

4/6



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SÍNDROME DE ARDOR BUCAL

291865

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ROCÍO PEÑA GARCÍA

DIRECTOR: LUIS MIGUEL MENDOZA JOSÉ



México D.F., 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

El fracaso
tiene mil justificaciones.

El éxito,
no requiere explicaciones.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios** por haberme brindado la oportunidad de vivir este momento.

A la Máxima casa de estudios **La Universidad Nacional Autónoma de México** la cual me ha dejado ser parte ella durante toda mi carrera profesional.

A mi director de tesina el **Dr. Luis Miguel Mendoza José** por haberme asesorado y haberme enseñado que hasta el mínimo detalle es importante para poder lograr el éxito.

A todos mis **Profesores** que me han dado una gran parte de todos sus conocimientos.

Al **Dr. Guillermo Zarza** por haberme apoyado cuando más lo he necesitado.

A todas las **personas** que he conocido en mi vida y que me han ayudado a lograr este objetivo.

DEDICATORIAS

A mi padre:

CLEMENTE PEÑA

De quien admiro su calidad de ser humano, su rectitud y honradez en todo lo que hace. Por el gran esfuerzo y sacrificio que realizaste para que yo pudiera llegar al término de mi carrera profesional.

A mi madre:

SENORINA GARCÍA

Por haberme dado tú amor incondicional, por haberme apoyado, escuchado y orientado siempre que lo he necesitado.

¡Gracias Mamá te quiero mucho!

A mi esposo:

EDGAR VÁZQUEZ

Por ser el gran amor de mi vida, por confiar en mí en todo momento, por ayudarme e impulsarme a salir adelante en los momentos más difíciles y por ser la persona más comprensiva, cariñosa y la mejor pareja que pude encontrar.

¡Te amo mi amor!

A mis hermanos:

GILBERTO Y ENRIQUE

Por todos los momentos que hemos pasamos juntos, por los consejos que me han sido de gran ayuda, por cuidarme, apoyarme siempre y porque además de ser mis hermanos son mis mejores amigos.

A mis familiares:

ANDREA por haber sido mi primer paciente.

MARTHA, QUIQUE Y ALICIA por el cariño y apoyo que siempre he recibido de ustedes.

A mis amigas:

EIDA por ser una persona muy especial y por enseñarme que con una sonrisa la vida es mucho más sencilla.

VERÓNICA, CLAUDIA Y AZUCENA porque han ocupado un lugar muy importante en mi vida, gracias por estar siempre conmigo.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
---------------------------	----------

CAPITULO I

ANATOMIA DE LA LENGUA

1.1 Definición	3
1.2 Descripción	3
1.2.1 Parte anterior	3
1.2.2 Parte posterior	4
1.3 Constitución anatómica	5
1.3.1 Armazón osteofibroso	5
1.3.2 Músculos	6
1.3.3 Mucosas	8
1.4 Características superficiales de la lengua	9
1.5 Irrigación	10
1.5.1 Arterias	11
1.5.2 Venas	11
1.5.3 Linfáticos	12

CAPITULO II

SÍNDROME DE ARDOR BUCAL

2.1 Definición	14
2.2 Epidemiología	15
2.3 Sintomatología	17
2.4 Clasificación	18
2.5 Localización del dolor	19

2.6	Cuantificación de los síntomas	20
2.7	Etiología	21
2.7.1	Factores locales	21
2.7.1.1	Uso de prótesis dentales	21
2.7.1.2	Infecciones bacterianas y micóticas	22
2.7.1.3	Hábitos bucales y parafuncionales	22
2.7.1.4	Alergias	23
2.7.1.5	Desordenes temporomandibulares	23
2.7.1.6	Tratamientos dentales	23
2.7.1.7	Galvanismo	24
2.7.1.8	Xerostomía	24
2.7.1.9	Uso de tabaco y alcohol	25
2.7.2	Factores sistémicos	25
2.7.2.1	Deficiencias vitamínicas	25
2.7.2.1.1	Deficiencia de vitamina B	26
2.7.2.1.2	Anemia perniciosa	26
2.7.2.1.3	Anemia ferropénica	27
2.7.2.2	Menopausia	28
2.7.2.3	Diabetes mellitus	29
2.7.2.4	Alteraciones inmunológicas	30
2.7.2.4.1	Artritis reumatoide	30
2.7.2.4.2	Síndrome de Sjögren	30
2.7.3	Factores psicológicos	31
2.7.3.1	Depresión y ansiedad	31
2.7.3.2	Cancerofobia	33
2.7.3.3	Evaluación del estado psiquiátrico por medio de cuestionarios ..	33
2.7.3.3.1	Cuestionario de Catell 16 PF	34
2.7.3.3.2	Entrevista clínica	34

2.7.3.3.3	Salud general	34
2.7.3.3.4	Escala de Montgomery- Asberg de nivel de depresión	34
2.7.3.3.5	Examen estereognóstico	34
2.8	Diagnóstico	35
2.8.1	Historia de los síntomas.....	35
2.8.2	Historia médica.....	35
2.8.3	Enfermedades importantes	36
2.8.4	Alergias	36
2.8.5	Medicamentos	36
2.8.6	Antecedentes familiares, sociales y ocupacionales	36
2.8.7	Examen bucal	37
2.8.8	Cambios bucales positivos	37
2.8.9	Cambios bucales negativos	38
2.9	Diagnóstico diferencial	39
2.9.1	Liquen plano	39
2.9.2	Leucoplasia idiopática	41
2.9.3	Glositis migratoria benigna	43
2.9.4	Lengua pilosa	44
2.9.5	Lengua fisurada	45
2.9.6	Glositis romboidea media	46
2.9.7	Candidiasis atrófica	47
2.9.8	Candidiasis atrófica crónica	48
2.9.9	Eritroplasia	49
2.9.10	Estomatitis	50
2.9.11	Neuralgia	53
2.9.12	Reflujo esofágico	53
2.10	Tratamiento	54

CONCLUSIONES 60

GLOSARIO 62

BIBLIOGRAFÍA 64

INTRODUCCIÓN

En la actualidad gracias a los adelantos de la medicina el promedio de vida a aumentado y como consecuencia hay un aumento en la población de ancianos, en el presente trabajo se estudiará el Síndrome de Ardor Bucal.

Dentro de los cambios que se presentan en los pacientes geriátricos encontramos los siguientes: desde el proceso fisiológico de envejecimiento, grandes cambios sistémicos como son la diabetes mellitus, menopausia, anemia, entre otras y psicológicos como la depresión, estrés, ansiedad, canceróforbia, etc., Otro gran cambio lo observamos a nivel del sistema estomatognático, encontramos pérdida de piezas dentales lo que conlleva al uso de prótesis, hay presencia de infecciones, hábitos orales y parafuncionales, cambios en la lengua y en el sentido del gusto, cambios en el flujo salival así como desordenes temporomandibulares. Estos cambios son los posibles factores causales del Síndrome de Ardor Bucal, ya que como lo sabemos un síndrome es causado por varios factores, es decir, es multifactorial.

Por todo esto, los cirujanos dentistas nos vemos obligados día con día a actualizarnos para poder llevar a cabo diagnósticos y planes de tratamiento adecuados para las diferentes patologías que pueden estar presentes. Como lo sabemos el Síndrome de Ardor Bucal, es una entidad difícil de diagnosticar.

La sensación de quemadura y dolor en la boca constituye un problema clínico desafiante. Deben de identificarse las verdaderas causas y no señalar que se trata de un problema solamente de origen psicológico sin realizar una valoración cuidadosa.

En este trabajo revisaremos las distintas etiologías que ocasionan este síndrome, su clasificación, sintomatología, localización del dolor, diagnóstico diferencial y su tratamiento.

Estudiaremos la anatomía de la lengua pues es de gran importancia conocerla porque es el lugar donde con mayor frecuencia se localizan las sensaciones de ardor y dolor en la cavidad bucal.

El diagnóstico y tratamiento de este problema lo realizaremos mejor con una intervención multidisciplinaria como lo es con el psiquiatra, otorrinolaringólogo y nutriólogo.

CAPITULO I

ANATOMIA DE LA LENGUA

1.1 DEFINICIÓN

La lengua, es un órgano impar mediano y simétrico, es una formación muscular muy móvil, revestida de mucosa. Desempeña una acción esencial en la masticación, deglución, succión y la fonación. Es igualmente el órgano receptor de las sensaciones gustativas.

1.2 DESCRIPCIÓN

La lengua tiene dos partes:

1. Una parte anterior móvil
2. Una parte posterior más fija o "base de la lengua"

1.2.1 PARTE ANTERIOR

Está delimitada por la parte de atrás, en la unión de su tercio posterior con sus dos tercios anteriores, por la V lingual, dibujada por las papilas calciformes.

La cara superior tiene una forma aplanada transversalmente, convexa en sentido anterioposterior, esta tapizada por una mucosa espesa, con papilas dispuestas a ambos lados de la línea media, está mucosa es rosada y húmeda en estado normal. Su examen proporciona datos importantes en numerosas enfermedades.¹⁷

Por detrás de la V lingual, la superficie es irregular, levantada por las glándulas foliculares delimitadas por la epiglotis a la que se conecta a los pliegues glosopiglóticos mediano y laterales.

Surcos fisiológicos: se manifiestan como un surco mediano sobre el que se implantan surcos transversales; éstos se acentúan con la edad, acompañándose de un engrosamiento de la mucosa y atrofia papilar y glandular.

La cara inferior: menos extensa que la superior, es visible cuando levantamos la punta de la lengua. Esta cara se apoya en el piso de la boca. Está unida a éste por el frenillo lingual, pliego mucoso, semilunar, en la base del cual se abren los conductos mandibulares (de Wharton). La mucosa de la cara inferior es delgada y transparente.

Ápex lingual: delgado, afilado, aplanada en su parte mediana, en él se unen los surcos superior e inferior de la lengua. La continuidad de ambos surcos es variable y puede dividir la lengua en dos mitades.

1.2.2 PARTE POSTERIOR

Relativamente fija, ancha, puede ser descubierta parcialmente por tracción sobre la lengua. Verticalmente, constituye la pared anterior de la faringe oral. Su superficie está marcada por la V lingual, dibujada por las papilas gustativas.

Foramen lingual:

Situado por detrás de la V lingual de la parte mediana. Corresponde a la cicatriz deprimida del conducto tirogloso.¹⁷

Amígdala lingual:

Es una formación linfoidea, desarrollada en el niño, atrofiada en el adulto.

La base de la lengua ésta unida por:

Velo palatino: Por los arcos palatoglosos.

Epiglotis: sobre la lengua atrae hacia delante la epiglotis y abre el vestibulo laríngeo.

1.3 CONSTITUCIÓN ANATÓMICA

La **lengua** comprende:

- Un armazón osteofibroso.
- Numerosos músculos.
- Un revestimiento mucoso.

1.3.1 ARMAZÓN OSTEOFIBROSO

Es el esqueleto de la lengua inserto en el hueso hioides.

HUESO HIOIDES

En forma de herradura insertado en la concavidad de la mandíbula.

