

01421
59



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

FACTORES ASOCIADOS A
SÍNDROME DE BOCA DOLOROSA EN UNA
POBLACIÓN DE MUJERES MEXICANAS Y SU
RELACIÓN CON EL CLIMATERIO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A
FÁTIMA YAZMÍN CASTILLO RODRÍGUEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ve Bo
[Firma]

DIRECTORA: MTRA. BEATRIZ C. ALDARE BARRIOS



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2003

A



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.

Agradecimientos:

Gracias a Dios por darme la oportunidad de vivir la culminación de importantes metas como son mis estudios de licenciatura, y por darme todo lo necesario para continuar construyendo muchos más objetivos personales y profesionales.

Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por permitirme ser parte de ella y formarme profesionalmente.

Gracias a la Mtra. Beatriz C. Aldape Barrios, Jefa del Laboratorio de Patología Bucal Clínica y Experimental de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM:

Con respeto y admiración, por haber sido y seguir siendo una base importante en mi formación académica, por compartir conmigo sus conocimientos y por su motivación al abrir e impulsar mis horizontes profesionales.

Gracias a los Drs. B Cruz, R Reyes, D Quezada, R Rubio, A Lucero, C Tetlamatzl y D Carrasco por la orientación que me brindaron en la elaboración de esta tesis.

Gracias al Programa de Alta Exigencia Académica (PAEA) por su apoyo y múltiples oportunidades que me brindó durante la licenciatura, y al Programa de Becas para la Elaboración de Tesis de Licenciatura en Proyectos de Investigación (PROBETEL), por la beca otorgada para la realización de esta tesis.

Gracias a la Universidad, a la Facultad y al Director Mtro. José A. Vela Capdevila, por el apoyo que recibí para la presentación oral del presente estudio en el 32º Congreso Anual de la American Association for Dental Research (AADR), en la ciudad de San Antonio, Texas, el pasado mes de Marzo, 2003.

Gracias a todos mis compañeros del Laboratorio de Patología Bucal, desde mi estancia en el servicio social hasta la fecha, ya que de una u otra forma colaboraron conmigo durante este trabajo.

DEDICO ESTA TESIS CON TODO CARIÑO A:

A mamá y papá por darme la vida: por el amor y la educación, por el esfuerzo y confianza que depositan en mí todos los días, porque siempre han sido mi respaldo y mi más grande apoyo, porque no hay personas en el mundo a quien más pueda admirar como a ustedes.

A mis cuatro abuelitos porque gracias a Dios he tenido la fortuna de hacerlos partícipes de esta meta que es suya también. Gracias por quererme tanto como yo los quiero a ustedes, por la calidad de personas que son, por sus enseñanzas y por todo lo que cada uno representa para mí.

A mi hermano Luis por todo lo que hemos compartido, desde risas a peleas; gracias por ser auténtico y darme sin saberlo, buenas lecciones de vida.

A mi novio Arturo, por ser mi compañía tanto en los buenos como en los malos momentos, y por las metas que hemos logrado alcanzar juntos como personas, como pareja y como profesionales.

A mis amigas por las experiencias imborrables, por la ayuda, el desahogo, el equipo.

A mis tíos y tías; por su cariño y porque siempre han estado al pendiente de mí; a mis primos y primas, porque todos y cada uno son especiales.

ÍNDICE	Página
1. Resumen	1
2. Introducción	2
3. Antecedentes	3
3.1 Síndrome de Boca Dolorosa	3
3.1.1 Conceptos	3
3.1.2 Dolor	3
3.1.3 Sinonimia	4
3.1.4 Epidemiología	4
3.1.5 Signos y síntomas	5
3.1.6 Factores agravantes	6
3.1.7 Factores atenuantes	6
3.1.8 Circunstancias bajo las cuales comienza la sintomatología	7
3.1.9 Medición del ardor bucal	7
3.1.10 Localización del ardor bucal	8
3.1.11 Tipos de SBD	8
3.2 Etiología del SBD	10
3.2.1 Factores locales	10
3.2.1.1 Condición dental y protésica	10
3.2.1.2 Tratamiento dental	11
3.2.1.3 Lengua geográfica	11
3.2.1.4 Reacciones alérgicas	11
3.2.1.5 Hábitos parafuncionales	12
3.2.1.6 Xerostomía	13
3.2.1.7 Mecanismo neural	14
3.2.2 Factores sistémicos	15
3.2.2.1 Anemia ferropénica	15
3.2.2.2 Anemia perniciosa	16
3.2.2.3 Otras deficiencias vitamínicas	16
3.2.2.4 Alteraciones menopáusicas	17
3.2.2.5 Síndrome de Sjögren	18
3.2.2.6 VIH y SIDA	18
3.2.2.7 Diabetes mellitus	19
3.2.2.8 Medicación	19

3.2.3 Factores psicogénicos	22
3.2.3.1 Depresión y ansiedad	22
3.2.3.2 Cáncerofobia	23
3.2.3.3 Evento emocional	23
3.2.3.4 Insomnio	23
3.2.3.5 Personalidad del paciente con SBD	24
3.2.3.6 Identificación del desorden emocional	24
3.3 Diagnóstico	26
3.3.1 Diagnóstico diferencial	26
3.3.1.1 Reflujo esofágico	26
3.3.1.2 Neuroma acústico	27
3.3.1.3 Neuralgia	28
3.3.1.4 Anomalías sensoriales postraumáticas	28
3.3.1.5 Dolor facial atípico	29
3.5 Tratamiento	30
3.5.1 Tratamiento local	30
3.5.2 Capsaicina	32
3.5.3 Nopal	34
3.6 Climaterio	37
3.6.1 Generalidades	37
3.6.2 Premenopausia	38
3.6.3 Estrógenos	39
3.6.3.1 Fuente	39
3.6.3.2 Concentración	39
3.6.3.3 Efectos	39
3.6.4 Signos y síntomas de la premenopausia	40
3.6.4.1 Ciclos menstruales irregulares	40
3.6.4.2 Bochornos	40
3.6.4.3 Sudoración profusa	40
3.6.5 Diagnóstico de menopausia	41
3.6.6 Posmenopausia	41
3.6.7 Signos y síntomas de la posmenopausia	42
3.6.7.1 Efectos psico-socio-culturales	42
3.6.7.2 Efectos por la disminución de estrógenos	43
3.6.8 Generalidades de la terapia hormonal de reemplazo	44
3.6.9 THR y SBD	45

3.6.10 Tipos de estrógenos	46
3.6.11 Vía de administración	47
3.6.12 Esquema de tratamiento	48
4. Planteamiento del problema	49
5. Justificación del estudio	50
6. Objetivo general	51
7. Objetivos específicos	51
8. Hipótesis	51
9. Material y métodos	52
9.1 Tipo de estudio	52
9.2 Universo de estudio	52
9.3 Población de estudio	52
9.4 Tamaño de la muestra	52
9.5 Criterios de inclusión	52
9.6 Criterios de exclusión	53
9.7 Variable dependiente	53
9.8 Variables independientes	53
9.9 Recolección de la información	55
10. Resultados	57
11. Discusión	63
12. Conclusiones	65
13. Glosario	66
14. Referencias	76
15. Anexos	80

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE DE GRÁFICAS

		Página
1	Universo de estudio	57
2	Nivel del dolor	62

ÍNDICE DE TABLAS

1	Tipo de SBD	57
2	Datos demográficos	58
3	Dolor bucal y menopausia	58
4	Localización del dolor	59
5	Circunstancias bajo las cuales comienza la sintomatología	59
6	Factores locales, sistémicos y psicogénicos	60
7	Tipo de fármaco	61

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Muchos estudios han demostrado la etiología multifactorial del Síndrome de Boca Dolorosa (SBD), sin embargo, ninguna investigación sobre este tema se había hecho antes en nuestro país.

El objetivo de este estudio fue identificar los factores asociados a SBD presentes en una población de mujeres mexicanas, para poder así obtener un diagnóstico acertado con el que sea posible brindar un mejor tratamiento a este padecimiento.

De un total de 833 pacientes que acudieron al Laboratorio de Patología Bucal Clínica y Experimental de la División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPEI) de la Facultad de Odontología de la UNAM, de enero del 2001 a diciembre del 2002, 13 sujetos (11 mujeres y 2 hombres) fueron diagnosticados con SBD. En el estudio se incluyeron a las 11 pacientes de género femenino, de 51 a 83 años de edad, en quienes se llevó a cabo una historia clínica detallada para pacientes con SBD, además de la exploración bucal y estudios de laboratorio, incluyendo niveles estrogénicos en sangre. Se estudiaron e identificaron los factores locales, sistémicos y psicogénicos en cada una de ellas. Se hicieron las remisiones correspondientes y se aplicó un tratamiento alternativo con infusión de nopal y capsaicina.

