diversos medicamentos. La reserva fisiológica reducida y la baja resistencia al estrés hace de este grupo particularmente vulnerable a los efectos dafinos de estos medicamentos.¹⁵

La única droga significativa al igual que algunos medicamentos que producen xerostomía que aparentemente precipita al inicio de SBD son los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ACE). Los tres medicamentos son lisinopril, captopril, y enalapril. Aunque el mecanismo de inducción por los ACE en el SBD no es conocido, parece ser relacionado con la dosis ya que al reducirla o discontinuar la terapia disminuyen los síntomas.⁸

OTROS FACTORES

Otros factores que deben ser tomados en cuenta como causales de SBD incluyen inflamación o irritación mecánica del tejido linfoide en el área de la papilas foliadas en los bordes posterolaterales de la lengua, una isquemia por interrupción del aporte sanguínea de la lengua como resultado de arteritis temporal de células gigantes,^{3,11} enfermedad periodontal moderada u avanzada, síndrome mieloblástico,³ hipotiroidismo o sobretratamiento del mismo, deficiencias inmunológicas que no han sido identificadas, y rango de sedimentación elevado.¹⁵

CAUSAS NEUROLOGICAS

DOLOR

Antes de estudiar la posibilidad de desequilibrio neurológico como causa del SBD, es necesario discutir algunos aspectos del dolor.¹⁵

La definición del dolor es: "Experiencia emocional y sensorial no placentera asociada a un daño real o potencial de un tejido." (Intern. Assoc. Of Pain, 1986).¹⁵

Se sabe que el SBD refleja una condición, neuropática, que envuelve al sistema nervioso central y periférico. Los mecanismos fisiopatológicos, del sistema nervioso, involucrados en el desarrollo del SBD aún no han sido identificados. No obstante se conoce que el daño a nervios bucales, secundario al trauma, puede condicionar la aparición del SBD.¹³

El ardor es característico de muchas condiciones de dolor crónico asociadas con daño en los nervios, los pacientes con estas condiciones también muestran cambios somatosensoriales típicos. El dolor crónico también debe ser asociado con alteraciones en el sistema nervioso simpático habiendo así cambios en las funciones tales como fluido sanguíneo o sudoración en la zona afectada. Mientras que las lesiones periféricas pueden ser el factor precipitante de estas condiciones (trauma), los factores críticos de la patogénesis son considerados como subsecuentes a alteraciones neuroplásticas en los patrones centrales nociceptivos.¹³

La disminución en la tolerancia al dolor en la lengua, la disminución del sentido del gusto, incremento en el umbral sensorial y doloroso a la estimulación orofacial con láser, puede reflejar alteraciones en el sistema nervioso periférico o central^{5,13} específicamente en los patrones del gusto y nociceptivos.¹³

A diferencia de las presentaciones unilaterales de dolor, en donde este es constante, en el SBD el malestar se incrementará durante el día y hablar, comer o beber.¹⁵

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR

Bell reconoce tres grandes grupos de dolor bucofacial: el dolor somático, neurogénico, y psicogénico. Varios síndromes clínicos dolorosos han sido reconocidos, tales como dolor de origen dental, dolor de origen muscular, dolor de la articulación temporomandibular, dolor vascular, dolor neurógeno, dolor crónico y psicogénico.¹⁵

DOLOR CRÓNICO

Generalmente se distinguen dos tipos de dolor crónico:

Con substrato nociceptivo conocido: El proceso nociceptivo existente a través de los procesos psicológico y sociales tienen una influencia inevitable en las molestias del dolor.¹⁵

Sin substrato nociceptivo conocido: Los procesos nociceptivos han desaparecido por el momento o no se encuentran en relación con el malestar. El dolor continúa por más de seis meses, probablemente los factores psicológicos y sociales juegan un papel importante en la presencia del dolor. En este caso se utiliza el término "dolor crónico intratable". Debido a que la causa del SBD no es bien entendida, el SBD debe de ser considerado como un dolor crónico sin substrato nociceptivo conocido.¹⁵

UMBRAL DE DOLOR

Al medir el umbral sensitivo a un estímulo eléctrico en la lengua y mucosa palatina de los pacientes con SBD, resulta que es significativamente bajo en pacientes con SBD que en el grupo control. En ambos grupos el umbral sensitivo fue mayor en personas mayores de 70 años. Cuando los pacientes con SBD se volvían asintomáticos, el umbral sensitivo no había cambiado. En un estudio reciente fue medido el umbral al dolor de la piel de 15 pacientes con SBD y 15 pacientes del grupo de control. El umbral al dolor cutáneo fue el mismo en ambos grupos.¹⁵

ASPECTOS PSICOGÉNICOS Y SOCIALES DEL DOLOR

Laufer describió 20 pacientes con SBD en donde no se encontraban causas locales o sistémicas. El cree que siempre hay un componente psicogénico que influencia a la sensación dolorosa. En otras palabras: el dolor y las sensaciones dolorosas son dos cosas diferentes.¹⁵

La influencia de los aspectos psicológicos o sociales de las sensaciones dolorosas son diferentes en cada paciente.¹⁵

ASPECTOS PSICOGÉNICOS

Desde 1920 se ha reportado comunmente en la literatura una asociación entre los desórdenes psiquiátricos y el SBD, fundamentalmente; depresión, ansiedad, cancerofobia, desórdenes de personalidad e inestabilidad emocional.

Los estudios realizados aún no proveen de una relación causal entre los factores psicogénicos y psiquiátricos con SBD. Aún así no se debe de negar la fuerte asociación entre los factores psicogénicos relacionados con el SBD.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON SBD

En el estudio de Rojo¹⁸, se distinguen dos grupos de pacientes: los que presentan síntomas psiquiátricos asociados con SBD (50%) y aquellos sin síntomas. En ninguno de estos grupos se detectó algún fenómeno psicológico común que fuera diferente al grupo control. El grupo de pacientes con SBD desórdenes psiquiátricos asociados presentó mayor ansiedad, depresión, obsesión, somatización y hostilidad que los pacientes con SBD sin padecimientos psiquiátricos. No hubo diferencias significativas entre el grupo de SBD sin desórdenes psiquiátricos y el grupo control.¹⁸

CANCEROFOBIA

Alrededor de un 20% de los pacientes con SBD presentan miedo muy marcado hacia el cáncer. Este miedo casi nunca es manifestado por los mismos pacientes, el clínico tendrá que realizar las preguntas prudentes para saber si este es el caso de cada paciente. Algunos pacientes nos comentan que piensan que una parte de su boca luce anormal, esto indica que han estado examinando su boca y creen tener una patología, la autoexaminación reptada es casi patognomónica de cancerofobia.⁸

Al asegurarles a este tipo de pacientes que el SBD no está relacionado con el cáncer bucal les ayuda mucho para tranquilizarse.⁸

EVALUACION DEL ESTADO PSIQUIÁTRICO POR MEDIO DE CUESTIONARIOS

Es necesario realizar exámenes del estado psicológico de nuestro paciente para asegurarnos si este tiene algún desorden psiquiátrico, que tipo de paciente es o si es necesario referirlo a un psiquiatra.