APONEUROSIS DE LA LENGUA:

Es una lamina fibrosa frontal, situada en la parte posterior de la lengua, dirigida transversalmente: se inserta en el borde superior del hueso hioides y se pierde arriba en la masa de los músculos que forman a la lengua. ¹⁷

SEPTO LINGUAL:

Es una lámina fibrosa sagital, se inserta atrás en la cara anterior de la aponeurosis lingual (membrana hioglosa), en forma de hoz: su convexidad sigue la cara superior de la lengua a 3 ó 4 mm de su superficie. Su borde inferior, cóncavo, ocupa el espacio que separa los músculos genioglosos de ambos lados, los que se entrecruzan debajo de ella. Su extremidad anterior se pierde entre los fascículos de los músculos del ápice de la lengua. Dispuesta como un septo mediano, da inserción, por sus caras laterales, a fibras musculares.

1.3.2 MÚSCULOS

La lengua es esencialmente un órgano muscular complejo, unido al hueso hioides, apófisis del maxilar inferior en los puntos de inserción de los tres músculos extrínsecos de la lengua (hiogloso, estilogloso y genihiogloso).

Está unida en forma poco firme a estructuras vecinas por otros dos músculos extrínsecos (palatogloso y glosofaríngeo) y por extensiones de las mucosas bucales y faríngeas que cubren la lengua.

La masa de la lengua esta formada por cuatro grupos de músculos intrínsecos que están unidos a un rafe medio fibroso bien desarrollado y un rafe submucoso dorsal.¹⁷

MÚSCULOS EXTRÍNSECOS E INTRÍNSECOS DE LA LENGUA

Grupo extrínseco

Músculos	Inervación	Acciones
Geniohiogloso	Hipogloso	Retrae, deprime y provoca protrusión de la lengua.
Hiogloso	Hipogloso	Deprime la lengua y dirige hacia abajo sus bordes.
Estilogloso	Hipogloso	Eleva y retrae la lengua.
Palatogloso	Espinal por vía del plexo faríngeo	Contrae los pilares anteriores del paladar y eleva la base de la lengua.
Glosofaríngeo	Plexofaríngeo	Contrae la bucofaringe

Grupo Intrínseco

Músculos	Inervación	Acciones
Lingual superior	Hipogloso	Acorta la lengua y eleva su punta y sus bordes.
Lingual transverso	Hipogloso	Estrecha y alarga la lengua: eleva sus bordes.
Lingual vertical	Hipogloso	Deprime la punta de la lengua
Lingual inferior	Hipogloso	Acorta la lengua.

1.3.3 MUCOSAS

La superficie superior (bucal) y la posterior faringea de la lengua está cubierta de mucosas especializadas en las cuales se han desarrollado diferentes proyecciones papilares, algunas de las cuales contienen receptores especiales para el gusto así como finas terminaciones nerviosas esenciales para la percepción específica sumamente desarrollada de la lengua.

La superficie inferior (bucal) está cubierta por una membrana poco queratinizada que se fusiona con la mucosa del suelo de la boca y no puede distinguirse de ella. ¹⁷

SENSIBILIDAD LINGUAL

La sensibilidad de la mucosa lingual y la sensibilidad propioceptiva de los músculos de la lengua están aseguradas por tres nervios:

- ▶ Lingual, que surge en el trigémino, para los dos tercios anteriores de la lengua.

- ▶ Glosofaríngeo, para la base de la lengua

- ▶ Nervio laríngeo superior, rama del vago, para los pliegues glosopiglóticos estos nervios transmiten las sensaciones de contacto, de temperatura y de posición, así como las impresiones gustativas, que permiten apreciar la cualidad y el sabor de los alimentos, sólidos o líquidos, introducidos en la cavidad bucal. ¹⁷

El estudio anatómico del sistema sensorial gustativo comprende:

- Los órganos receptores.
- Las vías gustativas.
- Los centros gustativos. ¹⁷

1.4 CARACTERÍSTICAS SUPERFICIALES DE LA LENGUA

La mucosa de la superficie dorsal anterior de la lengua se caracteriza por la presencia de dos tipos de papilas con funciones definidas (filiformes y fungiformes).

Las papilas filiformes son de tejido conectivo fino, cada una con varias papilas secundarias que tienen los extremos intensamente queratinizados, dispuestos en hileras en dirección anteroposterior en superficie dorsal anterior. En el ser humano, el número de estas papilas se ha calculado en unas 500 por cm^2 ; La mayor parte se hallan concentradas en el centro del dorso y funcionan básicamente para transportar en dirección distal el alimento; también desempeñan el importante papel de modular sensaciones de textura y presión ejercidas sobre la lengua y están provistas de gran número de terminaciones nerviosas y vasculares, con elementos contráctiles que controlan el riego sanguíneo.

Las papilas fungiformes existen únicamente en los dos tercios anteriores de la lengua, en un número aproximado de 100 por cm^2 en la punta y 50 por cm^2 en el centro. Estas estructuras en forma de hongos poseen una rica red capilar, que las hace fácilmente identificables. Las papilas fungiformes llevan botones gustativos en número variable, desde 0 hasta 20 ó 30 por papila. También las papilas fungiformes pueden desaparecer aunque más lentamente, en el curso de años.

En la unión de los dos tercios anteriores y el tercio posterior de la lengua se encuentran una hilera de papilas circunvaladas (caliciformes). En forma de V ó de Y, que acaba en los bordes laterales de la lengua con un acumulo de pequeñas hojuelas, denominadas papilas foliáceas.

Cada papila caliciforme está rodeada por un pequeño foso y un anillo y las hojuelas foliáceas están separadas por surcos similares.

Las papilas circunvaladas y las foliáceas contienen gran número de botones gustativos en sus paredes, un epitelio no queratinizado, núcleos de tejido conectivo especializado, con asas vasculares complejas, gran número de finas terminaciones del noveno par craneal acumulos de glándulas serosas muy prominentes que drenan en el surco alrededor de cada papila y un ganglio parasimpático, probablemente asociado con la secreción glandular.

Basándose en datos limitados, se admiten las cifras de 200 ó 300 botones gustativos por cada papila circunvalada en individuos de menos de 20 años, disminuyen hasta 200 ó menos durante la madurez, y a menos de 100 después de los 75 años. ²²

1.5 IRRIGACIÓN

VASCULARIZACIÓN DE LA LENGUA

Órgano muscular muy móvil, que esta ricamente vascularizado. La irrigación principal está dada por:

1.5.1 ARTERIAS

Los vasos principales están representados por las arterias linguales que penetran por la lengua a cada lado, por dentro del hiogloso. Cada una de ellas da una arteria dorsal (parte posterior), una arteria sublingual (parte anterior) y la arteria profunda (ranina) de la lengua. Las arterias palatina ascendente (inferior) y la faríngea ascendente (inferior) son menos importantes.

La lengua es irrigada por las arterias linguales derecha e izquierda que provienen de la carótida externa poco después de su origen en la carótida primaria.

Cerca de la base de la lengua la arteria lingual se divide en tres ramas: una rama dorsal, que es una arteria lingual profunda que se extiende por el cuerpo de la lengua proporcionando gran número de ramas verticales que van hacia la superficie dorsal, y una arteria sublingual que irriga la superficie ventral de la lengua y el piso de la boca. Las ramas verticales de la arteria lingual profunda y la rama dorsal se anastomosan para formar dos plexos capilares, situados arriba y abajo del rafe dorsal.

1.5.2 VENAS

Originadas de la red submucosa se reúnen en una corriente superficial, lateral al hiogloso y una corriente profunda, medial a este músculo, que acompañan a la arteria lingual.

Las dos corrientes se reúnen en el tronco tirolinguofacial, tributario de la lengua yugular interna. ¹⁷

1.5.3 LINFÁTICOS

Su origen está constituido por una red mucosa superficial, con disposición peniforme en la cara dorsal y transversal en la cara inferior de la lengua; y una red muscular profunda, concentrada alrededor de las arterias y las venas del órgano. Estas dos redes están ampliamente anastomosadas entre sí.

Los vasos eferentes se pueden distinguir en cinco grupos:

- ▶ Apicales, dirigidos hacia adelante, hacia un linfonodo submentoniano al que llegan perforando el milohioideo o hacia atrás, donde alcanzan al nodo yuguloomohioideo, de los nodos linfáticos cervicales profundos.
- ▶ Marginales son externos con destino submaxilar;
- ▶ Internos, que siguen a las venas se encuentran laterales al músculo hiogloso y a la arteria lingual, medial a este músculo. Llegan a los nodos yugulares profundos por debajo del digástrico.
- ▶ Posteriores, que van directamente a los nodos yugulares profundos.
- ▶ Básales, que son medianos y adoptan el pliegue glosopiglótico mediano o laterales que contornean el polo o extremidad inferior de la tonsila (amígdala faríngea) y atraviesan la pared lateral de su logia (celda).

Todos van a los nodos linfáticos yugulares profundos. ¹⁷

CENTRALES

Son tributarios de los nodos maxilares y de aquí van a los nodos yugulodigástricos, yuguloomohioideos y a los nodos yugulares laterales. Las comunicaciones de un lado a otro son establecidas por numerosas anastomosis.¹⁷

CAPITULO II

SÍNDROME DE ARDOR BUCAL

2.1 DEFINICIÓN

El Síndrome de Ardor Bucal esta considerado en la actualidad como una entidad clínica distinta.

A lo largo del tiempo ha existido confusión en la definición del término del Síndrome de Ardor Bucal con otros usados para condiciones que afectan sólo determinadas áreas de la mucosa bucal como: glosodinia cuando el dolor se circunscribe en la lengua. Diferentes estudios indican que aproximadamente la mitad de los pacientes con esta condición presentan de manera concomitante afección en otras localizaciones.

Otros términos utilizados para definir esta condición son: estomatodinia, estomatopirosis y disestesia bucal todos ellos sinónimos del Síndrome de Ardor Bucal pero este último es considerado hoy en día como el más adecuado. ¹

Un síndrome por definición está caracterizado por signos y síntomas del cuadro clínico de una enfermedad.

El Síndrome de Ardor Bucal esta típicamente caracterizado por sensaciones ardorosas y dolorosas en la cavidad oral mostrando clínicamente la mucosa normal. ²

Las sensaciones ardorosas de la mucosa bucal pueden ser resultado de condiciones como el liquen plano erosivo, glositis migratoria benigna, candidiasis atrófica, anemia perniciosa y síndrome de Plummer- Vinson, entre otras. La sintomatología determinada por ellas es la misma que se presenta en el Síndrome de Ardor Bucal, pero para que un caso sea etiquetado bajo este rubro, la mucosa debe presentarse sin alteraciones y persistir después de un periodo no menor de 6 a 8 semanas. ¹

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

En el estudio realizado por el Dr. Bergdahl en 1999. Mil hombres y mil mujeres fueron seleccionados al azar en grupos. Con un rango de 20 a 69 años. En el Servicio público dental se registraron 48,500 posibles candidatos distribuidos en la costa (predominantemente urbana) y en la isla / montaña (predominantemente rural) proviniendo de los condados de Västernorrland y Västerbotten en Suiza. En esta región aproximadamente el 90 % de la población tiene cuidado dental regular y esta proviene en igualdad de proporción por el Servicio público dental y la práctica privada.