Los resultados muestran que el 90.9% de las pacientes se encuentran bajo depresión y ansiedad, además de otros trastornos emocionales como acentuados problemas intrafamiliares. En nueve de las pacientes (81.8%) se observó xerostomía, presencia de polimedición y uso de fármacos predisponentes de xerostomía. Se encontró una condición buco-dental pobre en ocho de ellas (72.7%), en la que los bordes cortantes, restauraciones o prótesis desajustadas causan un traumatismo crónico en la mucosa bucal. Se obtuvo también la cuantificación de estrógenos en sangre en siete pacientes, de las cuales seis (85.7%) presentan déficit estrogénico (10-50 pg/ml).

Se concluyó que de todos los factores asociados a SBD, el psicogénico fue el más frecuentemente encontrado en esta población, seguido por xerostomía y factores locales irritantes. Esto es debido probablemente a aspectos socio-económicos y culturales propios de la mujer mexicana, los cuales se suman a las alteraciones posmenopáusicas por déficit estrogénico y factores propios de la edad, provocando desorden emocional y falta de atención médica y buco-dental.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Boca Dolorosa (SBD) es una entidad patológica caracterizada por una sensación de ardor bucal en una mucosa clínicamente sana, y cuya etiología permanece incierta. Sin embargo, diversos son los factores de riesgo que están asociados a ella, y de los cuales se tiene conocimiento gracias a una variedad de estudios realizados con anterioridad.

El propósito de este estudio fue que tales factores se identificaran en un grupo de mujeres mexicanas diagnosticadas con SBD, y de esta manera poder hacer comparaciones con resultados de otros estudios.

En este estudio se explicó la fisiología del climaterio: perimenopausia, menopausia y posmenopausia, así como el papel que juegan en la sintomatología de ardor bucal, tanto en el aspecto físico como en el psicológico.

Se determinaron los factores asociados presentes en las pacientes que acudieron al Laboratorio de Patología Bucal en un periodo de dos años, encontrándose como predominantes la depresión y la ansiedad dentro de los factores psicogénicos. También se reporta la presencia de factores locales como la xerostomía y de factores sistémicos como la polimedicación y los fármacos predisponentes de xerostomía. No es posible establecer relación entre la sintomatología del SBD y la deficiencia estrogénica, sino que más bien este último es, como refiere la literatura, el principal desencadenante de los trastornos del climaterio, y entre ellos, el desorden psicogénico.

Se confirma que el SBD es una condición multifactorial que requiere de la identificación precisa de dichos factores, para lo cual es necesaria la utilización de una historia clínica especial para pacientes con este trastorno. Se requiere también de una atención multidisciplinaria, incluyendo áreas odontológicas y médicas, así como de la colaboración y recursos económicos del paciente. Sin embargo, no se lleva a cabo una adecuada identificación de los factores de riesgo y por lo tanto falla el diagnóstico y el tratamiento; desafortunadamente en nuestro país, en los casos en los que sí es posible conseguir lo anterior, los tratamientos integrales se ven interrumpidos principalmente por razones económicas.

ANTECEDENTES

SÍNDROME DE BOCA DOLOROSA

CONCEPTOS

Un síndrome, por definición, se caracteriza por un agregado de signos y síntomas que muestran el cuadro clínico de una enfermedad, y el dolor se define como una experiencia emocional y sensorial desagradable provocada por la estimulación perjudicial de las terminaciones nerviosas sensitivas, asociada al daño de un tejido y que posee valor diagnóstico en muchos trastornos y enfermedades.¹⁻³

Los términos de Síndrome de Boca Dolorosa (SBD) o Síndrome de Boca Ardorosa (SBA) son los nombres más adecuados para definir la condición caracterizada por sensaciones quemantes y dolorosas en una cavidad bucal con mucosa clínicamente normal.^{1,4,5}

DOLOR

El dolor, al ser un mecanismo que resulta de un daño o lesión, alerta al individuo para que intente eliminar o disminuir el estímulo que lo provoca. Se divide en dos clases principales: el dolor rápido o agudo y el dolor lento o crónico. El dolor rápido se percibe alrededor de 0.1 segundos inmediatamente después de aplicar un estímulo doloroso (ya sea mecánico, térmico o químico), mientras que el dolor lento tarda en aparecer 1 segundo o más aumentando de intensidad paulatinamente. Este último tipo de dolor es el que aparece en el SBD.²

Todos los receptores del dolor son terminaciones nerviosas libres; en cavidad bucal la tercera rama del nervio trigémino es la encargada de la transmisión del estímulo doloroso hacia el sistema nervioso central.^{2,6}

Los nervios periféricos conducen el dolor hasta la médula espinal por medio de fibras de tipo A δ (dolor agudo) y fibras tipo C (dolor crónico). Después de penetrar en la médula espinal por las raíces dorsales, las fibras del dolor hacen sinapsis con las neuronas de las astas dorsales. Se cree que la sustancia P es el neurotransmisor de las fibras tipo C para la

conducción del dolor crónico. En este punto los impulsos dolorosos siguen dos vías para llegar al encéfalo: la vía neoespinotalámica y la vía paleoespinotalámica. Esta última es la encargada de transmitir el dolor crónico hasta el tronco encefálico y al tálamo, donde se distingue la calidad del dolor. El dolor crónico es localizable en una zona del cuerpo, como los dedos o la lengua, pero no en un punto concreto de los dedos o la lengua, a diferencia del dolor agudo.^{2,6}

SINONIMIA

Muchos autores han empleado sinónimos de SBD como boca ardiente, estomatodinia, estomatoprosis, disestesia bucal, glosodinia y glosoprosis sin embargo esto conlleva a confusión, ya que para algunos es indiferente la presencia de lesiones intrabucales, además de que por definición todos y cada uno de estos términos son diferentes. El problema en la variada terminología conduce a falta de criterio diagnóstico de una condición que ha sido descrita por su sintomatología en lugar de su etiología.⁷⁻¹¹

Debido a lo anterior en este estudio consideramos que el hablar de boca ardiente, estomatodinia y demás sinónimos de SBD erróneamente empleados, es para referirse a la sensación de ardor y/o dolor en la cavidad bucal o en alguna parte de ella. La diferencia que existe con el SBD consiste además en encontrar una mucosa bucal normal que no se acompañe de signos clínicos durante la exploración bucal.^{5,13}

El síndrome de boca dolorosa o síndrome de boca ardorosa es un término general que engloba diferentes condiciones. Cuando el ardor bucal acompaña una enfermedad bien definida como liquen plano o estomatitis protésica, éste debe ser considerado como un síntoma. Cuando no existe signo de patología bucal el ardor bucal es más que un síntoma.⁹

EPIDEMIOLOGÍA

Los datos de prevalencia de SBD publicados con los que contamos hoy en día, provienen de estudios realizados en países desarrollados, siendo por ejemplo, del 2.6% en Gran Bretaña y 3.7% en Suecia, ambas cifras pertenecientes a la población caucásica en general. Al hablar de la población que visita un centro de salud bucal, el porcentaje se hace mayor; en Argentina se encontró una prevalencia del 13%.^{5,14,15}

El SBD afecta más frecuentemente a mujeres que a hombres, con una razón de 3:1 según Basker RM y del 4:1 según Grushka M. Lamey PJ y Lewis MAO reportan una razón de 7:1, con la desventaja de que no excluyen lesiones bucales. La prevalencia en mujeres varía del 4.2% al 5.5% mientras que en hombres es del 0.8% al 1.6%.^{5,13,14,17}

Se presenta en sujetos de edad media y avanzada, sin haberse reportado hasta la fecha ningún caso en niños. 57, 60 y 62 años es la edad promedio de aparición según Hakeberg M, Grushka M y Woda A, respectivamente.^{9,13,16,17}

El promedio de la duración del dolor es de 4.6 a 6.4 años. El rango del dolor varía de 3 meses a 16 años, según Woda A y de 6 a 18 años según Cecotti EL.^{7,9,15}

Lamey PJ y Lewis MAO encontraron que el 14% de las mujeres posmenopáusicas se quejan de sintomatología bucal de ardor. Sin embargo las pacientes no fueron examinadas para poder descartar lesiones causantes de esa sintomatología.¹⁸

Grushka M encontró que en los sujetos con SBD la sintomatología es más severa que en los sujetos control; hubo una prevalencia mayor de xerostomía, alteraciones de sueño y percepción del sabor, cefaleas, problemas de salud, intensidad del dolor y síntomas menopáusicos. Encontró que mientras más hijos tienen las pacientes, la probabilidad de padecer SBD se incrementa.¹³

En países como los Estados Unidos, el 70% de las mujeres visitan al médico por razones de protección. El 93% acuden a consulta dental al menos una vez al año. El 80% tienen cepillado mínimo dos veces al día; situaciones muy diferentes a las que podríamos encontrar en nuestro país.¹⁸

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Los signos de SBD se describen fácilmente, ya que la mucosa bucal es sana en su totalidad, pudiéndose encontrar variaciones de lo normal tales como lengua fisurada, melanosis racial, vrices linguales, línea alba, etc.