Las siguientes pruebas son realizadas para dicho motivo:

CUESTIONARIO DE CATELL 16 PF (Forma C)

Consiste en 105 aseveraciones informales, y nos provee de una base de las tendencias de comportamiento fundamentales que han demostrado tener una relación cercana a la conducta actual.¹⁵

ESQUEMA DE ENTREVISTA CLINICA

Es una entrevista semiestructurada diseñada para ser aplicada por un profesional. Con ella es posible determinar si el paciente necesita cuidado psiquiátrico y puede ser clasificado de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, propuesta por la OMS. El cuestionario proporciona una medida confiable de la morbilidad psiquiátrica entre las personas que no se consideran ellas mismas estar mentalmente enfermas.¹⁵

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL

Evalúa la inhabilidad para realizar las funciones normales y tiene subescalas en disfunciones somáticas, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión.¹⁵

ESCALA HOSPITALARIA DE DEPRESION Y ANSIEDAD (HAD)

Fue diseñada para detectar los cambios de humor ante la ansiedad y la depresión en la población tratada en un hospital que no refería trastornos psiquiátricos. Un tercio de los pacientes con SBD refieren con este estudio tener ansiedad psicótica. Lo que sugiere que los síntomas somáticos de boca ardorosa son parte del resultado psicológico de tensión, e inhabilidad inherente a la relajación.⁷

ESCALA MONTGOMERY-ASBERG DE NIVEL DE DEPRESIÓN

Provee de una medición para la depresión. También ha sido usada para medir la cambiante sintomatología como respuesta al tratamiento con medicamentos.¹⁵

HABITOS BUCALES

Quinn reportó su experiencia con 54 pacientes con SBD e indicaba que la causa del ardor podría ser atribuida a la irritación local producida por rozamiento de la lengua y bruxismo.¹⁵

Tesnier explicó también que los síntomas del SBD son el resultado de movimientos anormales de la lengua.¹⁵

EXAMEN ESTEREOGNÓSIKO

Examina la habilidad de una persona para analizar los objetos dentro de la boca de una manera tridimensional, dando así información acerca de la habilidad sensorial.

Los pacientes con SBD necesitan mayor tiempo para reconocer los objetos, que los sujetos de un grupo control.¹⁵

DIAGNOSTICO

Al presentarse a nuestro consultorio un paciente de 35 años en adelante, que refiere ardor o prurito bucal unilateral o bilateralmente, se deberá realizar una historia sobre la naturaleza y duración de los síntomas y una inspección de la cavidad bucal. (Tabla 6) Si esto último no revela la causa de los síntomas se deberá de realizar una revisión a mayor detalle.¹⁵

HISTORIA DE LOS SÍNTOMAS

Esta debe incluir ciertos aspectos tales como.

1. La naturaleza del malestar principal, descrito por el paciente.
2. El sitio de distribución de los síntomas, tales como lengua, labios, paladar duro y blando, mucosa bucal, encías, faringe.
3. Tiempo de evolución.
4. La exacerbación de los síntomas: mañana, tarde, noche, continuos.
5. Asociación del inicio los síntomas con algún evento especial.
6. Si el inicio de los síntomas se asocia con prostodoncia, se le preguntará cuanto tiempo tiene siendo edéntulo y si ha tenido una o más prótesis.
7. ¿Ha consultado a algún doctor acerca de estos síntomas? ¿Que exámenes o estudios de laboratorio le han practicado? ¿Qué tratamiento le han dado? ¿Que indicaciones ha recibido?
8. ¿Se presentan otros problemas bucales como xerostomía, alteración o falta de gusto?
9. ¿Qué actividades, eventos o medidas disminuyen o aumentan el problema?¹⁵

HISTORIA MÉDICA

En ella se deben incluir algunos aspectos importantes tales como:

1. Posibles enfermedades presentes o que hayan tenido, tales como diabetes mellitus, anemias, enfermedades gastrointestinales, etc.

2. Preguntar al paciente si está consciente de tener algún tipo de alergia o si alguna vez ha experimentado reacciones alérgicas.¹⁵

HISTORIA DE MEDICAMENTOS

Se debe de realizar una buena una historia de medicamentos incluyendo preguntas como:

1. ¿Qué tipo de medicamentos está recibiendo el paciente y para que son estos medicamentos?
2. Preguntar la posibilidad de que el paciente esté utilizando ansiolíticos, antidepresivos, etc., evitando darle la impresión al paciente que su problema pudiera ser psicológico.¹⁵

Nombre	Sexo	Estado civil	Clase social	Nacionalidad
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/> Med. alta <input type="checkbox"/> Med. baja <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/>	
Tiempo de evolución		Exacerbación	Grado	Hábitos
< a 1 año <input type="checkbox"/> 1 a 2 años <input type="checkbox"/> 2 a 3 años <input type="checkbox"/> 3 a 4 años <input type="checkbox"/> 4 a 5 años <input type="checkbox"/> > a 5 años <input type="checkbox"/>		Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Continuo <input type="checkbox"/>	Lig. <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Sev. <input type="checkbox"/>	Alcoholismo si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Tabaquismo si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Asoc. Del 1er episodio		Síntomas	Localización	
Restauración o Extracción <input type="checkbox"/> Prótesis <input type="checkbox"/> Trauma Psicológico <input type="checkbox"/> Trauma Quirúrgico <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		Ardor <input type="checkbox"/> Prurito <input type="checkbox"/> Sab. amargo <input type="checkbox"/> Sab. ácido <input type="checkbox"/> Xerostomía <input type="checkbox"/> Sialorrea <input type="checkbox"/>	Lengua Labios Paladar Mucosa bucal Encías Amígdalas	completos <input type="checkbox"/> bordes <input type="checkbox"/> punta <input type="checkbox"/> sup. <input type="checkbox"/> inf. <input type="checkbox"/> duro <input type="checkbox"/> blando <input type="checkbox"/> ant. <input type="checkbox"/> post. <input type="checkbox"/> Vestibular <input type="checkbox"/> Palatina <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Condición Bucal				
Prótesis total superior <input type="checkbox"/> Prótesis total inferior <input type="checkbox"/> Prótesis removible superior <input type="checkbox"/> Prótesis removible inferior <input type="checkbox"/> Prótesis fija <input type="checkbox"/> Am. <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>				
Hallazgos estomatológicos			Medicamentos	
Depapilación <input type="checkbox"/> Xerostomía <input type="checkbox"/> Sialorrea <input type="checkbox"/> Ca. bucal <input type="checkbox"/> Candidiasis <input type="checkbox"/> Liquen plano <input type="checkbox"/> Leucoplasia <input type="checkbox"/> Eritroplasia <input type="checkbox"/>	Estomatitis <input type="checkbox"/> Enf. Periodontal <input type="checkbox"/> Moricatum bucarum <input type="checkbox"/> Papilitis foliacea <input type="checkbox"/> Lengua fisurada <input type="checkbox"/> Lengua geográfica <input type="checkbox"/> Lengua pilosa <input type="checkbox"/> Glositis romboidea media <input type="checkbox"/>		Ansiolíticos <input type="checkbox"/> Antidepresivos <input type="checkbox"/> Hipnóticos <input type="checkbox"/> Antihipertensivos <input type="checkbox"/> Antiarrítmicos <input type="checkbox"/> Vasodilatadores <input type="checkbox"/>	
Otras entidades importantes				
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Deficiencia vitamínica <input type="checkbox"/> Des. Hormonales <input type="checkbox"/> Des. Sanguíneos <input type="checkbox"/>		Des. Inmunológicos <input type="checkbox"/> Des. Gástricos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		

Tabla 6. Historia Clínica.