En total, 70.5 % de la población seleccionada participó en el estudio: 47 % (669) fueron hombres y 53 % (758) fueron mujeres. De todos los individuos se tiene su consentimiento.

Distribución de los participantes en varios grupos por edades:

	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 a 69 años	TOTAL
MUJERES	110	157	161	158	172	758
HOMBRES	90	120	139	155	165	669
TOTAL	200	277	300	313	337	1427

La prevalencia del Síndrome de Ardor Bucal en la población estudiada fue de 3.7 %. Con una prevalencia en hombres de 1.6 % y en mujeres de 5.5 %.

El Síndrome de Ardor Bucal no ha sido reportado en niños.

La media de edad fue 59.1 años para hombres y 56.1 años para mujeres.

En el hombre, el Síndrome de Ardor Bucal fue entre un grupo de edades de los 20 a los 39 años y la prevalencia del síndrome entre los 40 y 49 años del grupo fue 0.7 % que aumentó a 3.6 % en el grupo de ancianos de 60 a 69 años.

En la mujer, el Síndrome de Ardor Bucal fue entre un grupo de edad joven de 20 a 29 años y en el grupo de edad de 30 a 39 años la prevalencia fue de 0.6 % que se incrementó a 12.2 % en el grupo de ancianos.

En este estudio concluyó el autor que el Síndrome de Ardor Bucal se presenta con mayor frecuencia en adultos jóvenes y en mujeres y que se incrementa la incidencia con la edad. ¹⁹

2.3 SINTOMATOLOGÍA

En el artículo del Dr. Reyes menciona que el tipo de sintomatología referida por los pacientes, en el 100 % de los casos es una sensación de quemadura y se asocia en un 63 % con sequedad de la mucosa bucal y el 60 % refiere gusto amargo o metálico. ¹

Presentan alteración del gusto, sed, dificultad al deglutir, comezón, sialorrea, temblor de la lengua.

La molestia principal fue descrita como "quemazón en la boca" por 39 pacientes (56 %) y como "dolor en la boca" por 31 pacientes (44 %). (fig. 1)

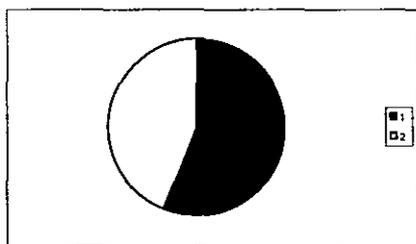


Fig. 1

La sensación de "quemadura o dolor" en la boca en promedio fue de 2.5 años (rango de 1 mes a 17 años). ³

Hay una extensa variación en la duración del síndrome que fue descrito por Browning, con un rango de 3 meses a 12 años con un promedio de duración de 4 meses a 3 años.

Hay incomodidad en la cavidad oral que fue descrita por varios pacientes con Síndrome de Ardor Bucal. Otras molestias incluyen xerostomía y disgenesia. ²

En un estudio que realizaron Drage y Rogers la candidiasis es un factor importante en los pacientes con dolor bucal crónico.

En este estudio sólo 6 pacientes (9 %) tenían candidiasis bucal en conjunción con dolor en la boca.

La candidiasis bucal es una infección oportunista, los factores asociados incluyen xerostomía, tratamiento con corticoesteroides, uso de dentaduras y diabetes mellitus. ³

Otros síntomas asociados incluyen: cefalea (37 %), insomnio, letargo, cambio de dieta, disminución de la libido y alteraciones conductuales como Irritabilidad y depresión, constipación, taquicardia, náusea, vómito, colitis, dolor en el cuello o en la espalda, alteraciones en la piel, alteraciones menstruales y gastritis. ^{1,2,3}

2.4. CLASIFICACIÓN

Basker categorizó al Síndrome de Ardor Bucal en grados:

- Leve
- Moderado
- Severo

El grado moderado del Síndrome de Ardor Bucal se observa más frecuentemente. Seguido por el severo y la forma leve. Además los síntomas intermitentes son más comunes que los síntomas continuos y estos síntomas pueden variar al final del día. ¹

En 1989, **Lamey y Lewis** propusieron que todos los casos de Síndrome de Ardor Bucal pueden caer en tres categorías o tipos:

- **TIPO 1:** En este subtipo los pacientes presentan el dolor diariamente. El paciente no presenta sintomatología al levantarse pero esta aparece y aumenta en severidad conforme avanza el día, el 35 % de los pacientes presentan este tipo.
- **TIPO 2:** Los síntomas están presentes al levantarse y persisten durante todo el día. El 55 % de los pacientes presentan este tipo
- **TIPO 3:** Los pacientes refieren tener días libres de síntomas y explican que cuando lo presentan afectan áreas informadas como poco frecuentes (piso de la boca, mucosa bucal o faringe). Cerca del 10 % de los pacientes presentan este tipo. ^{1,2}

Lamey y Lamb; Lo cuantifican en forma lineal con una escala que va del 0 (sin ardor) hasta el 10 (intolerable). Siendo la calificación más común 8 antes del tratamiento. ¹

2.5 LOCALIZACIÓN DEL DOLOR

La lengua es el lugar donde con mayor frecuencia se presentan las sensaciones de ardor y de dolor, de ahí el origen del término "glosodinia" y "glosopirosis", sin embargo, puede estar afectado cualquier sitio de la cavidad bucal por estos diversos síntomas. ⁴

El ardor puede ocurrir en varios sitios dentro o alrededor de la cavidad oral. El sitio más afectado es la lengua, particularmente la punta y las dos terceras partes anteriores. El siguiente sitio más afectado es el paladar duro, labios (la porción de la mucosa) y el reborde alveolar (en pacientes con dentadura).²

Los sitios afectados por el Síndrome de Ardor Bucal son variables pero es percibido con mayor frecuencia en:

Lengua 78 %

Paladar a nivel de rebordes alveolares 45 %

Labios 38 %

Reborde alveolar inferior 36 %¹

2.6 CUANTIFICACIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Para evaluar la calidad del 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 dolor máximo. 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 normales, cuando se relacionan con su familia, amigos, trabajo y situaciones financieras.

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 4.²³

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

2.7 ETIOLOGÍA

La causa del Síndrome de Ardor Bucal es considerada multifactorial y sus casos pueden agruparse en tres categorías principales:

1. Locales.
2. Sistémico.
3. Psicológicos.

2.7.1 FACTORES LOCALES

Los factores locales son aquellos existentes en la boca misma y entre los cuales se encuentran:

2.7.1.1 USO DE PRÓTESIS DENTALES

En los casos en que el paciente usa prótesis dental, se requiere un examen cuidadoso del ajuste y de los tejidos que se encuentran por debajo de la misma, ya que rebasarla o rehacerla puede ayudar a eliminar la irritación crónica.

En un estudio con 150 pacientes portadores de prótesis, el 60 % de estos presentaron fallas en las mismas, el reemplazo de la prótesis sólo ayudo al 25 % de los pacientes.

El ardor puede aparecer a los pocos minutos de la colocación de la prótesis y puede disminuir o eliminarse al desalojar la prótesis, esto se puede atribuir a una dimensión vertical incorrecta, sobreextensión o falta de estabilidad.²³

2.7.1.2 INFECCIONES BACTERIANAS Y MICÓTICAS

La candidiasis es la micosis bucal más frecuente, la produce la candida albicans y otras especies que se relacionan. En la mayor parte de las personas sanas *C. albicans* es un microorganismo comensal de la cavidad bucal; su transformación en patógeno se relaciona con factores locales o sistémicos. Las manifestaciones bucales son variables y la forma más frecuente es la seudomembranosa. Los grupos de edad que más se afectan son los niños y los ancianos.

La candidiasis atrófica crónica, esta forma particular de candidiasis se presenta en más del 65 % de los individuos geriátricos que utilizan prótesis, es más frecuente en mujeres que en hombres. Los factores que contribuyen a que se presente esta enfermedad incluyen el traumatismo crónico de baja intensidad por una prótesis mal ajustada, una mala relación oclusal y que no se retire el paciente la dentadura en la noche.⁶

2.7.1.3 HÁBITOS BUCALES Y PARAFUNCIONALES

Un común denominador etiopatogénico del Síndrome de Ardor Bucal es la falta de higiene bucal; en consecuencia, es muy comprensible que una norma profiláctica y terapéutica fundamental sea la higiene bucal cuidadosa y regular, que debe recomendarse en forma sistemática a todos los ancianos.

Los hábitos parafuncionales son cuando los pacientes muestran hábitos musculares evidentemente excesivos o anormales.⁷

2.7.1.4 ALERGIAS

Las alergias a los materiales de dentaduras, restauraciones metálicas, ciertos alimentos, medicaciones, productos de lavado dental y dentífricos, pero los síntomas no siempre se resuelven al suprimir estos agentes.⁹

En el estudio del Dr. Drage que efectuó con 70 pacientes; ningún paciente tuvo una reacción a los alérgenos de la prótesis dental, hallazgo que concuerda con un estudio reciente en el cual los alérgenos dentales contribuyeron al dolor bucal de manera mínima.³

2.7.1.5 DESORDENES TEMPOROMANDIBULARES

El papel de la tensión muscular frecuentemente se invoca, cuando se considera que la glosodinia asociada con dimensiones verticales disminuidas (o aumentadas) ó un componente del síndrome de disfunción mioaponeurótica dolorosa.⁵

2.7.1.6 TRATAMIENTOS DENTALES

Muchos pacientes han considerado al tratamiento dental como causa única o principal de los síntomas del Síndrome de Ardor Bucal. Los pacientes están convencidos de que cierto tipo de tratamiento dental eliminarán los síntomas, como extracción o incluso las extracciones de todos los dientes.

En 1924 Frazier recomendó abstenerse de realizar tratamientos dentales o quirúrgicos a los pacientes con el Síndrome de Ardor Bucal sólo cuando el tratamiento estuviera indicado.²⁴

La mayoría de los casos de dolor bucal relacionado con prótesis dental se debe al error en el diseño de la dentadura e irritación.³

2.7.1.7 GALVANISMO

Schaffer, señala que otro posible factor etiológico es una descarga electrogalvánica que se presenta entre las restauraciones metálicas diferentes.⁴

El galvinismo es el resultado del paso de una corriente eléctrica, la saliva que es un buen conductor y los metales que ocupan distintas posiciones en la serie electromecánica, constituyen los elementos de una pila galvánica. En ocasiones se encuentran lesiones irritativas de la mucosa en la boca de pacientes que muestran obturaciones metálicas diferentes, en general cerca de una restauración de amalgama.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 un agente causal del Síndrome de Ardor Bucal.

Es probable que las llamadas lesiones electrogalvánicas constituyan reacciones alérgicas a los iones metálicos liberados por las restauraciones metálicas.²⁴

2.7.1.8 XEROSTOMÍA

Es la disminución del flujo salival. La vejez por sí misma no afecta la función de las glándulas salivales, pero la frecuencia con que se manifiestan las condiciones patológicas y/o el uso de medicamentos que directa e indirectamente influyen sobre el flujo salival aumentan conforme se incrementa la edad.