Los pacientes con SBD describen sus síntomas como una "sensación quemante" en boca que pueden variar de ligeros a severos, y de localizados a generalizados.^{1,4}

Los pacientes reportan otras molestias de la región orofacial o de alguna otra parte del cuerpo aparte del ardor bucal, así como sintomatología psicogénica.⁴

Dentro de sintomatología de la región orofacial asociada comúnmente se puede encontrar disgeusia, disfagia, sequedad bucal, alteraciones de la articulación temporomandibular y cefalea tensional. Se creía que la percepción de tamaños en cavidad bucal se encontraba alterada en el SBD, sin embargo esto fue revocado por Lamey PJ y Hobson RS, quienes encuentran que suele sobreestimarse el tamaño de objetos menores de 10 mm de diámetro, y no así los de mayor tamaño.^{9,13, 19, 20}

En cuanto al dolor en otras partes del cuerpo, se pueden encontrar síntomas como dolor de espalda, mialgia difusa, ardor y sequedad vaginal, entre otros.⁹

Algunos de los síntomas psicogénicos asociados incluyen alteraciones del sueño, concentración disminuida, letargia, libido disminuido y cambios en el carácter, como irritabilidad, depresión y deseo disminuido de socializar.¹³

Lo anterior ha sido motivo de controversia, ya que no se ha demostrado si estos aspectos psicogénicos son una causa o un efecto de SBD. En este estudio se incluyen como sintomatología de SBD ya que son eventos experimentados y referidos por el paciente, pero se explicarán más adelante en factores etiológicos.

FACTORES AGRAVANTES

Existen factores que ocasionalmente pueden incrementar la sintomatología de SBD en algunos pacientes, siendo éstos principalmente el estrés y la tensión nerviosa, así como el aumento de temperatura dentro de la cavidad bucal. También se han reportado como agravantes del dolor la ingesta de alimentos muy condimentados y/o calientes además de la masticación y el habla.^{9,13}

FACTORES ATENUANTES

Por el otro lado, existen también factores que provocan que el dolor en algunos pacientes decaiga, como son el hecho de distraerse u ocuparse en una actividad de interés que llame su atención, dormir o también ingerir alimentos o bebidas frías.^{9,13}

CIRCUNSTANCIAS BAJO LAS CUALES COMIENZA LA SINTOMATOLOGÍA

El comienzo del dolor y/o ardor en boca puede coincidir con algún suceso traumático en la vida del paciente, tanto en el aspecto emocional como físico.

Grushka M reporta en su estudio que el 43% de los pacientes relacionaron el comienzo del ardor bucal a algún evento, ya sea procedimiento dental o enfermedad previa.¹³

Es común encontrar una historia de conflicto pasado que involucran situaciones psicogénicas que causaron mella en la vida del paciente. Los resultados en el estudio de Woda A indican que el ardor bucal en el 72% de sus pacientes se relaciona a un evento profundamente estresante, como la muerte de un pariente cercano o el comienzo rápido de una enfermedad psicológica o física. En otros estudios se ha encontrado que en el 33 al 55% de los pacientes los eventos dolorosos en la vida son factores productores de dolor bucal.⁹

MEDICIÓN DEL ARDOR BUCAL

Es importante poder cuantificar la intensidad del ardor y dolor con el que llega el paciente a su primer consulta para conocer su grado de malestar, así como igualmente importante es el cuantificar esta intensidad en las siguientes visitas, para poder llevar de esta manera un seguimiento de la evolución del dolor.²¹

La sensación quemante y dolorosa del SBD se cuantifica comúnmente por medio de escalas como la "Visual Analogue Scale" (VAS), en la que se pide al paciente calificar la intensidad del dolor bucal en un rango del 0 al 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es un dolor extremo. Trombelli L evalúa la severidad del dolor en sus pacientes con la Visual Linear Analogue Scale (VLAS), en la que el rango es de 0 a 100 mm, con la misma base de la visual análoga.^{21,22}

En pacientes suecos se ha usado la escala visual análoga, obteniéndose en un estudio 3.8 y en otro 4.6 como resultado. También se ha hecho en pacientes franceses con un promedio de 6.2 con VAS, y de 51 mm con VLAS en pacientes Italianos.^{5,9,17,22}

Existen escalas útiles para identificar y medir las alteraciones psicogénicas, escalas que no deben confundirse con la visual análoga y que se abordarán más adelante en factores psicogénicos. Cabe mencionar que con ayuda de la escala visual análoga se han cuantificado otros tipos de dolor, y entre ellos se ha encontrado que la intensidad del ardor del SBD es comparable a la intensidad del dolor de una pulpitis irreversible, comúnmente conocida como "dolor de muela".^{13,23}

LOCALIZACIÓN DEL ARDOR BUCAL

El ardor puede ocurrir en muchos sitios dentro de la cavidad bucal, ya sea con carácter localizado o generalizado. El sitio más comúnmente afectado es la lengua, principalmente la punta y los dos tercios anteriores con variaciones de un 50% a un 78%. Además de ser la lengua la más comúnmente afectada, lo puede ser sola o con múltiples sitios bucales involucrados.^{9,12-14,16,24,25}

Los lugares que le siguen en orden descendente son el paladar duro, labios, procesos alveolares y mucosa bucal. Con menor frecuencia se encuentra el piso de boca, paladar blando y garganta.^{13,14,16,24,25}

Con mucha frecuencia más de un sitio es afectado, presentando también una localización bilateral. La distribución de la sintomatología puede dar una pista de los posibles factores etiológicos locales; por ejemplo, la afectación de la punta y bordes laterales de la lengua, sugiere un hábito de empuje lingual, mientras que los síntomas en el dorso sugieren una etiología postural, posiblemente por mantener en su lugar una prótesis no retentiva.¹⁶

TIPOS DE SBD

La percepción de la sensación quemante que caracteriza al SBD puede variar durante el (los) día(s), cayendo así dentro de tres categorías conocidas como SBD tipo I, II Y III.¹⁶

El SBD tipo I y II son los más frecuentes, siendo para Grushka M de mayor prevalencia el tipo I y para Woda A el tipo II. En ambos tipos el dolor esta presente todos los días, mientras que en tipo III, el dolor tiene un carácter intermitente.^{9,13}

En el SBD tipo I el paciente no sufre ninguna sintomatología al despertarse en las mañanas, pero la sensación ardorosa comienza progresivamente y se acentúa conforme pasa el día, hasta exacerbarse por la tarde.¹⁶

Cuando la sintomatología está presente al despertarse y permanece constante durante todo el día sin variaciones se habla de un SBD tipo II.¹⁶

En el tipo III existen días enteros en que desaparece el ardor. El ardor en este tipo de SBD se localiza en lugares poco comunes, como el piso de boca y la garganta. En estos pacientes se ha encontrado que su sintomatología se debe muy probablemente a reacciones alérgicas, ya sean a materiales dentales o aditivos alimenticios.^{16,26}

ETIOLOGÍA DEL SBD

El SBD tiene una etiología compleja considerada como multifactorial, por lo cual los factores etiológicos se agrupan en tres categorías: factores locales, sistémicos y psicogénicos. Los factores locales incluyen factores etiológicos que se encuentran en el sistema estomatognático, mientras que los segundos comprenden los trastornos sistémicos que pueden causar SBD. Los factores psicogénicos describen diferentes estados mentales que se creen causales de SBD.^{1,4}

FACTORES LOCALES

Los factores locales asociados a SBD incluyen, aunque no se limitan a, condición dental y protésica, tratamiento dental, lengua geográfica, alergias, hábitos parafunciones del sistema estomatognático, xerostomía, y mecanismo neural.^{1,12}

Las invasiones fúngicas han sido consideradas como factores etiológicos de SBD, sin embargo, para hablar de SBD la mucosa bucal debe estar libre de lesión.

CONDICIÓN DENTAL Y PROTÉSICA

Se han reportado varios problemas dentales como factores etiológicos locales, siendo éstos la irritación mecánica que provocan los bordes cortantes, restauraciones o prótesis desajustadas por error en su diseño o desgaste, que traumatizan de manera crónica a la mucosa bucal.^{19,24,27}

Main DM y Basker RM encontraron que en aproximadamente 50% de los pacientes, el estado dental fue el principal factor causal de SBD. Se descubrió una fuerte asociación entre sintomatología bucal y el uso de prótesis dental, así como también se identificaron los sitios sintomáticos, los cuales eran los que soportaban las reconstrucciones protésicas.²⁴

Tourne L en su estudio reúne resultados de otros autores que encuentran también una relación directa entre el uso de prótesis y ardor bucal sin anomalías clínicamente detectables.¹²

A pesar de las anteriores evidencias, algunos autores que han reunido literatura sobre la etiología de SBD, indican que en otros estudios no ha sido posible implicar al estado dental y protésico como agente etiológico de este padecimiento.^{1,4}

TRATAMIENTO DENTAL

Como se indicó anteriormente, en algunos casos el paciente puede referir que el comienzo de su sintomatología bucal inició a causa de un tratamiento dental previo, en el cual pudo haberse provocado algún traumatismo directamente en la mucosa bucal o indirectamente por medio de materiales de cementación, antisépticos o de reconstrucción.