EXAMEN BUCAL

En todas las circunstancias, sin importar la distribución exacta de los síntomas, se debe de realizar un buen examen bucal.

Una sensación ardorosa o pruriginosa localizada puede ser el primer signo de una lesión mucosa maligna o premaligna, pero también podemos encontrar un gran número de lesiones benignas o condiciones de la mucosa bucal que pueden producir síntomas parecidos a los del SBD.¹⁵

El resultado del examen bucal es decisivo para el manejo del paciente ya que debemos basarnos en la presencia o ausencia de cambios de la mucosa bucal clínicamente visibles.¹⁵

CAMBIOS BUCALES POSITIVOS

En el caso de hallar cambios clínicamente visibles en la mucosa bucal, se deberá verificar que los síntomas correspondan al sitio en donde se observan los cambios, si no es así, dichos cambios son de poca importancia para el SBD, no siendo así para el diagnóstico diferencial.¹⁵

Cuando el sitio de los síntomas corresponde con los cambios visibles en la mucosa, pueden surgir muchas posibilidades de diagnóstico. Podríamos estar hablando de una lesión primaria o de una condición de la mucosa bucal, que en muchos casos requiere de tomar una biopsia.¹⁵

Cuando los cambios en la mucosa están limitados al área de soporte de una prótesis se debe de prestar atención a la estabilidad, dimensión vertical, higiene de la prótesis (*Cándida albicans*) o pensar en la posibilidad de alguna alergia a los materiales de la misma prótesis.¹⁵

Finalmente en cuanto a los cambios de la mucosa con respecto a color y textura, se debe de considerar una enfermedad sistémica, en donde se deberán realizar exámenes de laboratorio para realizar dicho diagnóstico.¹⁵

El tratamiento se realizará de acuerdo con el diagnóstico establecido.¹⁵

CAMBIOS BUCALES NEGATIVOS

Cuando no se detectan lesiones en la mucosa bucal se deben de tomar los siguientes puntos en cuenta:

1. Los exámenes histológicos y citológicos de la mucosa en el sitio de malestar o en cualquier otro sitio no contribuye para el manejo del paciente.
2. En pacientes que tienen su propia dentición, la pregunta que surge es si hay presencia de galvanismo. Pero se sabe que el galvanismo no juega un papel importante en el SBD, especialmente con ausencia de cambios en la mucosa.
3. En pacientes que son portadores de prótesis parciales o totales, se debe de prestar atención en una oclusión, articulación y estabilidad apropiadas.
4. El medir el flujo salival no contribuye al manejo de los síntomas del SBD, por lo que no se deberá realizar rutinariamente.
5. También los exámenes de sangre, glucosa en plasma, y glucosa en orina no deben de ser necesariamente realizados de rutina, sino cuando en paciente lo requiera. La misma política debe ser tomada para realizar un examen de nivel de estrógeno en mujeres. El nivel de vitamina B si debe de ser investigado y se realizará una terapia de suplementación únicamente en pacientes deficientes de esta.
6. En ausencia de factores causales orgánicos, es posible que el SBD se deba a efectos secundarios de los medicamentos. La sustitución de los medicamentos debe de ser considerado como una parte para realizar el diagnóstico, en el cual el objetivo es detectar los medicamentos que preserven el efecto deseado y que sea tenga menor capacidad de inducir efectos colaterales en la boca. Cuando no encontramos un medicamento alternativo disminuir la dosis puede ser de gran ayuda al igual que tomar la misma dosis pero en pequeñas proporciones y con mayor frecuencia. (Tabla 7).¹⁵

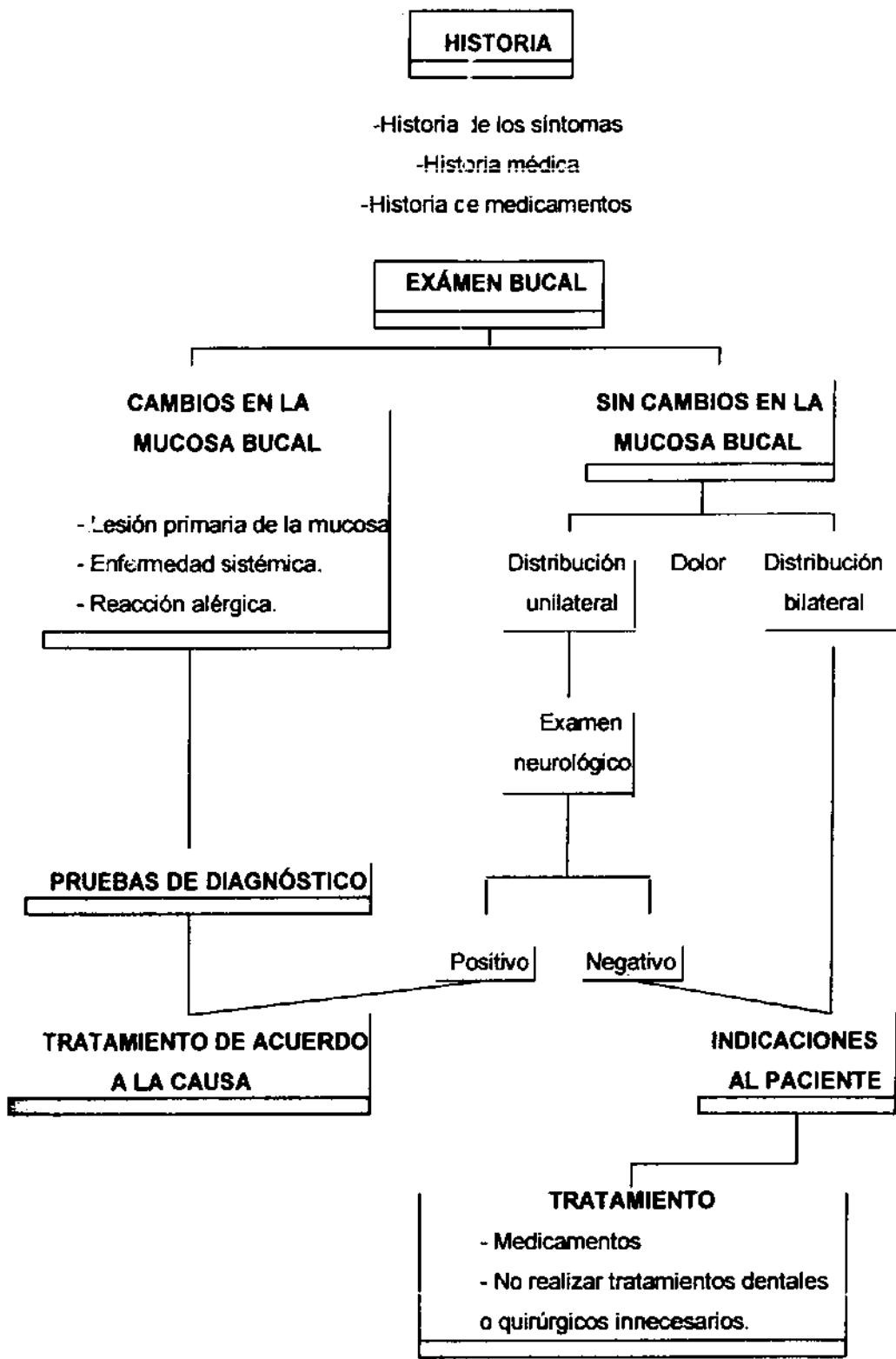


Tabla 7. Decisiones en el manejo del paciente.¹⁵

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Varias lesiones y desórdenes de la mucosa pueden producir síntomas parecidos a los de SBD. Por lo que es importante separar SBD con condiciones parecidas a SBD.