La etiología de la xerostomía puede ser las infecciones virales, diabetes mellitus, trauma, uso de drogas, uso de algunos medicamentos, radiaciones y alteraciones congénitas.¹⁰

Además de la sequedad, puede causar sensación de quemazón en la boca o en la garganta, puede haber dificultad para tragar la comida, dificultad en la utilización de prótesis totales y la aparición de caries dental. ¹¹

2.7.1.9 USO DE TABACO Y ALCOHOL

El fumar no juega un papel importante en la etiología del Síndrome de Ardor Bucal, por lo contrario él dejar de fumar en algunos casos exagera los síntomas. En el caso del alcohol, algunos pacientes reportan que al consumir alcohol la sensación de ardor y dolor disminuyen. ²⁴

2.7.2 FACTORES SISTÉMICOS

2.7.2.1 DEFICIENCIAS VITAMÍNICAS

Los factores sistémicos tienen una marcada influencia en la prevalencia y severidad de los síntomas experimentados por los pacientes del Síndrome de Ardor Bucal.

De los factores sistémicos involucrados en la etiología del Síndrome de Ardor Bucal se encuentran deficiencias vitamínicas en especial anemia perniciosa que es la entidad patológica más frecuente, deficiencias del complejo B, las conocidas como deficiencias hematinicas (hierro, vitamina B12 y ácido fólico). ²

2.7.2.1.1 DEFICIENCIA DE VITAMINA B

La deficiencia de **Vitamina B** es relativamente frecuente en algunos países, en especial a donde existe pobreza, por la ingestión inadecuada de vitaminas en la dieta. Las alteraciones bucales que se relacionan con las deficiencias de vitamina B consiste en queilitis y glositis.

Pueden encontrarse fisuras y grietas labiales, que cuando son más notorias en los ángulos de la boca se denomina queilitis angular. En algunos casos ocurre enrojecimiento de la lengua por atrofia papilar que causa dolor y ardor de la misma. La glositis puede ser grave y extenderse a otras superficies de la mucosa.

Diagnóstico y tratamiento. El diagnóstico se establece con base en los antecedentes y hallazgos clínicos, así como en los resultados de laboratorio. El tratamiento de reemplazo produce curación de las lesiones. ⁶

2.7.2.1.2 ANEMIA PERNICIOSA

Su causa es la deficiencia de **Vitamina B12** necesaria para la síntesis de DNA. Se considera que el mecanismo probable de producción de la anemia es una reacción autoinmunitaria dirigida contra el factor intrínseco o la mucosa gástrica.

La anemia perniciosa afecta sujetos adultos de ambos sexos. Las molestias bucales específicas se centran en la lengua. Los síntomas típicos son dolor y ardor de la misma. Además se ve más roja de lo habitual por atrofia papilar. Esta apariencia lisa y roja se le denomina glositis de Hunter ó glositis de Moeller.

El **diagnóstico** definitivo se establece por la demostración de anemia megaloblástica y macrocítica en las pruebas de laboratorio.

El **tratamiento** es la administración parenteral de vitamina B12. ⁶

2.7.2.1.3 ANEMIA FERROPÉNICA

La causa más frecuente de anemia es la deficiencia de hierro que puede deberse a la ingestión inadecuada, alteraciones de la absorción, pérdida crónica de sangre y al aumento en la demanda de hierro como ocurre durante la infancia o el embarazo. Afecta de manera importante a la mujer, puede causar fragilidad de las uñas y el pelo, coiloquinia, lengua roja, dolorosa y lisa y queilitis angular.

Como en las anteriores la administración de suplementos de hierro en la dieta eleva la concentración de hemoglobina y repone los depósitos de hierro.

La mayoría de los estudios responsabilizan a las deficiencias del complejo B (B1, B2, B6, B12) como causa frecuente del Síndrome de Ardor Bucal. Sin embargo, en el examen hematológico realizado por Grushka, el 90 % de los 102 pacientes no presentaron problemas nutricionales o hematológicos, habiendo exceptuado sólo evidencia de deficiencia clásica de hierro (disminución de hierro total saturado y en los valores de ferritina sérica). En resumen el autor no encontró elementos que reflejan que las deficiencias nutricionales incidieran en el establecimiento del Síndrome de Ardor Bucal.

Otro de los hallazgos de importancia informados en el estudio de Grushka es que el 63 % de los pacientes presentó el índice de sedimentación de eritrocitos ligeramente elevado en comparación con la población en general. Lo anterior también fue informado por Brightman. ⁶

Brooke mostró que un 53 % de los pacientes con Síndrome de Ardor Bucal presentaban deficiencias de hierro, siendo el diagnóstico más común entre estos pacientes. ²⁵

En muchos otros estudios se ha sugerido la deficiencia de hierro como factor causal del Síndrome de Ardor Bucal pero en algunos no se ha determinado los niveles de hierro en la sangre, por lo que el diagnóstico de deficiencia de hierro aún es cuestionable. ²⁴

2.7.2.2 MENOPAUSIA

La menopausia representa una disminución en la función ovárica y suele ocurrir entre los 40 y 55 años. Los cambios hormonales asociados con la menopausia pueden causar síntomas bucales. No es raro que los pacientes se quejen de sensación de ardor en la boca y lengua, anormalidades de gusto y sequedad de las mucosas. ⁹

Wardrop concluyó que la disminución del estrógeno en la menopausia, puede ocasionar desequilibrios psicológicos y malestar bucal. ²⁶

El **tratamiento** consiste en terapéutica reconstitutiva de estrógenos y depende de la intensidad de los síntomas. ⁵

Massler valoró a 86 mujeres con síntomas generales en algún estadio del climaterio, encontrando que 93 % referían ardor bucal. ¹

Lamey y Lamb que en su estudio de 150 pacientes de Síndrome de Ardor Bucal (131 mujeres y 19 hombres); de las mujeres 104 eran posmenopáusicas y 17 de 19 eran perimenopáusicas.

Los datos antes citados evidencian que la disminución de estrógenos durante la menopausia es un factor causal del Síndrome de Ardor Bucal; sin embargo en la mayor parte de los estudios no se ha mostrado mejoría significativa al utilizar terapia sustitutiva estrogénica.

Como se mencionó inicialmente, la menopausia por lo general conlleva trastornos emocionales, los cuales pueden ser una de las causas del Síndrome de Ardor Bucal. ¹

2.7.2.3 DIABETES MELLITUS

La etiología de la diabetes sacarina es desconocida, sin embargo hay gran influencia que sea de tipo genético y ambiental que determinan si una persona desarrollará la enfermedad. Se observa disminución de resistencia a la infección en pacientes con diabetes no controlada. Lo principal en el tratamiento diabético depende de un equilibrio estricto entre el ingreso dietético, la absorción y el transporte del exterior al interior de la célula (mediado por insulina o por agentes hipoglucemiantes bucales) y la utilización de la glucosa dependiente del metabolismo basal más la intensidad de la actividad del individuo. ⁵

El Síndrome de Ardor Bucal puede presentarse en la diabetes sacarina, como consecuencia de moniliasis bucal, y quizá de neuropatía periférica. Pero que tales síntomas puedan ser pródromos de diabetes sigue siendo dudoso.

Chinn y Colbs estudiando a 45 pacientes que referían síntomas bucales de ardor, xerostomía e hipersensibilidad gingival encontraron que el 27 % de ellos presentaban niveles anormalmente altos de tolerancia a la glucosa. ¹

Los autores anteriores en 1970 realizaron otro estudio con 142 pacientes, 62 de los cuales (43.6 %) presentaban el Síndrome de Ardor Bucal, se les implementaron pruebas de tolerancia a la glucosa, obteniéndose que el 39 % presentaban hiperglucemia. ¹

2.7.2.4 ALTERACIONES INMUNOLOGICAS

Grushnka, quien en 102 pacientes (84 mujeres y 18 varones) encontró que el 58 % presentaban evidencia de alguna alteración inmunológica, dentro de las cuales detectaron enfermedad reumatoide y síndrome de Sjögren.

El autor propuso que lo anterior estuviera asociado a una ligera elevación en el índice de sedimentación de eritrocitos, así como a una enfermedad generalizada de tejido conectivo. ¹

2.7.2.4.1 ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide o poliartitis crónica primaria anquilosante, no es típica de los ancianos, pero puede encontrarse en la edad presenil. El cuadro anatopatológico y clínico es parecido al de otras enfermedades. Cabe señalar su inicio con síntomas como cansancio, malestar general, agotamiento, estado febril, dolor en movimiento y en reposo, deformaciones articulares, que puede confundir su diagnóstico. ⁷

Los hallazgos clínicos incluyen dolor a la palpación de las articulaciones y limitación de la apertura. También puede haber crepitación.

En pacientes con artritis reumatoide juvenil es común observar micrognatia y mordida abierta anterior que son ocasionadas por una combinación de lesión directa de la cabeza condilar y alteración de la actividad muscular bucofacial. ⁵

2.7.2.4.2 SÍNDROME DE SJÖGREN

Resulta muy interesante entre las enfermedades autoinmunes pues presenta un amplio espectro clínico involucrando exocrinopatías autoinmunes hasta lesiones extraglandulares (sistémicas) afectando a pulmones, riñones, vasos sanguíneos y músculos.

Hay una relación del Síndrome de Sjögren con el Síndrome de Ardor Bucal porque hay presencia de sequedad y puede causar sensación de quemazón en la boca o en la garganta. ¹⁰

El diagnóstico del Síndrome de Sjögren, se basa en la presencia de los signos ó síntomas que se conocen como la tríada clínica del síndrome:

- Xerostomía
- Queratoconjuntivitis
- Y alguna de las enfermedades del tejido conjuntivo; lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, artritis reumatoide, poliartritis nodosa ó polimiositis. ¹⁰

CLASIFICACIÓN

Síndrome de Sjögren Primario: Se presenta en ausencia de otras enfermedades autoinmunes.

Síndrome de Sjögren Secundario: Cuando este se encuentra asociado con otras enfermedades autoinmunes como artritis reumatoide, esclerodermia y lupus eritematoso sistémico. ¹⁰

2.7.3 FACTORES PSICOLÓGICOS

2.7.3.1 DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

La depresión es el siguiente factor etiológico más frecuente. Browning, encontró que el 44 % de los pacientes con Síndrome de Ardor Bucal, presentaban problemas psicológicos. Como depresión y ansiedad generalizada fueron los dos diagnósticos más comunes. ²

El Síndrome de Ardor Bucal es considerado por algunos autores como una variante de dolor atípico, el cual se asocia con frecuencia a depresión. Los factores psicológicos son considerados de importancia en el desarrollo del Síndrome de Ardor Bucal, de los anteriores se ha vinculado con ansiedad, hipocondriasis, introversia, extroversia, tics, masoquismo, depresión y cancerofobia.¹

Van Der Pleg y Colbs en un estudio de 154 pacientes encontraron los siguientes promedios; 69.9 pacientes presentaron neurosis, 14.8 pacientes eran intro o extrovertidos, 45 pacientes mostraron ansiedad y 12.6 pacientes depresión.