Aunque poco se ha reportado sobre este aspecto, debe tomarse en cuenta al momento de llevar a cabo la historia clínica.^{1,4}

LENGUA GEOGRÁFICA

La lengua geográfica o glositis migratoria benigna, siempre y cuando sea considerada como variación de lo normal, se incluye como factor etiológico local de SBD. Se presenta más en mujeres que en hombres y se caracteriza por múltiples zonas hiperémicas, eritematosas, y cambiantes en el dorso de la lengua, rodeados por márgenes elevados amarillos o blancos.¹²

Las zonas eritematosas presentan atrofia de papilas filiformes y por lo general son asintomáticas, aunque puede presentarse una sensación ardorosa y sensible a alimentos calientes y condimentados. Esta condición puede ser agravada por períodos de estrés. No hay tratamiento específico, pero se debe tranquilizar al paciente sobre su naturaleza benigna. Gorsky M encuentra en su estudio que el 15% de sus pacientes con SBD tuvieron lengua geográfica.^{25,28}

REACCIONES ALÉRGICAS

La lista de agentes reportados causantes de reacciones alérgicas de contacto en cavidad bucal es numerosa. Entre ellos figuran alimentos, aditivos alimenticios (como saborizantes artificiales a base de canela), goma de mascar, dulces, dentífricos, enjuagues bucales, materiales de hule y látex, anestésicos tópicos, metales restaurativos, materiales acrílicos y materiales de impresión.^{1,12}

Las reacciones alérgicas en cavidad bucal pueden ser agudas o crónicas. Ambos casos ocurren más en mujeres. La sensación ardorosa es más intensa en las reacciones alérgicas agudas, en las cuales la mucosa afectada varía de un ligero eritema a una lesión roja brillante con o sin edema, vesículas o ulceraciones. El contacto temporal con el alérgeno y la reacción resultante da su diagnóstico. En los casos crónicos, la mucosa afectada está en contacto con el agente causal, siendo eritematosa o blanca e hiperqueratinizada. Esto, junto con una historia de alergia previa, un estado bucal saludable sin problemas periodontales y pruebas de parche positivas en piel y mucosa dan el diagnóstico.²⁸

Se han reportado reacciones mucosas alérgicas en el desarrollo de SBD, principalmente con la exposición crónica a ciertos materiales dentales como el monómero de metil metacrilato del acrílico dental y el mercurio de las amalgamas, donde la reacción alérgica se manifiesta como una sensación quemante en el área de contacto del material con la membrana mucosa, por lo que es importante hacer un examen clínico detallado de la mucosa bucal y observar su correlación con las restauraciones y/o prótesis adyacentes.^{1,12,27,28}

En la literatura se han reportado también reacciones alérgicas locales raras que se manifiestan con ardor bucal, como la hipersensibilidad a algunos componentes del cacahuate y del crisantemo en los insecticidas. Este último caso se dio por un descuido en el uso del aerosol, que provocó todo el cuadro clínico de SBD.^{29,30}

HÁBITOS PARAFUNCIONALES

Los hábitos parafuncionales del sistema estomatognático son factores causales frecuentes en pacientes con SBD, presentes en el 20% de ellos.^{1,4,18}

Difícil es detectar la presencia de un hábito parafuncional, ya que para los pacientes por lo general pasa desapercibido un hábito de lengua o labio o incluso bruxismo. Sin embargo, al observar el comportamiento del paciente es posible detectar algún hábito cuando habla o cuando nos está escuchando. El examen del estado, posición dental y prótesis, puede mostrar evidencia de un desgaste oclusal anormal. También es posible encontrar signos clínicos consecuencia de hábitos de lengua o labio.¹⁸

Lamey PJ y Lamb AB han descrito que los labios son afectados frecuentemente por actividad parafuncional en el SBD, al succionarlos, chuparlos o presionarlos.^{1,12}

Basker RM encontró que la restricción del espacio lingual dentro de la cavidad bucal, puede funcionar como gatillo de una actividad parafuncional de la lengua, lo que origina fricción de la mucosa y la sintomatología consecuente.¹²

Paterson AJ descubrió actividades parafuncionales como bruxismo, que resultaron en desgaste dental y protésico en el 61% de sus pacientes con SBD.¹

Durante el estrés, este tipo de pacientes exhiben períodos más prolongados de actividad muscular, que se refleja como hábitos parafuncionales.¹²

XEROSTOMÍA

La reducción en la secreción salival ha sido ampliamente estudiada en la etiología de SBD, y ha sido el principal agente causal en algunos estudios.^{7,14,25,31,32}

Durante el examen clínico la saliva se encuentra disminuida y tiene una apariencia espesa y espumosa, la lengua puede estar depapilada y con frecuencia los instrumentos de exploración se adhieren a las superficies mucosas. El paciente puede quejarse de dificultad para masticar y tragar, además son más propensos a la caries y candidiasis bucal. Sin embargo es posible encontrar que la sequedad bucal es subjetiva y que esté asociada a un problema psicológico, como hicieron Bergdahl M y Bergdahl J con sus pacientes con SBD, por lo que es importante diferenciar entre sequedad real y percibida.^{5,28}

En condiciones normales, el flujo salival no estimulado es de 0.3 a 0.4 ml/min. El flujo salival estimulado es de 1 a 2 ml/min. Si existen valores menores a 0.1 ml/min y a 0.5 ml/min respectivamente, se consideran anormales. Aproximadamente el 34% de los pacientes con SBD sufren de sequedad bucal, con índices de flujo salival anormales.^{4,33}

La xerostomía podría ser una causa primaria de SBD, sin embargo ésta puede ocurrir como efecto secundario de enfermedades sistémicas, agentes farmacoterapéuticos y radioterapia. Las alteraciones sistémicas que pueden producir xerostomía son síndrome de Sjögren, diabetes mellitus, hipertensión e infección por VIH, entre otros. La xerostomía en los adultos mayores se debe principalmente a los agentes farmacoterapéuticos a los que se someten, siendo predisponente de SBD en el 8% de los casos. Una vasta cantidad de fármacos causan xerostomía como son algunos antihipertensivos, sedantes e hipnóticos, antihistamínicos, anticolinérgicos y antidepressores, los cuales se abordarán más adelante en

factores etiológicos sistémicos. Así mismo se tiene conocimiento de que no sólo drogas específicas provocan xerostomía, sino también el número de drogas que utilice el paciente, independientemente de que sean xerogénicas o no.^{4,12,19,28}

Grushka M en uno de sus estudios ofrece estadísticas de las características clínicas de SBD, entre las cuales revoca el argumento de causa-efecto con xerostomía, ya que se encontró que ésta ocurre usualmente después de haberse establecido el SBD. Debido a lo anterior y a todas las implicaciones hechas, el papel de la sequedad bucal en el origen del SBD continúa siendo controversial.^{13,19}

MECANISMO NEURAL

La sintomatología de SBD puede reflejar una condición neuropática que posiblemente involucra el sistema nervioso central o periférico, o ambos. Es por esto que el uso de anestésico tópico en la región orofacial ardorosa no interrumpe la sintomatología en algunos casos, lo que sugiere anomalías nerviosas centrales.^{1,19}

En cuanto a las alteraciones nerviosas periféricas, el ardor constante del SBD puede indicar un flujo tónico constante desde los aferentes primarios nociceptivos hacia el cerebro. El daño nervioso que resulta de un traumatismo bucal, facial o sistémico podría ser la causa de la sintomatología del SBD. Sin embargo, ningún estudio a la fecha ha podido comprobar lo anterior.^{1,19}

Lauritano D llevó a cabo un estudio con la hipótesis de que el SBD se origina por medio de una neuropatía periférica de pequeño diámetro combinada con una lesión atrófica mucosa, encontrando polineuropatía subclínica en el 50% de los pacientes, pérdida de la función de fibras nerviosas en el 50% y atrofia moderada en el 70%. No es posible establecer criterios ciertos a raíz de esto, y sí falta mucho por investigar sobre esta presunta etiología.³⁴

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES SISTÉMICOS

Se ha demostrado que los factores sistémicos influyen la prevalencia y severidad de los síntomas de SBD experimentados por los pacientes. Se han implicado como productores de sintomatología de SBD ciertas enfermedades deficitarias, algunos disturbios inmunológicos y hormonales y efectos adversos farmacoterapéuticos.¹

ANEMIA FERROPÉNICA

Se cree que las deficiencias hematológicas son factores de riesgo de SBD en tan pocos pacientes como el 2% y en muchos como el 58%. Tourne L menciona que la anemia por deficiencia de hierro ha sido descrita como etiológicamente importante en porcentajes del 5 al 53% en poblaciones de SBD. Cibirka R reporta que en algunos estudios, la anemia por deficiencia de hierro fue la enfermedad productora de SBD más frecuentemente diagnosticada.^{1,12}

La deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia en todo el mundo. Esta forma de anemia se desarrolla cuando la cantidad de hierro disponible no puede ir al mismo paso que la cantidad de hierro requerido. En la población adulta se considera que las causas posibles son la pérdida crónica de sangre, como la pérdida gastrointestinal de sangre y hemorragias crónicas, así como también una absorción de hierro disminuida como ocurre en la gastrectomía.^{12,28}

El cuadro clínico puede consistir en glosodinia, glosopirosis, lengua lisa y roja por atrofia de papilas filii y fungiformes (rara vez observándose síndrome de Plummer-Vinson), y palidez color limón de la mucosa bucal. La anemia causa síntomas generales de fatiga, mareos, debilidad, falta o acortamiento de aliento, cefaleas y palpitaciones. Los exámenes de laboratorio muestran glóbulos rojos hipocrómicos microcíticos, además de un número reducido de eritrocitos. Se observa volumen corpuscular medio bajo, nivel de hemoglobina baja, nivel sérico de hierro disminuido y nivel de ferritina bajo.^{12,28}

Deben ser identificadas las causas de la anemia. La terapia de reemplazo de hierro con sulfato ferroso (Homobion) por vía oral es efectiva, sin embargo, en pacientes con absorción deficiente el hierro debe ser administrado parenteralmente.²⁸

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEMIA PERNICIOSA

La prevalencia de anemia perniciosa o deficiencia de vitamina B₁₂ (cianocobalamina) en pacientes con SBD oscila entre 1.8% y 8%. La vitamina B₁₂ participa en la formación de sangre y en la función nerviosa. Sus valores de referencia van de 200 a 600 pg/ml. Su deficiencia puede ser debida a defectos dietarios, mala absorción intestinal o anomalías gástricas. La secreción del factor gástrico intrínseco es inadecuada o ausente, el cual es una sustancia necesaria para la absorción normal de vitamina B₁₂ en el tracto gastrointestinal, produciendo anemia perniciosa.¹²

Los síntomas del déficit son debilidad extrema, fiebre, palidez, pérdida de peso, nerviosismo, entumecimiento y hormigueo en manos y pies, mala coordinación muscular y trastornos de la menstruación. En cavidad bucal el 50% de los pacientes puede presentar lengua lisa, roja y depapilada debida a la pérdida de las papilas filiformes; además el paciente reporta tener ardor y dolor bucal.^{3,28}

El diagnóstico se hace por cambios histológicos en las células rojas descritos como anemia megaloblástica, niveles séricos bajos de vitamina B₁₂, volumen corpuscular medio elevado y aclorhidria.¹²

Una vez que se establece su diagnóstico el tratamiento consiste en administraciones intramusculares mensuales de cianocobalamina. La condición responde rápidamente y las manifestaciones bucales desaparecen en cinco días.²⁸

OTRAS DEFICIENCIAS VITAMÍNICAS

Se han relacionado otras deficiencias vitamínicas con la sintomatología del SBD, como la deficiencia de vitamina B₁, B₂ y B₆ y ácido fólico. Se ha encontrado que desde 7.5% hasta 28.5% de los pacientes con SBD son deficientes en estas vitaminas, ya sean solas o combinadas. Clínicamente pueden existir cambios mucosos en la lengua y sensación ardorosa, similar a lo que ocurre en la deficiencia de vitamina B₁₂. Puede ser causada por deficiencia nutricional o mala absorción de estas vitaminas.¹²

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La vitamina B₁ o tiamina actúa como coenzima para diversas reacciones metabólicas y se piensa que mantiene el correcto funcionamiento neuronal. Se encuentra en muchas fuentes alimenticias vegetales y animales.²⁶

La vitamina B₂ o riboflavina es necesaria para las reacciones de óxido-reducción. Los alimentos que contienen cantidades significativas de riboflavina son la leche, verduras, carne, pescado y huevo. La deficiencia de esta vitamina causa principalmente alteraciones bucales, como glosodinia, queilitis angular y eritema de la mucosa bucal.²⁶

La vitamina B₆ o piridoxina participa en la síntesis de aminoácidos y se le encuentra en muchos productos animales y vegetales. Es poco común su deficiencia debido a que está presente en una amplia variedad de alimentos, sin embargo puede encontrarse la sintomatología general de la anemia, glosodinia y queilitis.²⁶

El ácido fólico pertenece al grupo del complejo B y es esencial para el crecimiento y la reproducción celular. Actúa en la formación del hemo de la hemoglobina. Además, aumenta el apetito y estimula la producción de ácido clorhídrico en el tracto digestivo. La prevalencia de la deficiencia de ácido fólico en el SBD varía de no existente hasta un 28.5%.^{1,27}

La terapia de reemplazo es exitosa en el tratamiento de las deficiencias vitamínicas.¹²

ALTERACIONES MENOPÁUSICAS

La prevalencia de ardor bucal en mujeres posmenopáusicas ha llegado a ser tan alta como un 93% según Masler M, sin embargo, en estudios mejor controlados y más recientes se reportan prevalencias más acertadas como la de Basker RM del 26%, Ferguson MM del 17.9% y Wardrop RW del 33%. Estos porcentajes son contrastantes y mucho más altos que la prevalencia de ardor bucal en la población general que es del 5.1%, o en mujeres premenopáusicas del 6%.^{14,31,32,35}

Lo anterior indica que en mujeres posmenopáusicas la sintomatología bucal aumenta considerablemente, y dado a que se ha demostrado que un alto porcentaje de pacientes con SBD son mujeres posmenopáusicas, la asociación existente entre el SBD y el climaterio se abordará ampliamente más adelante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SÍNDROME DE SJÖGREN

Grushka M encontró que cerca del 50% de los pacientes con SBD tenían alguna enfermedad inmunológica clínicamente evidente. Se registraron alteraciones en factores reumatoides y anticuerpos antinucleares como ocurre en el síndrome de Sjögren.¹

El síndrome de Sjögren es un desorden sistémico autoinmunitario y crónico que afecta a las glándulas salivales y lagrimales principalmente, resultando en xerostomía y xeroftalmia. Ocurre en el 85% de los casos en pacientes del género femenino, y es más frecuente en adultos de mediana edad. Los tipos de síndrome de Sjögren son el primario, en el que se observa xerostomía y xeroftalmia, y el secundario, en el que el paciente ya padecía otro desorden autoinmune, como artritis reumatoide, previo al desarrollo de este síndrome.^{29,36}

Existe disfagia, disgeusia, xerostomía y todas sus características clínicas ya revisadas. En un tercio de los pacientes se pueden encontrar linfadenopatías involucrando frecuentemente a las glándulas salivales mayores. La falta de producción lagrimal conduce a un efecto patológico en las células epiteliales de la superficie ocular, a lo que se llama queratoconjuntivitis. La producción lagrimal puede evaluarse con la prueba de Schirmer, observándose en este tipo de pacientes disminuida a 8 mm después de 5 minutos. La piel, las vías aéreas, la mucosa nasal y la vaginal también se tornan secas; así mismo pueden verse afectados los pulmones, riñones, tejido conectivo y sistema digestivo. Se producen una variedad de autoanticuerpos, que ofrecen valor diagnóstico, como el factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares.^{1,29,36}

VIH Y SIDA

También se han correlacionado otras afecciones inmunológicas como VIH y SIDA al diagnóstico de SBD, y aunque poco se ha reportado sobre esto, se cree que la sintomatología de SBD en este tipo de pacientes se debe a la inmunosupresión que presentan, así como su susceptibilidad a infecciones bucales, y efectos adversos de la radio y quimioterapia a la que se someten. En los pacientes VIH positivos puede presentarse un período sintomático de fiebre crónica, pérdida de peso, diarrea, candidiasis bucal, y/o leucoplasia vellosa. Ya cuando se presenta el SIDA, es frecuente encontrar las alteraciones anteriores junto con un número incrementado de infecciones oportunistas y procesos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

neoplásicos. Sin embargo, como ya se ha visto, clínicamente la mucosa bucal debe estar libre de lesión, por lo que su papel en la etiología es dudosa.^{1,28}

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus también se ha atribuido como posible factor etiológico en un porcentaje del 5 al 10% de pacientes con SBD en diferentes estudios.^{1,12}

La diabetes mellitus es una alteración en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, resultado de la falta relativa o completa de la secreción de insulina por las células beta del páncreas o por defectos de los receptores de insulina. Su evolución es progresiva, e incluye poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, hiperglucemia y glucosuria. Pueden afectarse ojos, riñones, sistema nervioso, sistema circulatorio y piel, entre otros.³

Se piensa que el mecanismo que causa la sintomatología bucal es por medio de neuropatías irreversibles y cambios en la membrana basal de los pequeños vasos sanguíneos de los tejidos bucales. Sin embargo, lo único certero es que el paciente diabético presenta diversos factores de riesgo de SBD, como son su susceptibilidad a padecer xerostomía, a tener una elevada incidencia de caries y por lo tanto, una condición dental pobre, así como también es más propenso que un paciente sano, a sufrir infecciones por *Candida* en sus membranas mucosas. Además, son pacientes expuestos a medicación que provoca efectos adversos locales y sistémicos. Por todo esto, la causa-efecto entre la diabetes y el SBD permanece incierta.^{12,19}