CANDIDIASIS

Es una lesión causada por el hongo *Cándida albicans*, que pertenece a la subfamilia de *Cryptococcoidae*. Se encuentra aproximadamente en una cuarta parte de la población como flora bucal normal, es más frecuente en mujeres que en hombres.¹⁵ En pacientes con SBD las especies de *Cándida* y coliformes (*Enterobacter* y *Klebsiella*) tienen mayor prevalencia que en individuos sanos.^{1, 15}

El crecimiento de *Cándida* puede ser estimulado por varios factores, ya sean locales o generales, dando como resultado la penetración hacia las estratos superiores del epitelio. Los factores locales predisponentes son:

Irritación crónica, higiene bucal pobre, e hiposalivación. Los desequilibrios endócrinos, desnutrición, mal absorción, radioterapia, el uso de corticoesteroides y fármacos citotóxicos son los factores sistémicos más comunes que parecen promover el desarrollo de candidiasis. Otro factor predisponente importante es la infección con VIH.¹⁵

Las lesiones bucales de las distintas categorías de candidiasis se clasifican en candidiasis eritematosa(Fig. 1,2), candidiasis pseudomembranosa aguda(Fig. 3,4), candidiasis hiperplásica. En la candidiasis pseudomembranosa aguda se observan placas blancas blandas ligeramente elevadas de aspecto lechoso que al ser eliminadas se puede observar una mucosa eritematosa. Se presenta en la mucosa bucal y en la lengua, pero también se observa en paladar, encía y piso de boca. La candidiasis eritematosa, se manifiesta como una zona roja plana en la mucosa que afecta especialmente el dorso de la lengua y el paladar. La candidiasis hiperplásica crónica consiste en placas firmes, de color blanco, persistentes que se localizan en labios, lengua y carrillos.¹⁷

La candidiasis eritematosa y la pseudomembranosa en especial pueden causar síntomas dolorosos o sensación de ardor y algunas veces malestar general.¹⁵

Algunos investigadores afirman que, en los pacientes portadores de dentaduras que sufren estomatitis protésica encontramos candidiasis eritematosa o atrófica.¹⁵

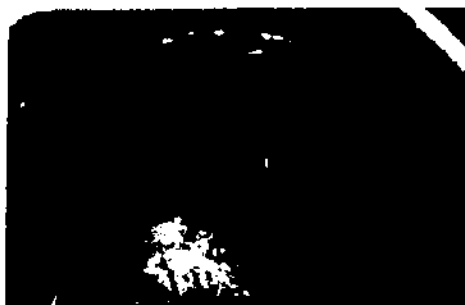


Fig. 1 Candidiasis eritematosa.¹⁵

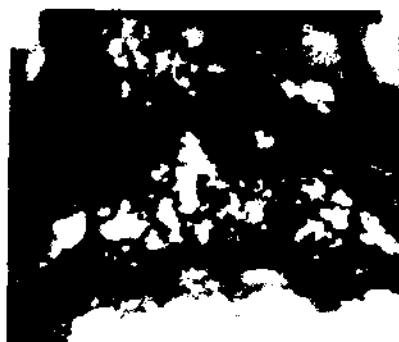


Fig. 3 Candidiasis pseudomembranosa.¹⁵



Fig. 2 Candidiasis eritematosa.¹⁵



Fig. 4 Candidiasis pseudomembranosa.¹⁵

CARCINOMA

Un carcinoma es una neoplasia maligna de origen epitelial.

Las neoplasias malignas que se presentan en cavidad bucal representan un 3% del las que hay en el cuerpo. La mayoría consisten en carcinomas que derivan de la mucosa bucal. El carcinoma de células escamosas por lo regular afecta a personas de edad media a avanzada. En muchas partes del mundo existe una predilección por los hombres, pero esto es indiferente en Europa y Norte América.¹⁵

El uso excesivo de tabaco, especialmente combinado con el consumo de alcohol, es un factor importante en la etiología del cáncer bucal. Otros factores que juegan un papel importante como promovedores de cáncer bucal son irritación mecánica crónica y poca higiene bucal.¹⁵

Los síntomas de carcinoma bucal son variados. Especialmente en los carcinomas de la lengua y piso de la boca que se encuentren en una etapa temprana, podemos encontrar una sensación de ardor o prurito(Fig. 5 y 6). En estas instancias los síntomas son localizados en un lugar en específico el cual es diferente de los síntomas en SBD.¹⁵

Los carcinomas bucales usualmente se presentan como una úlcera indurada, con un aumento de volumen submucoso, como lesión exofítica o como lesión verrucosa, estas últimas tres presentaciones son menos comunes(Fig. 7).¹⁵

Ocasionalmente, los primeros cambios de la mucosa que indican malignidad son cambios leucoplásicos y eritoplásicos, con o sin induración.¹⁵

Los sitios de predilección de los carcinomas con los bordes de la lengua, piso de boca, en menos proporción la mucosa alveolar, mucosa yugal y labio inferior.¹⁵

El diagnóstico del carcinoma de células escamosas debe de ser siempre basado en los hallazgos histopatológicos de la biopsia.¹⁵



Fig. 5 Mujer de edad avanzada con sensación ardorosa en el borde lateral de la lengua. No se tomó biopsia (ver Fig. 7).¹⁵



Fig. 6 Mismo paciente mostrado en Fig. 6 Después de un año se le diagnostica carcinoma de células escamosas.¹⁵



Fig. 7 Cambios del piso de la boca (Izquierda) causados por un carcinoma de células escamosas.¹⁵

ERITROPLASIA

Es una lesión de la mucosa, que muestra histológicamente, cambios epiteliales que varían desde una displasia moderada hasta un carcinoma *"in situ"* e incluso un carcinoma invasivo. Se presentan tres manifestaciones clínicas diferentes de la eritroplasia en la cavidad bucal:

- 1) La forma homogénea, la cual aparece como una lesión de color rojo brillante, aterciopelada y blanda, con bordes derechos o festoneados, bien delineados, con bastante frecuencia es bastante extensa en tamaño y a menudo se encuentra en mucosa bucal, algunas veces en paladar blando y esporádicamente en la lengua y en el piso de la boca.
- 2) La eritroplasia mezclada con placas de leucoplasia en la cual las áreas eritematosas son irregulares y a menudo no tienen color rojo brillante como la homogénea, se observa con más frecuencia en la lengua y en el piso de boca.
- 3) Lesiones rojas blandas que están ligeramente elevadas con un trazo irregular y una superficie granular o finamente nodular moteada con placas blancas muy pequeñas, muchas veces llamada "leucoplasia moteada" o "eritroplasia moteada" que se presenta en cualquier sitio de la cavidad bucal.¹⁷

La eritroplasia generalmente causa síntomas de sensación ardorosa localizada o de irritación no placentera.¹⁵

LEUCOPLASIA

Se define como una placa blanca de la mucosa bucal que no puede ser caracterizado clínica o patológicamente como cualquier otra patología y que no está asociada con ningún agente causal químico o físico con excepción del tabaco.¹⁵

La leucoplasia se considera como una lesión premaligna. Alrededor del 5% de las leucoplasias encontradas en boca se pueden transformar en carcinoma de células escamosas en un lapso de 5 años.¹⁵

Los cambios leucoplásicos ocurren particularmente después de los 30 años de edad y hay una preferencia distintiva por el sexo masculino. Las causas principales de la leucoplasia son irritaciones crónicas o el uso excesivo de tabaco y alcohol. En la mayoría de las lesiones leucoplásicas se observa sobreinfección de *Cándida albicans*, no se sabe si esta infección es un factor causal o solo un fenómeno secundario a la leucoplasia.¹⁵

Los sitios de preferencia son la mucosa yugal, las comisuras labiales^{15,17} y en menor grado mucosa alveolar,¹⁷ los bordes de la lengua,¹⁵ el piso de boca, y el labio inferior,^{15, 17} y encía.¹⁷ Las lesiones pueden variar desde placas irregulares, pequeños, bien localizados, hasta lesiones difusas que cubren una porción considerable de la mucosa bucal.¹⁵ En general se reconocen dos tipos de leucoplasia bucal: la no homogénea (Fig. 8) y la homogénea (Fig. 9). El último tipo se puede subdividir en eritroleucoplasia, leucoplasia erosiva, leucoplasia nodular y leucoplasia verrucosa.¹⁵

Los síntomas se presentan usualmente en la leucoplasia de tipo no homogéneo consisten en sensaciones ardorosas o pruriginosas, imitando en algunos casos los síntomas de SBD. Sin embargo, los síntomas relacionados con la leucoplasia son localizados y corresponden a cambios clínicos visibles en la mucosa.¹⁵

La leucoplasia no debe de ser diagnosticada únicamente por un juicio clínico, sino en los aspectos histopatológicos de la misma, los cuales pueden ser hiperqueratosis con displasia epitelial, hasta ser un carcinoma *in situ* o un carcinoma de células escamosas.¹⁵



Fig. 8 Leucoplasia en la lengua. Tipo no homogéneo.¹⁵



Fig. 9 Leucoplasia de la lengua. Tipo homogéneo.¹⁵

PAPILITIS FOLIACEA

Es la inflamación de la amígdala lingual (Fig. 10 y 11), se presenta como una masa submucosa firme que puede ser sensible al tacto. Los síntomas son dolor unilateral o bilateral. En caso de que sea unilateral habrá que hacer diagnóstico diferencial con carcinoma de células escamosas.^{15, 17} En caso de dolor bilateral los síntomas pueden parecer a los padecidos en el SBD, aunque en el SBD los síntomas son de naturaleza difusa y además están localizados en otros sitios bucales.¹⁵



Fig. 10 Papilitis foliacea lado derecho.¹⁵



Fig. 11 Papilitis foliacea lado izquierdo
Mismo paciente Fig. 10.¹⁵

LENGUA FISURADA

La lengua fisurada o lengua escrotal (Fig. 12), es una malformación manifestada clínicamente por numerosas ranuras o surcos en la superficie dorsal, a menudo radiadas hacia fuera desde una ranura central a lo largo de la línea media de la lengua. Se ha informado que se desarrolla de manera simultánea con, o como secuela de la lengua geográfica. La frecuencia de esta alteración aumenta con la edad.^{15,17}

La lengua fisurada no siempre es dolorosa, excepto en los casos en que los residuos alimenticios tienden a juntarse en las ranuras y causan irritación.^{15,17}



Fig. 12 Lengua fisurada.¹⁵

LENGUA GEOGRAFICA (GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA)

La lengua geográfica (Fig. 13 y 14), también conocida como glositis migratoria benigna es una lesión de etiología desconocida, aunque puede ser relacionada con el estrés,^{15,17} infecciones, alergias, o factores hereditarios.¹⁵ La lesión consiste de múltiples áreas de descamación de las papilas filiformes con persistencia de las papilas fungiformes de la lengua y borde circinado blanco.¹⁷

La lengua geográfica generalmente es asintomática. Sin embargo, algunos pacientes experimentan síntomas parecidos a los de SBD. En contraste con los síntomas de SBD, los síntomas de la lengua geográfica se exacerban con el consumo de algunos alimentos o bebidas, y la localización de los síntomas corresponden con los cambios en la mucosa lingual clínicamente visibles.¹⁷



Fig. 13 Lengua geográfica.¹⁵



Fig. 14 Lengua geográfica.¹⁵

GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA (ATROFIA CENTRAL DE PAPILAS FILIFORMES)

Es una lesión benigna de la lengua que se caracteriza por observarse una placa rojiza en forma de rombo, de diamante u oval localizada en la superficie dorsal media de la lengua inmediatamente anterior a las papilas circunvaladas (Fig. 15).¹⁷

La prevalencia varía de 0.28% a 1.3%. Se presenta más frecuentemente en pacientes de edad media, no hay preferencia en cuanto a sexo o raza.¹⁵

La etiología no es bien conocida. La mayoría de los autores sugieren una relación causal con una infección por *Cándida albicans*, ya sea como una invasión primaria o como un fenómeno secundario.¹⁵ Un posible factor promotor es la inmunosupresión, ya que dichas lesiones se han visto en pacientes VIH positivos, mientras que el fumar como promotor de esta lesión aun es cuestionable.¹⁵

La mayoría de los pacientes presentan una lesión asintomática, pero hay otros que presentan ligero malestar, describiéndolo como ardor o prurito.¹⁵

El diagnóstico de glositis romboidea media normalmente es clínico. Los cultivos, raspados citológicos, o la biopsia mostrarán la presencia de *Cándida albicans* en la mayoría de los casos.¹⁵



Fig. 15 Glositis romboidea media.¹⁵

LENGUA PILOSA

Se caracteriza por hipertrofia de las papilas filiforme con presencia de las papilas fungiformes, formándose una capa gruesa afelpada sobre las superficie dorsal de la lengua(Fig. 16). El color de las papilas puede variar de blanco amarillento hasta café e incluso negro, según su tinción por factores extrínsecos como el tabaco, la comida, medicinas o microorganismos cromógenos de la cavidad bucal.¹⁷

a prevalencia en adultos es de 0.5% a 1%. La etiología se desconoce, pero se ha sugerido que se puede deber a el uso de peróxido de hidrógeno, aplicación tópica de antibióticos, higiene bucal pobre y a tabaquismo.¹⁷