Por lo anterior, puntualizaron en sus conclusiones que en un gran porcentaje el componente psicológico ejerce una marcada influencia.¹

Browning y Colbs observaron que 44 % de 25 pacientes con Síndrome de Ardor Bucal presentaron alteraciones psiquiátricas, en comparación con 16 % en el grupo control.¹

Concuerdan Harris, Zegarelli y Zuher, el hecho de que 56 % de los pacientes en el estudio de referencia no mostraron alteraciones psiquiátricas nos indica que, si bien en algunos pacientes el factor psicológico es significativo en el Síndrome de Ardor Bucal, no debe inferirse que ocurre así en todos los casos.¹

Los medicamentos que se utilizan para tratar la enfermedad psiquiátrica pueden causar xerostomía y exacerbar los síntomas del dolor bucal. La xerostomía llegó a presentarse durante la exploración alrededor del 25 % de los pacientes.

La xerostomía es un efecto colateral frecuente de muchos medicamentos:
Antidepresivos tricíclicos (Amoxapina): inhibe la recaptura de fenotiacinas, benzodiazepinas, inhibidores de la monoaminooxidasa, antihipertensivos y antihistamínicos.

Deben de revisarse los medicamentos de los pacientes y reemplazarlos por otros que sean de menor potencial xerostómico, pero es necesario la autorización del médico tratante.³

2.7.3.2 CANCEROFOBIA

Los pacientes que presentan el síndrome un 20 % de ellos presentan un miedo exagerado hacia el cáncer. Los pacientes no manifiestan por sí mismos el miedo, el médico tendrá que realizar las preguntas para saber si este es el caso.

Cuando se le indica al paciente que el Síndrome de Ardor Bucal no está relacionado con el cáncer bucal, este se tranquiliza.²³

2.7.3.3 EVALUACIÓN DEL ESTADO PSIQUIÁTRICO POR MEDIO DE CUESTIONARIOS

Es necesario realizar exámenes del estado psicológico de nuestros pacientes para asegurarnos si estos tienen un desordenes psiquiátricos, para saber si lo referimos o no a un especialista.²⁴

2.7.3.3.1 CUESTIONARIO DE CATELL 16 PF

Este cuestionario consiste en 105 preguntas y nos da una base de las tendencias de comportamiento fundamentales que demuestra tener una relación a la conducta actual. ²⁴

2.7.3.3.2 ENTREVISTA CLÍNICA

Esta diseñada para ser aplicada por un profesional. Con ella es posible determinar si el paciente necesita cuidado psiquiátrico.

El cuestionario proporciona una medida confiable de la morbilidad psiquiátrica entre las personas que no se consideran estar mentalmente enfermas. ²⁴

2.7.3.3.3 SALUD GENERAL

Esta entrevista valora la habilidad para realizar funciones normales. Tiene subescalas en disfunciones somáticas, ansiedad, insomnio, disfunción social y depresión. ²⁴

2.7.3.3.4 ESCALA MONTGOMERY-ASBERG DE NIVEL DE DEPRESIÓN

Nos da una medición para la depresión. A sido usada también para medir las variaciones sintomatológicas como respuesta al tratamiento con medicación. ²⁴

2.7.3.3.5 EXÁMEN ESTEREOGNÓSIKO

Examina la habilidad de una persona para reconocer los objetos dentro de la cavidad bucal y nos provee información acerca de la habilidad sensorial. Los pacientes con Síndrome de Ardor Bucal necesitan más tiempo para reconocer los objetos. ²⁴

2.8 DIAGNÓSTICO

2.8.1 HISTORIA DE LOS SÍNTOMAS

1. Motivo de la consulta, molestias principales, descritas por el paciente.
2. Localización de los síntomas (lengua, paladar duro, blando, labios, mucosas).
3. Tiempo de evolución (días, meses, años).
4. Tiempo en que se presentan los síntomas (mañana, tarde, noche, esporádicos, continuos).
5. Asociación del inicio de los síntomas con algún evento especial.
6. Si el inicio de los síntomas se asocia con algún tratamiento dental (prótesis, prostodoncia). Le preguntaremos al paciente cuanto tiempo lleva edéntulo y si ha usado o no prótesis y cuánto tiempo las ha portado.
7. Que otros problemas bucales presenta tales como Xerostomía y alteración o falta de gusto.
8. Que actividades, situaciones o medidas aumentan o disminuyen el problema.
9. Le preguntaremos si ha consultado a algún médico o especialista, si le han realizado o no exámenes de laboratorio y el tratamiento que siguió. ²⁴

2.8.2 HISTORIA MÉDICA

Los antecedentes médicos incluyen información sobre cualquier enfermedad importante o grave que haya tenido un paciente en la infancia o ya como adulto. ⁵

2.8.3 ENFERMEDADES IMPORTANTES

Se pide al paciente que mencione las enfermedades que requirieron atención médica o las cuales recibió o recibe medicamentos en forma rutinaria. Preguntas específicas sobre cualquier antecedente de cardiopatías, hepatopatías, afecciones pulmonares, enfermedades infecciosas, trastornos inmunológicos, diabetes, problemas hormonales, radiación o quimioterapia para tratamientos oncológicos y tratamientos psiquiátricos.⁵

2.8.4 ALERGIAS

El expediente del paciente también debe de incluir antecedentes de reacciones alérgicas a medicamentos, alimentos o materiales.⁵

2.8.5 MEDICAMENTOS

Es esencial el antecedente de medicamentos para identificar una enfermedad y evitar interacciones farmacológicas. El médico debe interrogar cuidadosamente al paciente sobre cualquier medicamento prescrito así como drogas que este usando en la actualidad. Se debe de preguntar si utiliza ansiolíticos, antidepresivos, hipertensivos o antihistamínicos, ya que estos medicamentos reducen el flujo salival.⁵

2.8.6 ANTECEDENTES FAMILIARES, SOCIALES Y OCUPACIONALES

Los antecedentes familiares reúnen información sobre enfermedades que suelen afectar a más de un miembro de la familia, como migraña, ciertos trastornos neurológicos y mentales, trastornos alérgicos y anormalidades metabólicas como diabetes mellitus.

Los antecedentes sociales y ocupacionales pueden proporcionar información básica importante para el problema del paciente y también sugerir posibles agentes etiológicos relacionados con la actividad social, económica y el sitio de trabajo.⁵

2.8.7 EXAMEN BUCAL

Es esencial llevar a cabo un buen examen bucal para poder realizar un buen diagnóstico y tratamiento.

Se debe observar cuidadosamente las superficies de la mucosa de labios, carrillos, lengua y espacio sublingual. Se deben examinar los dientes para ver las relaciones oclusales, áreas inadecuadas de contacto o restauraciones, enfermedad periodontal o presencia de candida albicans. Se pide al paciente que saque la lengua para examinar el dorso, piso de la boca y los bordes.

Observar el aspecto general del paciente; valorar sus reacciones emocionales y su estado nutricional general.

El resultado del examen bucal es decisivo para el diagnóstico del paciente ya que debemos observar la presencia o ausencia de cambios de la mucosa bucal. ⁵

2.8.8 CAMBIOS BUCALES POSITIVOS

Cuando hay cambios clínicamente visibles, se deberá verificar que los síntomas correspondan al sitio en donde se observan los cambios.

Pueden surgir muchas posibilidades de diagnóstico, cuando el sitio de los síntomas corresponde con los cambios visibles en la mucosa, para descartar estas posibilidades se requiere tomar una biopsia.

Cuando el paciente utiliza una prótesis, se debe prestar atención a la estabilidad, dimensión vertical, presencia de candida albicans o alergia a los materiales usados.

Cuando se presentan cambios en el color y en la textura de la mucosa, se debe de considerar una enfermedad sistémica para confirmar este diagnóstico se deberán de realizar exámenes de laboratorio. ²⁴

2.8.9 CAMBIOS BUCALES NEGATIVOS

Cuando no observamos lesiones en la mucosa bucal tenemos que tomar en cuenta los siguientes puntos:

Los exámenes histopatológicos en el sitio del malestar no contribuye para el diagnóstico del paciente.

En pacientes que son portadores de prótesis se debe de prestar atención que la articulación, oclusión y estabilidad sean las adecuadas.

No es necesario medir rutinariamente el flujo salival del paciente.

Los exámenes de sangre, glucosa en plasma y glucosa en orina, estrógenos en mujeres no siempre deben de realizarse, sólo cuando el paciente lo requiera. Realizar exámenes para ver si hay una deficiencia vitamínica si debe de ser realizada y en caso necesario una terapia con suplementos vitamínicos.

En el caso de que el Síndrome de Ardor Bucal no se deba a factores sistémicos es posible que se deba a efectos secundarios de los medicamentos. Debe de ser considerada la sustitución de medicamentos para poder realizar un buen diagnóstico.

Cuando no existe la posibilidad de cambiar el medicamento debemos de reducir la dosis al igual que tomar la misma dosis pero en pequeñas proporciones y en mayor frecuencia.²⁴

2.9 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

2.9.1 LIQUEN PLANO

Es una enfermedad mucocutánea frecuente y crónica. En este siglo, se postularon numerosas teorías con respecto a la etiología, la mayor parte de ellas evidencia a favor del origen inmunológico.

La importancia de esta enfermedad se relaciona con su grado de frecuencia de incidencia, su similitud ocasional con otras enfermedades de las mucosas, su naturaleza dolorosa y su posible conexión con tumores malignos.⁶

Se describen mecanismos inmunitarios similares en rechazo a injertos y dermatitis alérgica por contacto. Hay una hipótesis de que esta serie de eventos las células de Langerhans tienen contacto y "reconocen" un antígeno ya sea de origen endógeno o exógeno.

Características clínicas: El liquen plano es una enfermedad que afecta por igual a mujeres y a hombres de edad mediana, y en raras ocasiones a niños. Con frecuencia la gravedad de la lesión tiene relación con el grado de estrés del paciente.

Se describen varios tipos de liquen plano en la cavidad bucal, de los cuales el más frecuente es la forma reticular, que se caracteriza por la presencia de numerosas líneas queratósicas entrelazadas o estrías (estrías de Wickham) que produce un patrón anular en forma de encaje.

El sitio que se afecta con mayor frecuencia es la mucosa bucal. También pueden observarse estrías en la lengua y con mayor frecuencia en la encía y labios, ya que casi cualquier mucosa puede presentar manifestaciones de liquen plano. Esta forma presenta síntomas clínicos mínimos y con frecuencia se descubre de modo accidental.

La **forma atrófica** de liquen plano puede presentarse junto con las variantes reticular o erosivo. Se localiza con frecuencia en la encía insertada donde presenta un patrón al que se le denomina gingivitis descamativa. En los márgenes de las zonas atróficas, casi siempre están evidentes estrías queratósicas blanquecinas, que se radian hacia la periferia y se mezclan con la mucosa circundante.⁶

En muchas ocasiones la ausencia total de un elemento queratósico hace difícil el diagnóstico; en estos casos, la mucosa bucal está muy eritematosa y el paciente se queja de una sensación de quemadura, sensibilidad y molestia generalizada.

La forma atrófica del liquen plano, sin importar su localización, casi siempre es sintomática, los pacientes se quejan de sensación de quemadura o dolor en el área afectada.