MEDICACIÓN

Muchos agentes farmacológicos poseen efectos adversos que se manifiestan en forma de ardor bucal, alteraciones del gusto, xerostomía y algunos otros síntomas de SBD. Es por esto que cualquier droga que tome el paciente debe ser estudiada por sus efectos secundarios.³⁷

Dentro de los fármacos que se deben considerar por sus efectos adversos en cavidad bucal están los antihipertensivos, anticolinérgicos, antidepresores, sedantes y ansiolíticos, antipsicóticos, antihistamínicos, antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos opioides.¹²

Las drogas que producen ardor bucal, glositis, ulceración bucal, angioedema, disgeusia, sangrado y reacción liquenoide como efecto secundario en cavidad bucal son los antihipertensivos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA), como el captopril (Capotena), enalapril (Enaladil) y lisinopril (Zestril). Estos fármacos suprimen el sistema renina-angiotensina-aldosterona, inhibiendo la ECA y dilatando los vasos sanguíneos.^{38,39}

Los antihipertensivos antagonistas alfa-adrenérgicos como el doxazosin (Cardura) y los beta-adrenérgicos como el propranolol (Inderalici), nifedipina (Adalat) y clonidina (Catapresan) producen xerostomía.³⁹

La atropina (Tropyn) del grupo de los anticolinérgicos, usado en la reducción de las secreciones salivales y bronquiales, es un fármaco que provoca en cavidad bucal xerostomía y sensación ardorosa.³⁹

Los antidepresores tricíclicos como la imipramina (Tofranil) y los tetracíclicos como la maprotilina (Ludiomil) provocan mejoría del estado de ánimo, sedación, desinhibición psíquica, intelectual y motora, sin embargo sus efectos adversos son diversos provocando frecuentemente en cavidad bucal xerostomía y disgeusia.⁴⁰

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) fueron los primeros fármacos de reconocida utilidad en el tratamiento de la depresión. Cayeron en desuso por su supuesta menor eficacia en comparación con los antidepresores tricíclicos, sin embargo son utilizados ampliamente en pacientes depresivos cuando falla el tratamiento con los tricíclicos. Tienen además acción ansiolítica, corrigen los trastornos del sueño y se utilizan también en diversos trastornos fóbicos. Provocan sequedad bucal y como ejemplo está la isocarboxazid (Marplan).^{39,41}

Las benzodiazepinas tienen propiedades sedantes, hipnóticas, ansiolíticas, anticonvulsivas y relajantes musculares. Tienen la capacidad de producir depresión profunda del sistema nervioso central aliviando el insomnio y la ansiedad. Producen sedación antes o durante procedimientos quirúrgicos u operatorios, y pueden prescribirse como relajantes musculares. Algunas benzodiazepinas se utilizan como antiepilépticos. El clonazepam (Rivotril), diazepam (Valium) y lorazepam (Ativan), por ejemplo, entre muchos efectos adversos, pueden provocar xerostomía.⁴⁰

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las fenotiazinas son antipsicóticos que se utilizan en desórdenes psicóticos, esquizofrenia, ansiedad, y como sedantes. Un ejemplo importante es la clorpromazina (Thorazine), que posee bastantes reacciones adversas; xerostomía y reacción liquenoide en cavidad bucal.^{39,41}

La clorfeniramina (Clorotrimeton), del grupo de los antihistamínicos, antagoniza los efectos característicos de la histamina mediados por el receptor H1, en las reacciones alérgicas a medicamentos o alimentos, rinitis y dermatitis. Provoca sequedad de las mucosas entre otras reacciones adversas.⁴⁰

Dentro de los antiinflamatorios no esteroideos productores de xerostomía, estomatitis, sangrado, reacción liquenoide y disgeusia se encuentran el piroxicam (Falcam), ibuprofeno (Tabalon), etodolac (Lodine), nabumetona (Relifex), fenoprofeno (Nalfon), ketorolac (Dolac), diclofenac (Voltaren), naproxen (Flanax). Inhiben la síntesis de prostaglandinas interfiriendo con la ciclooxigenasa necesaria para la biosíntesis. Poseen propiedades analgésicas, antiinflamatorias y antipiréticas. Se utilizan en osteoartritis, artritis reumatoide y dolor medio a moderado.³⁹

Los analgésicos opioides como la meperidina (Demerol), morfina (Astramorf) y el fentanil (Duragesic), también provocan sequedad bucal. Interactúan con los receptores opiáceos del sistema nervioso central para alterar la percepción del dolor. Se utilizan en casos de dolor moderado a severo y crónico, así como en técnicas de sedación preoperatorias.³⁹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FACTORES PSICOGÉNICOS

Los factores psicopatológicos han sido los factores etiológicos más frecuentemente citados y reconocidos como causales del SBD. Entre ellos se encuentra la depresión, ansiedad, estrés, cancerofobia, alteraciones del sueño, irritabilidad, aislamiento y problemas intrafamiliares, trastornos que generalmente van de la mano potencializándose entre sí.^{25,31}

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Un porcentaje del 52 al 81% de los pacientes con SBD muestran signos clínicos de depresión, los cuales sobrepasan la frecuencia de desorden mental encontrada en pacientes con otros tipos de dolor crónico. La depresión es una alteración de la conducta caracterizada por sentimientos de tristeza, melancolía, desánimo, demérito, vacío, desesperación y desesperanza, secundaria a una tragedia o pérdida personal, frecuentemente en grado desproporcionado respecto a la realidad.^{3,23}

El término de ansiedad hace referencia a un sentimiento de intranquilidad, desasosiego, agitación, incertidumbre y miedo, que aparece al prever una situación de amenaza o de peligro, generalmente de origen mental más que externo. Las características que la definen pueden ser subjetivas u objetivas. Las características subjetivas comprenden sensaciones de aumento de la tensión, desamparo, inadecuación, miedo, sobreexcitación, desasosiego y preocupación. Las características objetivas son excitación cardiovascular, vasoconstricción superficial, dilatación pupilar, insomnio, escaso contacto ocular, temblor, tensión facial, voz trémula, aumento de la sudoración y manifestaciones de preocupación respecto a los cambios en los acontecimientos vitales.^{3,23}

La depresión y la ansiedad son los diagnósticos más frecuentes y por lo regular se presentan a la par como indican Lamey PJ y Browning S. El síntoma depresión-ansiedad contribuye en gran medida a la sintomatología del SBD, siendo el síntoma psicogénico más frecuentemente diagnosticado dentro de este grupo de factores etiológicos.^{10,27}

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CANCEROFOBIA

También se ha documentado la cancerofobia, miedo extremo a padecer cáncer, como factor causal por Main DM y Basker RM; ellos encuentran que la cancerofobia y la ansiedad causan SBD en el 20% de los pacientes.²⁴

Browning S encuentra una cifra más alta de pacientes con SBD preocupados acerca de la posibilidad de padecer cáncer bucal, siendo del 44%. Durante el interrogatorio, el paciente cancerofóbico se muestra preocupado sobre su muerte, con la cual relaciona la inexplicable sensación ardorosa de su boca. Incluso puede expresar su angustia si es que la muerte de uno de sus parientes fue a causa de algún tumor maligno de cabeza y cuello. Debido a esto, es necesario hacer que el paciente pierda su miedo al cáncer y explicarle la etiología multifactorial de su padecimiento.¹⁰

EVENTO EMOCIONAL

Aspectos como el estrés psicológico que provoca la pérdida por separación o muerte son también factores de riesgo. En estudios se ha encontrado que la mayoría de los pacientes con SBD han experimentado eventos estresantes en su vida, como la muerte de un pariente cercano, dar nacimiento a un niño muerto, niños nacidos con algún tipo de desventaja, tener familiares cercanos accidentados o problemas intrafamiliares, económicos y/o laborales crónicos. Aproximadamente en el 33 al 55% de los pacientes se pueden identificar factores psicogénicos relacionados a algún tipo de evento emocional doloroso.^{4,9,12}

INSOMNIO

El insomnio, incapacidad crónica para dormir o permanecer dormido durante la noche, parece tener relación con la alteración dolorosa del SBD. Una mala calidad del sueño es directamente proporcional al dolor que experimenta el paciente, el cual puede incluso despertar al paciente durante la noche. El insomnio es un trastorno comúnmente encontrado en estos pacientes.¹

PERSONALIDAD DEL PACIENTE CON SBD

Estos pacientes tienen una personalidad similar a la que presentan pacientes con otros tipos de dolor crónico. El perfil de la personalidad de los pacientes con SBD es de indecisión, son adversos al cambio y con sentido de culpa, lo que los hace tímidos, pero interesados por obtener consejo y tranquilidad profesional. En entrevistas psicoterapéuticas han variado desde amables y sensibles a hostiles y agresivos.^{1,4}