La lengua pilosa generalmente es asintomática, pero en algunos se puede presentar prurito y malestar ya sea en la lengua o en el paladar.¹⁵ También puede ocasionar náuseas al roce de las papilas hipertróficas con el paladar del paciente.¹⁷



Fig. 16 Lengua pilosa.¹⁵

LIQUEN PLANO

El liquen plano es una enfermedad autoinmune de la piel y las mucosas con una apariencia clínica típica de pápulas cubiertas por una escama en piel, acompañada por las estrías de Wickham en boca (Fig 17) ¹⁵



Fig. 17. Líquen plano en la mucosa yugal, tipo reticular. ¹⁵

La causa es desconocida, los agentes causales posibles son hongos, virus, trauma, estrés, galvanismo, alergia de contacto a materiales dentales y desequilibrios inmunológicos. Se han descrito reacciones liquenoides en piel mas no en mucosas provocadas por algunos medicamentos. El liquen plano puede tener varios cambios morfológicos en las que se encuentran pápulas, retículos, placas, la forma atrófica, ulcerativa, erosiva y bulosa. ¹⁵

Las manifestaciones bucales del liquen plano se pueden presentar semanas o meses antes de las lesiones cutáneas y se caracteriza por lesiones bilaterales que consisten en pápulas semejantes a hebras, aterciopeladas, de color gris o blanco, radiadas, que presentan una ordenación lineal, anular o en forma de red y forman placas reticulares, anillos o rayas sobre la mucosa bucal y en menor extensión sobre los labios, lengua y paladar. En la intersección de las líneas a menudo se observa un punto muy pequeño, elevado, de color blanco que se le conoce como estria de Wickham. ¹⁷

El liquen plano de tipo erosivo puede presentar una sensación ardorosa y dolorosa de naturaleza intermitente que corresponden a los cambios clínicos visibles. ¹⁵

En muchos de los casos el diagnóstico del liquen plano se basa en la apariencia clínica y del resultado de una biopsia incisional. ¹⁵

Los hallazgos histopatológicos consisten en hiperparaqueratosis o hiperortoqueratosis con engrosamiento de la capa granular, en algunas ocasiones acantosis con edema intracelular de las células espinosas, el desarrollo de un aspecto de "diente aserrado" de las espigas, degeneración por licuefacción o necrosis de la capa basal e infiltración ocasional de linfocitos y células plasmáticas dentro de la capa subepitelial dentro del tejido conectivo.¹⁷

ESTOMATITIS

La estomatitis se refiere a un cambio eritematoso en una parte o en toda la mucosa bucal o lingual con úlceras únicas o múltiples, posiblemente de naturaleza reactiva. Cuando la encía está involucrada, el término usado es gingivoestomatitis. La estomatitis generalmente es extremadamente dolorosa y los síntomas generalmente son descritos como sensaciones ardorosas. Puede presentarse malestar general dependiendo de la causa. La etiología es diversa, por ejemplo, puede ser por VHS (gingivoestomatitis herpética); por bacterias, defectos inmunitarios, psicológicos nutricionales, factores hereditarios, alergias o traumas (estomatitis aftosa recurrente), por nicotina (estomatitis nicotínica), defectos inmunitarios (estomatitis herpetiforme), antígeno externo (estomatitis alérgica), higiene bucal pobre (estomatitis protésica).¹⁵

En algunos casos la estomatitis es signo de discrasias sanguíneas como agranulocitosis, neutropenia cíclica y varios tipos de leucemia.¹⁵

INFECCIÓN POR FUSOESPIROQUETAS

En el estudio realizado por Katz¹⁸ fueron examinados seis pacientes de edad media a avanzada que se quejaban de sensaciones ardorosas en la boca, particularmente en la lengua. Las historias clínicas revelaron que los pacientes sufrían enfermedades crónicas, tales como lupus eritematoso, glomerulonefritis, artritis reumatoide y diabetes mellitus. En todas las lenguas los pacientes se encontró una capa blanca delgada que al despegarla dejaba una base eritematosa no sangrante.

Se tomaron muestras, se tificaron con Giemsa y fueron examinadas bajo un microscopio de luz, donde se encontraron principalmente espiroquetas y bacterias fusiformes. Los pacientes fueron tratados con tetraciclina y metronidazol con lo cual desapareció la sensación ardorosa.¹⁸

Los autores recomiendan que se tomen muestras rutinarias a los pacientes que presentan SBD.¹⁸

NEURALGIA

La neuralgia del nervio trigémino o del glossofaríngeo es un fenómeno raro. Puede causar malestar unilateral en donde el dolor es diferente del SBD y se describe como punzante, "como una aguja", que dura de unos segundos a un minuto. El dolor se puede localizar en orden decreciente en el oído, amígdalas, faringe, y lengua.¹⁵

ANORMALIAS SENSORIALES POSTOPERATORIAS

Se trata de dolor en la lengua con una sensación ardorosa, pruriginosa, o parestesia en la lengua o en el piso de la boca posterior a un tratamiento quirúrgico, en el que el nervio lingual fue dañado.¹⁵

NEUROMA ACÚSTICO

Frecuentemente se ha reportado una sensación ardorosa en el neuroma del nervio acústico. Una examen audiométrico y un CT scan son necesarios para el diagnóstico. En la mayoría de estos pacientes el agrandamiento del meato acústico interno se observa en una radiografía.¹⁴

DOLOR REFERIDO

Travell y Simons han descrito la incidencia de un dolor referido, causado por espasmos del músculo suprahióideo, siendo transmitido por la encía bucal de los dientes anteriores inferiores y posteriormente a los incisivos y la encía lingual. El dolor llega la parte frontal y ventrolateral de la lengua, lo que explica los síntomas del SBD. Desafortunadamente en la literatura solo se ha reportado un paciente que pudo ser tratado exitosamente con relajamiento de los músculos suprahióideos.¹⁵

REFLUJO ESOFÁGICO

El reflujo esofágico puede causar una sensación ardorosa de la mucosa bucal por la mañana. La presencia de erosiones en el paladar y el aspecto de los dientes sugiere el diagnóstico.¹⁴