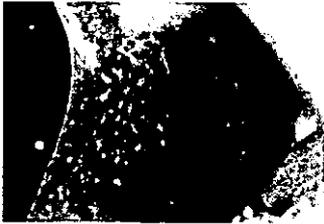
Estudios recientes muestran que la prevalencia de candidiasis bucal secundaria en pacientes con liquen plano es del 50 %, por lo que sugiere alteración de la inmunidad celular como causa de estas lesiones.

Tratamiento y pronóstico: No hay terapéutica específica parenteral o local de eficiencia uniforme. Los únicos medicamentos útiles son los corticoesteroides, ya que su capacidad para controlar la inflamación y la reacción inmunitaria es la justificación racional para su empleo.

La aplicación tópica así como la inyección local de esteroides son eficaces para controlar la enfermedad, pero no para curarla.

La adición de antimicóticos al régimen de corticoesteroides favorece casi siempre los resultados clínicos.

Se observa pronóstico favorable en el tratamiento de las lesiones sintomáticas con la aplicación tópica y sistémica de ciclosporina.⁶



2.9.2 LEUCOPLASIA IDIOPÁTICA

La OMS las define como lesiones que no pueden considerarse como parte de algún padecimiento después de descartar la presencia de trastornos como liquen plano, candidiasis, leucoedema o nevo esponjoso blanco. Ya que las leucoplasias varían desde una hiperqueratosis benigna hasta un carcinoma de células escamosas, es obligatoria una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo.

Tratamiento y pronóstico: El paso inicial consiste en la identificación de las causas. Han de eliminarse hábitos que causen traumatismos, corregir prótesis sobretendidas o inadecuadas, restauraciones en mal estado y desplazamientos dentales y suspender hábitos como tabaquismo y alcoholismo.

Cuando las lesiones son muy extensas se necesitan varias biopsias en las que deben incluirse zonas sospechosas de malignización como enrojecimientos, úlceras o induraciones.

Si no hay cambios atípicos o displásicos epiteliales deben indicarse exámenes periódicos y cuidadosos, pero si se encuentran elementos displásicos es obligatorio eliminar las lesiones mediante procedimientos quirúrgicos, como desbridación, criocirugía, electrodesecación o mediante láser. En los casos en las que la lesión es extensa pueden requerirse injertos.

No es clara la regresión de las lesiones displásicas de la mucosa bucal. Aunque se sabe que las lesiones análogas en el cuello uterino presentan regresión después de un tiempo, permanecen sin cambios y se transforman en Carcinomas de células escamosas. También se presenta una situación paralela con relación a la mucosa bucal, aunque esto no está probado.

Grados mínimos de displasia no tienen riesgos importantes para el paciente; sin embargo, la parte ventral de la lengua y el piso de la boca significa mayor riesgo de displasia. ⁶



2.9.3 GLOSITIS MIGRATORIA BENIGNA

La glositis migratoria benigna, también se conoce como eritema migrante o lengua geográfica, es una enfermedad de etiología desconocida. Numerosas teorías intentan ligarla con el estrés emocional y algunas infecciones bacterianas o micóticas. También se le relaciona con otros padecimientos como psoriasis, dermatitis seborreica, síndrome de Reiter y atopía.

Características clínicas; Afecta de modo ligero más a mujeres que a hombres; en ocasiones afecta a niños.

Al inicio se caracteriza por la presencia de áreas pequeñas redondas e irregulares de desqueratinización y descamación de las papilas filiformes. Las zonas descamadas son rojas, tienen poca sensibilidad, bordes gruesos y de color blanco o blanco amarillento y a menudo están circinados.

Al observar la lesión durante días o semanas cambia de patrón y parece que se mueve a través del dorso de la lengua ya que cuando una zona cicatriza se extiende a la adyacente. Hay una correlación entre esta lesión y la lengua fisurada. Se desconoce la importancia de esta asociación, aunque los síntomas son más frecuentes cuando está presente la lengua fisurada, quizá por una infección micótica secundaria.

Casi todos los pacientes son asintomáticos; sin embargo, de modo ocasional, presentan irritación o sensibilidad, por lo general cuando consumen especias y bebidas alcohólicas o al fumar. La gravedad de los síntomas varía con el tiempo y a menudo indica la actividad de la lesión, que puede desaparecer por periodos y recurrir sin una razón clara.

El **diagnóstico** se establece con base en la presentación clínica y sólo en raras ocasiones se requiere biopsia para establecer un diagnóstico definitivo.

En los casos dudosos, el diagnóstico diferencial incluirá candidiasis, leucoplasia, liquen plano y lupus eritematoso.

Tratamiento y pronóstico: No se requiere terapéutica específica debido a la naturaleza autolimitada y asintomático de la lesión. Sin embargo, cuando hay síntomas se indica un tratamiento empírico y sintomático.

Puede ser útil la aplicación tópica de esteroides, en especial los que contienen medicamentos antimicóticos. Tranquilizar a los enfermos de que este trastorno es de modo total benigno, esto ayuda a aliviar la ansiedad. ⁶



2.9.4 LENGUA PILOSA

Es una alteración de la superficie dorsal de la lengua. Por lo general es idiopática, aunque se conocen numerosos factores predisponentes, entre los que se incluyen antecedentes de administración de antibióticos de amplio espectro, corticoesteroides parenterales o bien el uso de enjuagues bucales oxigenados y compuestos que contienen peróxido de hidrógeno, perborato de sodio o peróxido de carbamida.

También se presenta en fumadores crónicos y sujetos que sufren radioterapia. Se estima que el factor principal es la disminución de microflora bacteriana que favorece el desarrollo de hongos y bacterias.

La alteración clínica se relaciona con hipertrofia de las papilas filiformes y disminución simultánea de la tasa normal de descamación, lo que produce engrosamiento de la superficie, que atrapa bacterias, hongos, restos celulares y material exógeno.

Los síntomas casi siempre son mínimos, aunque la elongación de las papilas se exagera y hay sensación de cosquilleo.

La historia clínica es útil para identificar un posible factor predisponente como ingestión de antibióticos o uso de enjuagues bucales, ya que cuando se suspenden estos medicamentos desaparecen las lesiones en pocas semanas.

El **tratamiento** es más difícil en pacientes con xerostomía y alteración de la microflora bacteriana por radioterapia.

La lesión es benigna y autolimitada. ⁶

2.9.5 LENGUA FISURADA

Se utilizan diversos términos para describirla: lengua plegada, escrotal o cerebriforme. Algunos autores denominan a las lenguas con fisuras en la línea media "fisuradas", pero en otras "hendidadas" o "lobular".

En estudios se sugiere que es probable que esté determinada genéticamente, aunque la presencia de personas con fisuras aumenta con la edad, igual que el número, ancho y profundidad de las fisuras en los pacientes. ^{4,24}.

La lengua fisurada es una característica de varios síndromes hereditarios (Coffin-Lowry, De Meckel, Melkersson-Rosenthal).⁵

Con frecuencia, las personas con lengua fisurada se quejan de ardor. Por que se piensa que las bacterias y desechos que se retienen en las fisuras contribuyen a las molestias.⁴

Los factores que se relacionan con un aumento de la prevalencia y grado de fisuración lingual con la edad incluyen disminución de la función salival y es posible deficiencia de vitamina B, candidiasis y lesiones liquenoides crónicas.²

2.9.6 GLOSITIS ROMBOIDEA MEDIA

Ocurre por infección crónica de candida albicans, aunque no se conoce con exactitud la función de los hongos en la patología.

Se presenta como una lesión gruesa, romboidea u ovalada, de color rojo que se localiza en la línea media de la porción dorsal de la lengua, en la región anterior a las papilas circunvaladas.

Por lo general es asintomática, aunque en ocasiones causa dolor de poca intensidad.

El **diagnóstico** de la glositis romboidea media, por lo general, es evidente por su aspecto clínico. Ya que en ocasiones se presenta cáncer bucal en este lugar.

El **tratamiento** para la glositis romboidea media, si produce dolor quizá sea necesario un tratamiento sintomático o el uso de tabletas de clotrimazol.

En la glositis romboidea media no hay riesgo de malignización.⁶



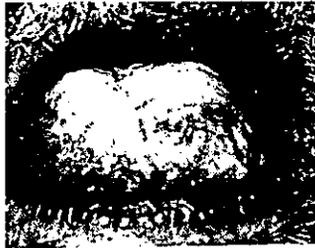
2.9.7 CANDIDIASIS ATRÓFICA

Cuando la forma pseudomembranosa aguda persiste durante algún tiempo, se pierde la pseudomembrana y aparece una lesión generalizada de color rojo, a la que se conoce como candidiasis atrófica aguda en la que pueden observarse parches de despilación y desqueratinización en el dorso de la lengua.

En el pasado, esta forma de candidiasis se denominaba estomatitis antibiótica o glositis antibiótica, por su frecuente relación con tratamiento basado en antibióticos en infecciones agudas. Es importante mencionar que los antibióticos de amplio espectro o la administración simultánea de varios antibióticos de espectro más reducido producen esta infección secundaria con mayor frecuencia que la administración de un solo antibiótico de espectro menos amplio.

En estos casos se produce mejora de la lesión cuando se suspende el medicamento y se instaura una higiene bucal adecuada.

En esta forma atrófica aguda los síntomas bucales son más importantes que en la forma pseudomembranosa aguda a causa del número de erosiones y de la intensidad de la inflamación. ⁶



2.9.8 CANDIDIASIS ATRÓFICA CRÓNICA

A menudo llamada "boca ulcerada" por el uso de dentadura total, es un subgrupo atrófico que se observa con frecuencia. Esta forma particular de candidiasis se presenta en más de 65 % de los individuos geriátricos que utilizan prótesis maxilares completas; la expresión de esta forma de candidiasis depende de la mucosa bucal que se condiciona a estar cubierta por una prótesis.

Es más frecuente en el paladar que en el proceso alveolar mandibular y se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Los factores que contribuyen a que se presente esta enfermedad incluyen el traumatismo crónico de baja intensidad por una prótesis que ajusta mal, la relación oclusal no ideal y el no quitar el dispositivo durante la noche.

La lesión se presenta como una superficie roja, brillante y en ocasiones como de terciopelo o granular que tiene poca queratinización. En los casos graves puede observarse vesículas confluentes y erosiones. ⁶



2.9.9 ERITROPLASIA

El término "eritroplasia" denota una placa roja de la mucosa bucal y no indica un diagnóstico microscópico específico, aunque en la biopsia puede encontrarse displasia grave o carcinoma. Se desconoce la causa de la lesión, pero se supone que intervienen los mismos factores etiológicos del cáncer bucal.

Es posible que el tabaco tenga una función importante en la producción de muchas de estas lesiones. Otros factores que contribuyen o actúan como modificadores etiológicos son el consumo de alcohol, defectos nutricionales e irritación crónica.

La lesión es una placa roja de bordes bien definidos que se localiza en cualquier región de la boca, aunque es más frecuente en el piso de la boca y zona retromolar en algunas lesiones se observan áreas blancas que corresponden a queratosis.

Por lo general afecta a sujetos de 50 a 70 años de edad y al parecer no tiene predilección por algún sexo.