Grushka M, en un estudio, evalúa un grupo de SBD y otro de controles, y demuestra que los pacientes con SBD son sujetos deprimidos, emocionalmente reprimidos, enojados, desesperanzados, ansiosos y socialmente aislados. Concuerda con ella Browning S, quien, durante una entrevista psiquiátrica, encontró que el 44% del grupo de SBD mostró evidencia de algún desorden psiquiátrico (ansiedad, depresión, fobia y una historia de dificultad personal y social), comparado con un 16% del grupo control.^{10,12}

IDENTIFICACIÓN DEL DESORDEN EMOCIONAL

Debido a que el manejo de un paciente con SBD requiere de una evaluación psiquiátrica completa o al menos de la identificación del problema para su remisión, el uso de una técnica adecuada proporciona grandes ventajas para el odontólogo general.²³

La escala "Hospital of Anxiety and Depression" (HAD) pide al paciente seleccionar una de cuatro respuestas de 14 preguntas aparentemente inocuas, fáciles de leer y entender. La suma de las respuestas da un índice que indica la probabilidad de presentar ansiedad y/o depresión. Una puntuación debajo de 8 indica que es poco probable que se presenten estos trastornos, una puntuación entre 8 y 10 es limítrofe y una sobre 10 indica presencia.²³

Para detectar sucesos de orden psicológico en la vida del paciente se utiliza el cuestionario "Recent Life Changes", que incluye una lista de posibles eventos que se califican en una escala del uno al cuatro dependiendo su severidad. Éstos son: cambio de residencia, muerte de un familiar o amistad cercana, enfermedad personal o de alguien muy cercano, problemas financieros, problemas legales, problemas laborales, accidentes personales o de alguien muy cercano, problemas intrafamiliares, y otros sucesos que el paciente sienta relevantes.¹¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Existen también otras escalas como la "Montgomery-Asberg Depression Rating Scale" (MADRS) en la que se identifican pensamientos suicidas o pesimistas, anhedonia, pérdida del apetito, tensión y lasitud. La escala "Irritability-Depression-Anxiety" (IDA) se basa en ansiedad, aprehensión, preocupaciones y tensión somática del paciente.²³

La versión castellana de la escala de Hamilton para la Depresión validada por Ramos Brieve es de útil administración en países de habla hispana.¹⁵

Los desórdenes mentales son tratados con diferentes tipos de terapias, como la terapia cognitiva, en la que se considera que las emociones humanas son determinadas por la manera en que el paciente ve el mundo. Es importante mostrar una actitud más humana hacia estos problemas psicogénicos por parte del profesional médico y dental, cuestión que no siempre es tomada en cuenta, a pesar de que muy probablemente estas alteraciones sean la principal fuente del padecimiento. La obligación del cirujano dentista es identificar y remitir el caso para su tratamiento psicológico o psiquiátrico.⁴²

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de SBD se lleva a cabo relativamente fácil a comparación del tratamiento, completando una historia clínica detallada, tomando en cuenta la sintomatología referida por el paciente y con ausencia de hallazgos clínicos en la mucosa bucal.

Es necesario conocer los factores de riesgo locales, sistémicos y psicogénicos, para poder identificar aquellos presentes en el paciente, lo cual es complejo si no se cuenta con una historia clínica elaborada especialmente para pacientes con SBD.¹

Cecotti EL plantea que para establecer el diagnóstico de SBD debe descartarse todo factor local y sistémico como los anteriormente mencionados, dando todo crédito a los factores psicogénicos. Sin embargo, al ser la patología en estudio un síndrome, implica la interacción de diversos factores de riesgo para manifestarse.¹⁵

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se hace con trastornos confundibles, que son los siguientes:

REFLUJO ESOFÁGICO

El reflujo del contenido gástrico afecta sobre todo a personas mayores de 40 años. Para que se produzca un episodio de reflujo deben cumplirse dos condiciones: el contenido del estómago debe estar preparado para refluir y el mecanismo antirreflujo del extremo inferior del esófago debe estar alterado. El contenido gástrico puede retroceder al aumentar el volumen gástrico con las comidas, también al aumentar la presión gástrica por obesidad o cuando el paciente se inclina hacia delante o se coloca en decúbito.^{43,44}

La mucosa esofágica puede o no desarrollar lesiones por la acción del jugo gástrico. La esofagitis es una complicación del reflujo que aparece cuando las defensas normales de la mucosa sucumben ante la agresión ácida.⁴⁴

El síntoma característico es el ardor que aparece cuando el material refluido entra en contacto con la mucosa esofágica inflamada. Puede observarse regurgitación de un líquido amargo que ocasiona disfagia, siendo éste, en algunos pacientes, el síntoma principal. Puede haber úlceras en las membranas mucosas dando lugar a hemorragias, hematemesis o melena. En general, el reflujo en ausencia de esofagitis es asintomático. El reflujo grave alcanza la faringe y cavidad bucal, causando esofagitis, laringitis, ronquera y una sensación quemante en la mucosa bucal al despertar.^{43,44}

La presencia de reflujo se sospecha por la historia clínica del paciente que, en algunos casos, suele ser suficiente para el diagnóstico. Sin embargo cuando éste no es muy claro es de gran valor la esofagoscopia, la biopsia de la mucosa y el estudio con bario. En la exploración bucal, las erosiones en la cara palatina de los dientes superiores hacen sospechar sobre su diagnóstico también.⁴⁴

NEUROMA ACÚSTICO

La sensación de ardor bucal es también una característica clínica del neuroma del nervio acústico, que es un schwannoma cuya localización más frecuente es la rama vestibular del octavo par craneal.⁴³

El neuroma del nervio acústico se clasifica dentro de los tumores de vainas nerviosas del sistema nervioso periférico. Estos tumores se originan en las células del nervio periférico, como las células de Schwann. A medida que el nervio sale del encéfalo y la médula espinal, se produce una transición entre la mielinización por parte de los oligodendrocitos y la mielinización que llevan a cabo las células de Schwann. Esta zona de transición está a unos mm del parénquima encefálico, por tanto, los tumores del nervio periférico se pueden originar dentro de los confines de la duramadre y pueden causar alteraciones en el encéfalo o la médula espinal adyacentes.⁴³

El schwannoma es un tumor benigno que tiene su origen en células de Schwann procedentes de la cresta neural. Son masas encapsuladas, bien delimitadas, que están unidas al nervio afectado, y cuyos síntomas se deben a la compresión local de dicho nervio. En el caso que nos concierne, el nervio acústico es el afectado y de ahí se deriva su sintomatología. Los pacientes con neuroma del acústico presentan a menudo tinnitus y pérdida de la audición.⁴²

Para su diagnóstico se necesita una evaluación audiométrica y tomografía computarizada. En la mayoría de estos pacientes se puede observar un alargamiento del meato acústico interno en la radiografía simple.⁴³

NEURALGIA

Cabeza y cuello son sitios comunes para las neuralgias, que son sensaciones dolorosas que se extienden a lo largo del trayecto de un nervio. Debido a que las neuralgias faciales producen dolor similar al del origen dental, se acude frecuentemente a la profesión dental para descartar causas odontogénicas o inflamatorias.²⁸

La más severa de las neuralgias faciales es la neuralgia del trigémino, que se caracteriza por un dolor lancinante, paroxístico, extremadamente intenso como un toque eléctrico que se limita a una o más ramas del nervio trigémino. Afecta ligeramente más a mujeres que a hombres, alrededor de la 5ª década de la vida, siendo por lo general unilateral, aunque es bilateral ocasionalmente.

En su comienzo, el dolor es sordo con sensación quemante. Hay periodos asintomáticos entre los ataques dolorosos, los cuales incrementan su intensidad, y aunque individualmente duran sólo unos segundos, hay ataques severos en que se repiten hasta por 30 minutos. Existen puntos gatillo que desencadenan un ataque con tan sólo un roce. Se le ha llamado "tic doloroso", debido a las contracciones espasmódicas que experimenta el paciente.²⁸

ANOMALÍAS SENSORIALES POSTRAUMÁTICAS

El traumatismo en los nervios periféricos de la región maxilofacial puede provocar lo que se conoce como causalgia o "dolor quemante", que comienza aproximadamente dos semanas después del traumatismo.⁴⁵

La queja más común es de quemazón persistente en los sitios postextracción, así como sintomatología en paladar, encía, lengua y labios. El dolor es continuo y quemante que se extiende desde la zona traumatizada y más allá de los límites nerviosos naturales. Los tejidos afectados sudan bastante, pudiendo estar muy calientes y con alteraciones de color. El dolor puede desencadenarse por estimulación táctil de la región, secando los tejidos, o por estímulos ambientales tales como ruidos intensos. Los síntomas se intensifican con la tensión emocional. No tiene predilección sexual.⁴⁵

DOLOR FACIAL ATÍPICO

Este es un dolor persistente en la región maxilofacial, sin causa identificable y cuyo diagnóstico se realiza una vez que se han descartado todas las causas potenciales de dolor.⁴⁵

Se presenta más en mujeres que en hombres, de la 4ª a la 6ª década de la vida. El dolor puede localizarse en un área pequeña de la cara o boca, y puede ser bilateral y extenderse al cuello o región occipital. Cualquiera de las distribuciones nerviosas sensitivas puede estar involucrada, aunque la tercera rama del nervio trigémino es la más comúnmente afectada. El dolor es continuo, intenso y de carácter quemante, aunque la mucosa afectada es normal. Puede ser desencadenado por algún tratamiento dental previo, e incluso se ha asociado al desgarramiento o compresión intensa del nervio dentario inferior durante la extracción de terceros molares.