TRATAMIENTO

INDICACIONES AL PACIENTE

1. El SBD no es un síndrome poco común, que afecta con mayor frecuencia a mujeres menopáusicas o postmenopáusicas que a hombres. No hay muchos médicos u odontólogo que estén familiarizados con los signos y los síntomas de este síndrome, lo cual permite que haya recibido indicaciones muy diversas en el pasado.
2. En muchos casos la etiología es desconocida, que puede hacer que el paciente piense que tenga varias enfermedades, entre ellas una patología maligna. Cuando explicamos las diferencias entre el SBD y otras enfermedades a los pacientes, muchos se dejan de preocupar y pueden decidir no seguir ningún tratamiento ya que su condición es benigna.
3. Al igual que en otros padecimientos en los cuales no se encuentra una causa específica local o sistémica, se debe de pensar en la posibilidad de una causa psicogénica. El punto de vista debe de ser tratado con la posibilidad de que la intensidad de los síntomas pueda causar cambios en el estado psicológico del paciente, no como si el estado psicológico fuera la causa. Dependiendo de la reacción del paciente se puede pensar en causas no somáticas del SBD. Algunos pacientes pueden preguntar si el estrés o anomalías emocionales son de importancia con relación a su malestar. Nuevamente, se le debe de informar al paciente que el estrés o nerviosismo pueden agravar los síntomas, pero que difícil concebir que el nerviosismo juegue un papel importante en el inicio de los síntomas.
4. Aún cuando los pacientes admitan que están pasando o pasaron por un evento adverso de sus vidas, se debe de tener cuidado al explorar este campo. Cuando el clínico no está entrenado propiamente para realizar consejo psicológico profesional el paciente se puede sentir engañado después de haber revelado sus problemas personales y emociones. Por lo que es recomendable considerar la derivación del paciente a un profesional.
5. Para evitar los hábitos bucales, se debe de hacer consciente al paciente de estos, tales como presionar la lengua o rechinar los dientes.
6. Debemos aclarar al paciente que debido al poco entendimiento de la etiología del
7. SBD, el tratamiento en el mejor de los casos puede ser únicamente sintomático.
8. Aún en los pacientes que sufren de SBD por muchos meses o años, los síntomas pueden desaparecer espontáneamente en varias ocasiones, pero en otros los síntomas

pueden durar toda vida. Sin embargo, muchos de los pacientes se acostumbran a los síntomas y dejan de buscar tratamiento.¹³

Como primer tratamiento se debe de eliminar los factores causales sospechoso, adaptando las prótesis, control de hábitos, manejo de alergias, etc. Si esto no funciona podemos utilizar medicamentos tales como fungicidas, antibacterianos, corticoesteroides, sialogogos, terapia de reemplazo de vitaminas y minerales, reemplazo de hormonas, benzodiazepinas, antidepresivos y antihistamínicos.¹⁴

MEDICAMENTOS

PALEATIVOS

1. Solución de ácido salicílico, vainillina (medio), alcohol al 96%, solución de sorbitol, agua purificada.

Ácido salicílico	300mg.
Vainillina	10mg.
Alcohol 96%	5ml.
Solución de sorbitol	20ml.
Agua purificada	100ml.

Enjuagues con una cucharada pequeña de la solución, dos veces por día durante un minuto. No hay que pasárselo.¹⁵

1. Difenhidramina jarabe 12.5 mg/S ml.

Disminuye los síntomas, además tiene efecto anestésico menor.

El paciente se deberá de enjuagar la boca con una cucharada pequeña de la solución por dos minutos antes de cada comida y pasarlo.

Una cantidad proporcional de colín, pectina puede ser añadida a la mezcla lo que la hará más adherente a la mucosa e incrementará la duración o paleación de la difenhidramina.²²

COMPLEMENTOS VITAMÍNICOS

1. Sulfato ferroso 300mg.

Tomar una pastilla dos veces al día.

2. Cianocobalamina (Vit B₁₂) 250 mg

Tomar una pastilla al día durante dos semanas.

3. Piridoxina (Vit B₆) 25-100mg.

Tomar una pastilla al día.

4. Riboflavina (Vit B₂) 10mg.

Tomar una pastilla por día.

5. Tiamina (Vit B₁) 5-30mg.

Tomar una pastilla por día.

6. Ácido fólico 0.1-30mg.

Por vía oral o parenteral.

FUNGICIDAS

1. Nistatina suspensión oral

Colocar lo cuatro veces por día en zona afectada.

2. Ketoconazol 200mg

Diluir en la boca una pastilla al día durante dos semanas.

3. Clotrimazol 50mg

Diluir en la boca una pastilla al día durante dos semanas.

La siguiente terapia está diseñada para agotar la sustancia P de las terminales dolorosas nerviosas. Los pacientes deben de ser informados de que habrá una sensación inicial cálida o quemante en el área en donde se aplicará la solución además de que la disminución de los síntomas puede ocurrir pasadas las primeras dos semanas.²²

1. Capsaicina (Zostrix) crema 0.025%

Aplicar una pequeña cantidad en el área afectada dos o cuatro veces por día.²²

Cuando se considera que el SBD es psicogénico o idiopático, los antidepresivos tricíclicos o las benzodiazepinas a bajas dosis otorgan propiedades de analgesia y sedación y frecuentemente son exitosas para reducir o eliminar los síntomas después de varias semanas o meses. La dosis se ajusta de acuerdo a la reacción del paciente y a la sintomatología clínica.²²

ANTIDEPRESIVOS

El uso racional de los antidepresivos tricíclicos y de otras drogas psicotrópicas debe de ser ampliamente explicado al paciente, ya que estos medicamentos, en especial las benzodiazepinas pueden ocasionar adicción y dependencia. Se debe de dar aviso del uso de estos medicamentos al médico del paciente.²²

1. Amitriptilina (Anapsique, Tryptanol) 25 mg*

Tomar una tableta al acostarse durante una semana, aumentar a dos tabletas, por último a tres tabletas, mantener la dosis si es necesario.

Para muchos pacientes la toma de una pastilla de 10 mg. puede ser suficiente para aliviar los síntomas, a demás esto evita la somnolencia por la mañana.²²

2. Nortriptilina (Motival) 10 mg*

Tomar una tableta al acostarse durante una semana, aumentar a dos tabletas y tres en la tercera semana, mantener la dosis.²²

3. Diazepam (Valium) tabletas 2 mg.*

Tomar una tableta o dos, dos veces por día.²²

4. Loracepam (Ativan) tabletas 0.5 mg*

Tomar una tableta dos veces por día.²²

5. Alprazolam (Tafil) tabletas 0.5 mg*

Tomar una tableta dos veces por día.²²

* Las dosis deben de ser ajustadas dependiendo de la respuesta del individuo. Los efectos colaterales son resequedad bucal y somnolencia.²²

6. Clonacepam (Rivotril) tabletas 2 mg**

Tomar un cuarto de la tableta dos veces por día, ajustar después de 3 días los intervalos.²²

** Esta terapia es mejor manejada por un profesional apropiado.²²

Otro tipo de tratamiento que se está investigando es en el que se aplican rayos láser de baja intensidad en 1 cm³ de la zona de malestar durante 3 minutos en cinco días consecutivos. El reporte de esta investigación mostró una respuesta del 100%, pero no realizaron un seguimiento de los casos,⁸ por lo que es necesario realizar más investigaciones al respecto.

PRONÓSTICO

El pronóstico dependerá del manejo del paciente en cuanto a medicamentos, apoyo psicológico, al igual del tipo de paciente al que se esté tratando.

El uso de medicamentos ha reportado disminución aceptable de los síntomas en un período corto, debido a que no hay literatura registrada acerca del seguimiento del tratamiento a largo plazo, no se sabe que tan efectivos son estos tratamientos a largo plazo.