Esta entidad comparte algunas características clínicas con otras lesiones rojas, por lo general en el **diagnóstico diferencial** debe considerarse la candidiasis atrófica, que puede aparecer como una lesión roja, sintomática, la forma macular del sarcoma de Kaposi, las reacciones alérgicas por contacto, las malformaciones vasculares y la psoriasis.

Una historia clínica completa y el examen clínico cuidadoso deben distinguir estas lesiones. El diagnóstico definitivo se obtiene mediante una biopsia. ^{5,6}



2.9.10 ESTOMATITIS

Las reacciones alérgicas bucales a antígenos de administración sistémica, en especial medicamentos, recibe el nombre de **estomatitis medicamentosa** y se caracteriza por inflamación, úlceras y vesículas.

La alergia por contacto depende de una reacción de hipersensibilidad a antígenos tópicos y la llámanos **estomatitis de contacto**. Las lesiones bucales son menos frecuentes, incluso cuando el mismo alérgeno tuvo contacto con la mucosa bucal, la explicación sobre la relativa frecuencia baja de alergia por

contacto de la mucosa bucal incluyen el número bajo de células de Langerhans y la saliva que diluye alérgenos.

La alergia por contacto puede deberse a una amplia variedad de sustancias, que se utilizan para la elaboración de prótesis como dentaduras de cromo y cobalto, coronas de oro, amalgamas dentales así como; pastas dentales, benzocaina y materiales de impresión.

La alergia al acrílico es rara y suele deberse a un monómero libre.

Las manifestaciones bucales más frecuentes en la estomatitis de contacto son: eritema, edema, ulceración en los sitios de contacto, en la mucosa bucal el síntoma más común es ardor y gingivitis de células plasmáticas, que se caracteriza por encías edematosas, eritematosas, generalizadas, acompañadas en ocasiones de queilitis y glositis.⁹

El **diagnóstico** lo realizamos con la prueba de parche es la única que puede utilizarse para diferenciar la alergia de contacto con otras lesiones.

En esta prueba se aplica el supuesto alérgeno en la piel normal sin vello, el mejor sitio es la porción superior de la espalda y se deja en contacto con la piel durante 48 horas. Se quita el parche y de 2 a 4 horas después se examina la piel para observar si hay presencia de eritema.

El **diagnóstico diferencial** lo realizamos con el eritema multiforme o el liquen plano.

El **tratamiento** en lesiones leves basta con eliminar el alérgeno y en pacientes con síntomas más graves se administran corticoesteroides tópicos.⁹



La estomatitis aftosa recurrente es una enfermedad que se caracteriza por úlceras recurrentes limitadas a la mucosa bucales en pacientes sin otros signos de afección, muchos especialistas no la consideran una patología aislada, sino más bien como varios estados patológicos con manifestaciones clínicas con igual similitud.

La estomatitis aftosa recurrente es un síndrome clínico con varias causas posibles. Los principales factores identificados incluyen herencia, alergia, deficiencias hematológicas, anomalías inmunitarias y alteraciones psicológicas.

Las lesiones se limitan a la mucosa bucal y se inician con sensaciones de ardor entre 2 ó 48 horas antes de que aparezca una úlcera, las lesiones son redondeadas, simétricas y superficiales, aunque es frecuente que haya numerosas lesiones, su número, tamaño y frecuencia varía mucho. Se afectan con mayor frecuencia la mucosa vestibular y labial.

El **diagnóstico** lo realizamos por medio del interrogatorio y el examen físico detallado para diferenciarlas de lesiones agudas primarias como la estomatitis viral o lesiones crónicas múltiples como el penfigoide.

Los medicamentos que se prescriban dependerán de la gravedad de los síntomas. La administración de suplementos vitamínicos, benadryl y caopetate, hasta en casos graves la aplicación de corticoesteroides tópicos. ⁹

2.9.11 NEURALGÍA

Se le denomina también dolor facial atípico.

La mayoría de los pacientes que se quejan de dolor en la región bucal tiene una causa física identificable para el dolor y el tratamiento del problema suele ser directo. A pesar de la terapéutica adecuada muchos enfermos tienen dolor persistente, en algunos casos sin anomalías aparentes en la mucosa.

Para tratar con éxito a estos pacientes es necesario considerar una amplia gama de procesos fisiopatológicos que incluyen trastornos traumáticos, infecciosos, neoplásicos, metabólicos, neurógenos, inflamatorios y psiquiátricos. ⁶

2.9.12 REFLUJO ESOFÁGICO

Clinicamente observamos erosiones en el paladar y el aspecto de los dientes sugiere el diagnóstico. El paciente refiere sensaciones de ardor en la mucosa bucal, frecuentemente se presenta el reflujo esofágico en la mañana. ²⁷

2.10 TRATAMIENTO

El Síndrome de Ardor Bucal es considerado multifactorial y por lo tanto cada paciente debe de ser analizado de manera individual, considerando e investigando cada uno de los posibles factores causales para establecer el tratamiento específico. ¹

Drage, informó que en promedio los pacientes habían sido tratados con 4 medicamentos (rango de ninguno a ocho) incluyendo suplementos nutricionales, corticoesteroides, medicamentos psicotrópicos, analgésicos, antibióticos, retinoides, tratamiento de reemplazo hormonal, dapsona e hidroxicloriquina.

Otros tratamientos incluyeron cauterización química, reemplazo dental, remoción de amalgama dental y modificación de la dieta. ³

El tratamiento fue individual y frecuentemente multifacético.

Los tratamientos incluyeron:

- Cuando la causa es la deficiencia nutricional:
En las Deficiencias de **Vitamina B** el tratamiento es la administración de reemplazo.

Benexol-B12 Comprimido (cada comprimido contiene 50 mg de vitamina B1 (tiamina). 250 mg. de vitamina B6 (piridoxina) y 1000 mcg de vitamina B12 (cianocobalamina). Cajas con 30 comprimidos de Roche.

Dosis: uno ó dos comprimidos al día, hasta la corrección de las manifestaciones.

Para la anemia perniciosa la administración intramuscular de Vitamina B12.
Bedoyecta Inyectable.²⁰

- Evitar los principales alérgenos de la Estomatitis de contacto.

- Manejo antimicótico para la **Candidiasis**:

El tratamiento con nistatina que es un antimicótico que se emplea en el tratamiento tópico de las infecciones cutáneas y mucocutáneas producidas por candida (*monilia*) *albicans* y otras especies de candida.²⁰

En los casos en que se relacionan con el uso de prótesis puede emplearse nistatina en crema sobre el tejido y el aparato, para prolongar el contacto y eliminar el hongo del mismo.

Es importante notar que los antimicóticos designados de manera específica para uso bucal contienen cantidades considerables de azúcar, lo que los hace indeseables para el tratamiento de candidiasis en pacientes dentados con xerostomía.

La administración tópica por vía oral al ser líquidos y en concentraciones bajas y/o endulzados, es recomendable que en su lugar se empleen óvulos vaginales, disolviéndolas por 20 ó 30 minutos en la boca, comenzando con 2 ó 3 óvulos al día.^{5,6,20.}

Las prótesis deberán ser retiradas mientras estas tabletas se disuelven y asimismo ser lavadas, desinfectadas y enjuagadas. Para casos más severos se coloca el óvulo entre el proceso y la dentadura.¹¹

En los casos de candidiasis bucal que se asocia con inmunodepresión no son eficaces los agentes tópicos. En este caso es necesaria la administración sistémica de medicamentos como la anfotericina B, ketoconazol o fluconazol. Sin embargo, se debe de tener cuidado ya que el fluconazol y el ketoconazol son hepatotóxicos y pueden deprimir la hematopoyesis.⁶

Micostatin Grageas frasco con 30 grageas y polvo para suspensión de 400 000 a 600 000 UI. Dosis: c/6 Hrs. Durante dos semanas. Squibb.

Nistatina Galen Tabletas cada tableta contiene 500 000 UI, caja con 10 tabletas. Galen.²⁰

Conazol K Tabletas. Cada tableta contiene 200 mg de Ketoconazol. Liomont

Fungosine Tabletas. Cada tableta contiene 200 mg de ketoconazol. Winthrop.

Nizoral Crema. Cada 100 g de crema contienen 2 g de ketoconazol. Janssen

Clotrimazol Es un imidazol con actividad contra varias especies de hongos patógenos, actinomicetos, bacterias grampositivas y ciertos anaerobios. Diversas especies de candida son particularmente susceptibles a su efecto. La administración por vía tópico produce resultados satisfactorios si se encuentran cultivos positivos.²⁰

Canesten Polvo. Cada 100 g de polvo contienen 1.0 g de clotrimazol.

Canesten Crema. Cada 100 g de crema contienen 1.0 g de clotrimazol. Durante 7 a 14 días. BAYER.²⁰

Canesten Comprimidos vaginales. Cada comprimido contiene 100 mg de Clotrimazol. BAYER. ²⁰

La administración de una solución que contenga tetraciclina, nistatina y clorhidrato de difenhidramina (**Benadryl**) puede mejorar los síntomas.

- Uso de Prótesis dentales: Se recomienda rebasar ó cambiar la prótesis y esto puede ayudar a eliminar la irritación crónica.

La terapia se enfoca al control o eliminación de los factores causales potenciales. Los factores que contribuyen a la presencia de dolor bucal en 37 % de los pacientes fueron múltiples, los cuales se abordaron de manera concurrente. ³

- Medicamentos psiquiátricos o terapia para la **Depresión**:

Debe consultarse con el médico tratante la posibilidad de indicar un fármaco alternativo.

Las dosis bajas de antidepresivos tricíclicos como la amoxapina, clorimipramina, desipramina y la imipramina actúan como analgésicos, separando su acción como antidepresivos, no es posible utilizarlos cuando este presente la xerostomía, ya que estos fármacos exacerbaban el problema. Aunque tienen una evaluación incompleta en exámenes clínicos, los inhibidores de la sustancia P (capsaicina) son una alternativa prometedora. ³

La terapia con benzodiacepinas cuyos efectos farmacológicos son esencialmente producto de sus acciones sobre el sistema nervioso central.

Sus efectos farmacológicos más prominentes son sedación, hipnosis, disminución de la ansiedad, relajación muscular y actividad anticonvulsiva.

Actúan como antagonistas del receptor benzodiazepino. La activación del receptor del GABA abre el canal del cloruro y facilita la entrada de iones a través de la membrana, lo que produce hiperpolarización de la membrana post-sináptica, inhibición de las descargas neuronales y, en consecuencia, se reduce la excitabilidad celular. Raras veces produce resequedad en la boca. (Vallium, Alboral, Ortopsiq) ²⁰

Amitriptilina Tryptanol* 25 mg.

Dosis se recomienda al paciente tomar una tableta antes de acostarse durante 7 días, aumentar la dosis de 2 a 3 tabletas y mantener la dosis si es necesario.

Diazepan Vallium* Tabletas de 2 mg.

Tomar 1 tableta cada 12 horas.

Alprazolam Tafil* Tabletas de 0.5 mg.

Tomar una tableta cada 12 horas. La dosis dependerá de la respuesta del paciente. Los efectos colaterales son xerostomía y somnolencia. ²⁰

La prescripción, dosis e indicaciones sólo las podrá realizar un especialista.

Se han recomendado para este tipo de trastornos, su cronicidad y su asociación con enfermedades psiquiátricas y el potencial en el abuso o adicción del medicamento no permite que sean consideradas como una buena elección. ³

La aplicación de esteroides tópicos como betametasona (con o sin antimicóticos) en la zona con mayores molestias también resulta útil.

La lidocaína en solución viscosa alivia de modo temporal el dolor. ^{1,3}

El tratamiento para el **Galvanismo** será la sustitución de la restauración de amalgama, por una obturación no metálica y los síntomas pueden desaparecer.¹⁵

En la **Xerostomía**, el manejo del caso deberá enfocarse a reducir los síntomas y prevenir y disminuir el daño.

Estimulación del flujo salival: cualquier función residual de las glándulas salivales que permanezca puede incrementarse a través de la estimulación del gusto, se recomienda al paciente una dieta que requiera ser masticada como vegetales, frutas y gomas de masticar que provoca una mayor salivación.

Sustitutos de la saliva: Muchos sustitutos de la saliva tienen como base el agua, por lo que no requieren receta médica. Otras preparaciones que tienen como base un gel y contienen mucopolisacáridos permanecen en la boca más tiempo y pueden ser particularmente útiles por las noches, a los pacientes que usan dentaduras o que presentan xerostomía severa. En pacientes con flujo salival leve o moderadamente disminuido sorbos pequeños de agua bebidos con cierta regularidad ayudan al manejo del problema.¹¹

Saliva substitute. Lab. Roxane

Salivor. Gebauer company.

Stopperst (4). Lab. Woodridge Laps Inc.

Recientes estudios han demostrado la efectividad del uso de la savia del nopal como un buen sustituto de la saliva.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

El Síndrome de Ardor Bucal está caracterizado por sensaciones de ardor y dolor en la cavidad oral mostrando clínicamente la mucosa normal, para que se pueda confirmar el diagnóstico la mucosa debe presentarse sin alteraciones y persistir después de un período no menor de seis a ocho semanas.

La mayoría de los casos afectados por el Síndrome de Ardor Bucal son mujeres menopáusicas o posmenopáusicas, aunque también se presenta en hombres y fue observada con mayor frecuencia en adultos-ancianos comparado con pacientes jóvenes.

El tipo de sintomatología que refieren los pacientes es una sensación de quemazón, dolor, sequedad de la mucosa bucal y alteración del gusto; presentan sabor amargo o metálico, dificultad al deglutir, comezón y sed.

Otros síntomas asociados incluyen cefalea, insomnio, letargo, irritabilidad, depresión, náuseas, vómito, alteraciones en la piel, menstruales y gastritis.

El lugar donde con mayor frecuencia se presentan las sensaciones de ardor y dolor es la lengua de ahí el término "glosodinia" y "glosopirosis", sin embargo; puede estar afectado cualquier sitio de la cavidad oral. Seguido por el paladar duro, labios y reborde alveolar.

El Síndrome de Ardor Bucal es considerado multifactorial y se agrupa en tres categorías principalmente: locales, sistémicos y psicológicos.

Entre los factores locales encontramos: el uso de prótesis, infecciones bacterianas y micóticas, hábitos bucales y parafuncionales, alergias, desordenes temporomandibulares, tratamientos dentales, galvanismo, y xerostomía.

De los factores sistémicos más importantes están las deficiencias vitamínicas, la menopausia que es la más frecuente, la diabetes mellitus, artritis reumatoide, síndrome de Sjögren.

Y por último los factores psicológicos como son la depresión, estrés, ansiedad y cancerofobia.

El diagnóstico diferencial lo realizamos con el liquen plano, leucoplasia, glositis migratoria benigna, lengua pilosa, lengua fisurada, glositis romboidea media, candidiasis, eritroplasia, estomatitis, neuralgia y con el reflujo esofágico.

Para establecer el tratamiento se debe de analizar de manera individual a cada paciente considerando e investigando cada posible factor causal.

GLOSARIO

Agnosia: Pérdida de la capacidad para clasificar, comparar o identificar un estímulo gustativo determinado.

Atopia: Predisposición genética a desarrollar reacciones de hipersensibilidad. Las manifestaciones clínicas son rinitis alérgica, asma bronquial, dermatitis atópica y alergia por alimentos.

Augesia: Pérdida total del gusto para todos los estímulos gustativos

Biopsia: Extirpación de una muestra de tejido vivo, para su estudio en el laboratorio.

Candida: Forma clínica de infección por candida albicans que consiste en placas blancas de epitelio descamativo que contiene numerosos micelios, sobre una mucosa eritematosa que se elimina fácilmente.

Depresión: Estado clínico en la cual los pacientes experimentan desdicha, tristeza o melancolía y limitan de manera importante la capacidad funcional de una persona.

Disestesia: Sensación anormal y desagradable, pérdida sensorial consecutiva a una lesión.

Disfunción mioaponeurótica: Atrofia de los nervios sensitivos autónomos periféricos. Es una complicación frecuente en los pacientes diabéticos.

Disgeusia: Deformación o perversión en la percepción de un sabor o la percepción de un sabor en ausencia de cualquier estímulo gustativo reconocido.

Eritematoso: Cambio rojizo de la piel producido por congestión de los capilares, producido por varios factores.

Eritroplasia; Placa roja de la mucosa oral causada frecuentemente por displasia epitelial.

Estomatodinia: Sensación dolorosa en la cavidad oral.

Estomatopirosis: Sensaciones dolorosas y ardorosas que afectan la mucosa bucal.

Exocrinopatías: Patología de las glándulas secretoras. Existen anomalías de las sustancias secretadas al exterior por organismos individuales que afectan la integración de un grupo de organismos.

Glosalgia: Término clínico usado para definir las sensaciones dolorosas en la lengua.

Glosodinia: Sensación dolorosa en la lengua.

Glosopirosis: Sensación sensoriotérmica, que describen como ardorosa en la lengua.

Hipergeusia: Incremento de la sensibilidad para todos los estímulos gustativos.

Hipogeusia: Deterioro de la sensación del gusto o disminución de la sensibilidad para todos los estímulos gustativos.

Leucoplasia: Término clínico usado para designar a aquellos trastornos de la mucosa que dotan a éstas de una coloración más blanca que la normal.

Poliarteritis nodosa: Enfermedad del tejido conjuntivo acompañado de dolor bucofacial crónico.

Psoriasis: Enfermedad cutánea crónica, que raras veces provoca lesiones bucales. Las lesiones bucales son rojas con placas blancas. La etiología es desconocida.

Xerostomía: Resequedad parcial o total en la cavidad oral ocasionada por una disminución del flujo salival.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reyes Macías. Juan Fco. **Síndrome de Boca Ardorosa**. Práctica Odontológica. Vol.17 No.7 1995 p4-6.
2. Roman M. Cibirka, Steven K. Nelson and Lefebvre A. Carol. **Burning mouth syndrome: A review of etiologies**. Journal Prosthet Dent. Jul 1997. 78(1) p93-107.
3. Drage A. Lisa y Rogers S. Roy. **Valoración clínica y evolución de 70 pacientes con molestias de quemadura y dolor en boca**. Práctica Odontológica. Vol. 21 No. 1 1999. p4-11.
4. Shafer G. William. **Tratado de Patología bucal**. Nueva editorial Interamericana S.A. de C.V. México D.F., 1988. p797-798.
5. Lynch A. Malcom. **Medicina bucal de Burket diagnóstico y tratamiento**. Interamericana S.A. de C.V. Sexta edición México D.F. 1987. p114.
6. Regezi Joseph A. **Patología bucal**. Segunda edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. México D.F. 1995. p59, 109-132, 152-154.
7. Pietro de Nicola. **Geriatría**. Editorial el manual moderno S.A. de C.V. México D.F. 1985. p143-144.
8. Coni Nicholas, Davison William. **Geriatría**. Editorial el manual moderno S.A. de C.V. México D.F. 1990. p213-214.
9. Malcom A. Linch, Vernon J. Brightman. **Medicina bucal de Burket diagnóstico y tratamiento**. McGraw-Hill interamericana. Novena edición. México 1996. p23-24, 27-30, 394-410, 738-747.
10. Bernal Baliez Ángel E. **Síndrome de Sjögren**. Federación Odontológica Colombiana. Vol.24 No.3 1998 p48-54.
11. López Rubén y Maupomé Gerardo. **Hipofunción salival**. Práctica Odontológica. Vol.19 No.2 1997 p12-15.

12. Leyva H. Elba Rosa, Ledesma M. Constantino, Pone B. Santa. **Inmunopatología del Síndrome de Sjögren.** *Práctica Odontológica* Vol.17 No.2 1995 p22-27.
13. Lauritano D. Spadari, Formaglio F. Zambelli Artini M, Salvato A. **Azpetti eziopatogenetici, clinico-diagnostici e terapeutici della sindrome della bocca bruciante.** *Minerva Stomal* 1998 17 p239-251.
14. Ejvind Budtz-Jorgensen. **Prosthodontic diagnosis and treatment.** Ed. Quintessence publishing Co, Inc 1999. p29-34, 82-84, 207-209.
15. Barrancos M. Julio. **Operatoria dental.** Editorial médica panamericana 1993. p198.
16. Hollinshead W. Henry. **Anatomía humana.** Tercera edición. Editorial Harla. México 1983. p914-920.
17. Latarjet M. Ruiz, Liard A. **Anatomía humana.** Editorial médica panamericana. Tercera edición. 1996. p1364-1374.
18. Sardella Andrea, Uglietti Daniela, Demarosi Federica, Lodi Giovanni. **Benzydamine hydrochloride oral rinses in management of burning mouth syndrome.** *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol End.* Dec 1999. 88 (6) p683-686.
19. Bergdahl Maud and Bergdahl Jan. **Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors.** *Journal of Oral pathology & Medicine.* Sept 1999. 28 (8) p350-4.
20. Rodríguez C. Rodolfo. **Vademécum académico de medicamentos.** McGraw-Hill interamericana. Tercera edición. México 1999. p55-56, 229-230, 236-237, 263-265, 688-689.
21. Sapp J Philip J. Lewis R. Eversole. **Patología Oral y Maxilofacial contemporánea.** Ed. Harcourt. España 1998. p164, 173, 217, 229, 231, 250, 268, 269, 364.

22. Orban. **Histología y embriología bucales**. Ed. La prensa médica mexicana S.A. de C.V. México 1980. p12-14, 250-252.
23. Lamey P. J. **Burning mouth syndrome**. Dermatol Clin. April 1996. 14(2) p339-354.
24. Van Houdenhove B, Joostens P. **The Burning mouth syndrome**. Gen Hosp Psychiatry. Sep 1995. 62(3) p253-257.
25. Bergdahl Jan. **Burning mouth syndrome: literature review and model for research and management**. J. Oral pathol 1993.22 p433-438.
26. Grushka M. Sessle. **Burning mouth syndrome**. Dental Clinics of North America. January 1999. p171-185.
27. Tourne L. Friction. **Burning mouth syndrome. Critical review and proposed clinical management**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992. 74 p158-167.
28. Dorland. **Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina**. Vigésima octava edición. McGraw-Hill Interamericana. 1997. p192, 720.