El apoyo psicológico deberá ser reforzado debido a que muchos pacientes no responden a una terapia con medicamentos. Además tenemos que ver con que tipo de pacientes estamos tratando, ya que hay pacientes que al recibir una correcta información sienten mejoría al saber que su malestar no es causado por una patología maligna. Por otra parte, existen pacientes que "se acostumbran" al dolor, por lo que descartan la posibilidad de seguir o buscar algún tratamiento. Será más difícil tratar a un paciente no cooperador, ya que estos suelen pensar que no les servirá ningún tipo de tratamiento.

Aún a pesar de todas las desavenencias que pueden existir en el tratamiento de los pacientes con SBD, nuestro deber es de preservar la calidad de vida de estos pacientes, que por lo general son mayores de edad, si no es posible por medio de medicación, lo menos que podemos hacer es brindarles nuestro apoyo.

CONCLUSIONES

El SBD es una alteración bucofacial crónica atípica que se caracteriza por una sensación de ardor y dolor en una mucosa bucal sana. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres menopáusicas o postmenopáusicas que tuvieron o tienen un desequilibrio psicológico.

Los síntomas principales son una sensación quemante y dolorosa casi siempre bilateralmente que por lo general se presenta en lengua, paladar duro y mucosa labial, también podemos encontrar, xerostomía, sabor amargo o metálico, cefaleas, alteraciones del sueño, del humor, y de la vida social. El dolor puede estar presente desde el despertar, iniciar por la tarde, o tenerlo solo por unos días, pero este último es poco común.

El inicio de los síntomas puede estar relacionado con enfermedades sistémicas, tratamientos dentales previos o que no tengan relación alguna con un evento previo. La duración de los síntomas puede ser de meses o años, pero algunos pacientes tienen la suerte de presentar periodos de remisión.

Las causas locales son prótesis mal ajustadas, tratamientos dentales previos y alergias, mientras que en las causas sistémicas encontramos desequilibrios hormonales, desórdenes sanguíneos (anemia ferropénica, pernicioso, deficiencias vitamínicas), diabetes mellitus, y efectos colaterales de medicación que se creen son el factor inicial de los síntomas.

Otras causas más complejas son las neurológicas, de las cuales aún no se conocen los mecanismos fisiopatológicos del SN involucrado en el desarrollo del SBD; y las psicológicas, donde existe una fuerte asociación principalmente entre ansiedad, depresión y cancerofobia con el SBD, en este caso es necesario que la familia del paciente, nosotros y un profesional de la materia brinde su apoyo.

En el diagnóstico no debemos de basar en la historia clínica, fijando nuestra atención en la sintomatología, historial médico y medicamentoso, y realizar un buen examen bucal que descarte los diagnósticos diferenciales.

El tratamiento del SBD, al igual que sus causas es muy variado, pero siempre debemos de comenzar por retirar las posibles causas locales, también se pueden utilizar medicamentos, y si es posible, apoyarnos en una terapia psicológica. Debido a que el tratamiento con medicamentos, no siempre es efectivo, y siendo nuestro objetivo el mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, debemos de valorar el uso de terapias alternativas, que nos pudieran ayudar a disminuir los síntomas de los pacientes, o que tan solo funcione como placebo.

GLOSARIO

Arteritis: Inflamación de una arteria.

Atípica: Irregular, no conforme con un tipo.

Circinada: Dispuesto en forma de círculo o anillo.

Crónica: Que persiste por largo tiempo.

Disestesia: Trastorno de cualquier sentido, especialmente el del tacto. Sensación anormal desagradable producida por estímulos normales.

Displasia: Alteración de la forma, dimensiones y organización de las células adultas.

Eritematoso: Enrojecimiento de la piel producido por congestión de los capilares, que puede deberse a diversas causas.

Estomatodinia: Dolor en la boca.

Estomatopirosis: Sensación quemante o ardorosa de la boca.

Exofítica: Que crece hacia fuera; en oncología, que prolifera en el exterior o en el epitelio de la superficie de un órgano o de otra estructura, en el cual se originó la neoplasia.

Galvanismo: Electricidad desarrollada por el contacto de dos metales diferentes, con un líquido interpuesto.

Glosalgia: Dolor de la lengua.

Glosodinia: Dolor de la lengua.

Glosopirosis: Sensación quemante o ardorosa en la lengua.

Hiperplasia: Multiplicación o aumento anormal en el número de las células normales con disposición normal en un tejido.

Hiperplásica: Perteneciente o relativo a hiperplasia o caracterizado por ella.

Hipocalcemia: Disminución de calcio sanguíneo por debajo de cifras normales.

In situ: Sitio natural o normal, confinado al sitio de origen sin invasión de los tejidos de origen.

Licuefacción: Acción y efecto de transformarse en líquido un cuerpo sólido o un gas.

Neoplasia: Formación de un neoplasma, es decir, multiplicación progresiva de células bajo condiciones que no producirían, o no interrumpirían, la multiplicación de las células normales.

Parestesia: Sensación anormal, como ardor, punciones, hormigueo, etc.

Pruriginosas: De la naturaleza del prurito o que tiende a causarlo.

Prurito: Sensación cutánea desagradable que provoca el deseo de rascarse o frotarse la piel.

Pseudomembrana: Membrana falsa.

Pseudomembranosa: Perteneciente o relativo a la pseudomembrana o de su naturaleza.

Remisión: Disminución o cesación de los síntomas de una enfermedad, periodo durante el cual tiene lugar dicha disminución.

Yugal: Perteneciente o relativo a los carrillos.

BIBLIOGRAFIA

1. Bergdahl J, Anneroth G: **Burning Mouth Syndrome: literature review and model for research and management.** J Oral Pathol Med 1993; 22: 433-8.
2. Grinspan D, Fernandez Blanco G, Alevato M: **Burning Mouth Syndrome: report.** Int J Dermatol 1995; 34: 483-87.
3. Grushka M, Sessle B: **Burning Mouth Syndrome.** Dental Clinics of North America Vol. 35, No. 1, January 1991; 171-185.
4. Gorsky M, Silverman S, Chinn H: **Clinical Characteristics and management outcome in burning mouth syndrome. An open study of 130 patients.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1991; 72: 192-5.
5. Jääskeläinen S, Forssell H, Tenovuo O: **Abnormalities of the blink reflex in burning mouth syndrome.** Pain 73 (1997) 455- 460.
6. Klausner J: **Epidemiology of Chronic Facial Pain: Diagnostic usefulness in patient care.** JADA, Vol. 125, December 1994, 1604-1611.
7. Lamey P-J, Lamb A: **The usefulness of the HAD scale in assessing anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989; 67:390-2
8. Lamey P-J: **Burning Mouth Syndrome.** Dermatologic Clinics, Vol. 14, No. 2, April 1996.
9. Marabach J: **Medically Unexplained Chronic Orofacial Pain. Temporomandibular Pain and Dysfunction Syndrome, Orofacial Phantom Pain, Burning Mouth Syndrome, and Trigeminal Neuralgia.** Medical Clinics of North America Vol. 83, No. 3, May 1998; 691-711.

22. [http://www.dent.unc.edu/student/classye.ir/2000home/ddd7Burning Mouth Syndrome.htm](http://www.dent.unc.edu/student/classye.ir/2000home/ddd7Burning_Mouth_Syndrome.htm)

**ESTA TERCIA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**