El examen neurológico de las zonas doloridas es importante ya que puede haber disminución de la sensación táctil y atrofia de los músculos masticadores.⁴⁵

Éste, al igual que el SBD, es un desorden de diagnóstico y terapéutica difícil, en la que el paciente va de médico en médico recibiendo diferentes diagnósticos y tratamientos en un intento frustrado por encontrar alivio.²⁸

TRATAMIENTO

Una vez identificados los factores de riesgo, el tratamiento consistirá en corregirlos, evitar o al menos reducir la exposición con el agente causal. El hecho de que muchas modalidades de tratamiento han sido propuestas en la literatura significa que no hay nada efectivo del todo, sin embargo, como cirujanos dentistas, la detección de la alteración sistémica y psicogénica y su remisión proporciona grandes ventajas, así como el tratamiento oportuno que nosotros llevaremos a cabo a nivel local.^{9,19}

TRATAMIENTO LOCAL

- Es preciso evitar la presencia de superficies traumáticas que puedan alterar la integridad mucosa, como son los bordes cortantes de órganos dentarios desgastados o fracturados, restauraciones o prótesis fijas o removibles desajustadas o deterioradas. Es importante evitar desde el primer momento el roce de la lengua con las superficies dentales, por lo que se aconseja la elaboración de una férula oclusal de acetato rígido. El tratamiento odontológico integral con auxilio de las especialidades odontológicas brindará el estado de salud bucal necesario para descartar este importante factor etiológico.²⁴
- Si hubiese lengua geográfica, sólo es necesario advertir al paciente sobre su naturaleza benigna, ya que no tiene tratamiento específico. En caso de que el ardor bucal sea intenso, es posible manejarlo con enjuagues en partes iguales de difenhidramina (Benadryl) y caolín-pectina (Kaopectate) para proporcionar alivio sintomático. El primero es un antihistamínico utilizado en reacciones alérgicas y como expectorante; el segundo es una suspensión que por su acción demulcente protege la mucosa que ha sido expuesta a irritación.^{28,39}
- Los signos y síntomas producidos por la hipersensibilidad a algún alérgeno son fáciles de eliminar al evitar el contacto con el agente causal, o bien, en los casos de alergia a los materiales dentales como la amalgama y el acrílico dental, es preciso sustituirlos por aquellos que brinden la misma función y que no posean mercurio o metilmetacrilato, respectivamente.^{1,12}

- Los hábitos parafuncionales son difíciles de tratar ya que su base es primordialmente el estrés, por lo que el tratamiento apropiado es la relajación y la fisioterapia. Es posible también contactar al médico tratante para la prescripción de algún fármaco que ayude a disminuir los niveles de estrés.¹⁶
- En la literatura se indica que el tratamiento de la xerostomía es difícil e insatisfactoria. Tourne L indica que tratando las enfermedades sistémicas que provocan xerostomía puede aliviarse la sequedad bucal, sin embargo se debe poner especial cuidado en la farmacoterapia a seguir, ya que algunos medicamentos podrían agravarla. Cuando la xerostomía es secundaria a farmacoterapia, es posible reemplazar el medicamento que la provoca por una droga con menos efectos adversos, y también es efectivo reducir el número de medicamentos que utiliza el paciente. Es preciso platicar todo lo anterior con el médico del paciente. La estimulación del flujo salival es importante y puede hacerse masticando chicle, chupando dulces sin azúcar o degustando bebidas y alimentos cítricos. Un sialólogo que parece ser promotor es el pilocarpín (*Salagen*), sin embargo, Gorsky M en su estudio lo administra obteniendo malos resultados. Si la estimulación no provoca una respuesta salival suficiente puede usarse un sustituto de saliva. Los pacientes en los Estados Unidos, por ejemplo, tienen a su alcance sustitutos salivales que funcionan como saliva artificial, como Saliva Orthana, Glandosane y Luborant, así como productos de higiene bucal de la marca Biotene y que han tenido mucha aceptación por sus usuarios. Dichos productos no se consiguen en nuestro país, por lo cual recurrimos a un tratamiento alternativo, fácil de llevar a cabo y a bajo costo, que se obtiene al hervir nopal y cuya infusión actúa como sustituto salival y lubricante de la mucosa bucal.^{12,16,25,28,33}
- Diversos autores han estudiado y reportado los efectos de la aplicación tópica de algunas sustancias, como el clonazepam, antiepiléptico del grupo de las benzodiazepinas, cuyo uso ha resultado ser efectivo al reducir considerablemente el nivel del dolor cuatro semanas después de iniciado el tratamiento. Sin embargo en ese estudio no hubo un control estricto del tratamiento, además de que en sangre se reveló la presencia de pequeñas cantidades de la droga, por lo que sus resultados no son muy confiables. Localmente se han aplicado también anestésicos tópicos, los cuales han logrado disminuir la disgeusia, mas no así la sensación ardorosa.^{9,19}

- Por el otro lado, otras medidas terapéuticas no han sido efectivas en el tratamiento del SBD, como es el caso del sucralfato (Antepsin), antiulceroso que se une al exudado proteínico de las úlceras brindando protección contra el ácido gástrico. Este medicamento es considerado una terapéutica válida para la estomatitis aftosa recurrente, debido al mecanismo mucoprotector similar al que ocurre en pacientes con úlcera péptica. No ha sido eficaz en el tratamiento del SBD, además de que causa sabor metálico y xerostomía.^{40,46}
- El uso tópico de capsaicina como desensibilizante comienza a ser estudiado en el tratamiento del SBD, así como la infusión de nopal como sustituto salival. Dada su fácil disponibilidad en nuestro país, uso común, economía y efectos benéficos, se abordarán más ampliamente a continuación.

CAPSAICINA

Una parte importante de nuestra dieta básica descansa en el maíz, frijol y chile. Éste último es un cultivo por excelencia en México y constituye un pilar histórico en la gastronomía del pueblo mexicano. Su consumo es de origen prehispánico, destinándose a su cultivo 500 mil hectáreas para llevar al mercado una amplia variedad de chiles con diferentes presentaciones. Según la literatura, la India es el principal productor, seguido por España, Japón y México.^{47,48}

EFFECTOS. Sus efectos son diversos, como son, sensación de calor, irritación y aumento de la secreción salival. Estimula la movilización de lípidos de los tejidos adiposos y disminuye los triglicéridos en suero. A nivel gástrico, estimula la secreción gástrica, incrementa el flujo sanguíneo en la mucosa gástrica e incrementa la actividad motora en el intestino. También aumenta el mecanismo de defensa en la mucosa gástrica.⁴⁸

TOXICIDAD. Su toxicidad varía de paciente en paciente, siendo básicamente, irritación de piel, membrana mucosa y ojos. En boca provoca sensación de picor, y bloqueo de los sentidos del olfato y gusto, siendo mayor en personas que consumen poco chile. Degenera las neuronas sensitivas primarias que intervienen en la transmisión del dolor y genera un estado de insensibilización. Aumenta la presión sanguínea y velocidad de respiración, produciendo también vasoconstricción.⁴⁷

PROPIEDADES. La aceptación y gusto por el chile se debe básicamente a su contenido de capsaicina, que varía en un rango de 0.02 al 1.5%. La capsaicina, alcaloide inodoro, es el principio pungente de los frutos del género *Capsicum*, y sus análogos capsacinoides. Su interés científico empezó en 1810, y no fue sino hasta 1910 cuando Nelson estableció su fórmula correcta: N-(4-hidroxi-3-metoxibencil)alquil-amida. Su estructura básicamente la constituyen un anillo de vainilla hidroxilado en el carbono 4 y metoxilado en el carbono 3, unida a un ácido graso definido.⁴⁷

Dentro del fruto del chile, las células de la placenta, es decir, el tejido que sostiene las semillas son el sitio principal de la formación y acumulación de los capsacinoides. Parecería existir una relación inversa entre el tamaño del fruto y su contenido de capsaicina.

Su pungencia se cuantifica por medio de un grupo de jueces entrenados que evalúan muestras de chile en una escala del 0 al 10, donde el habanero se califica con 10, y la cayena (usado en el tratamiento alternativo del SBD) con 7.^{47,49}

ABSORCIÓN. Los capsacinoides son absorbidos en el tracto gastrointestinal principalmente en el yeyuno, duodeno e ileon. Al ser absorbidos son incorporados a la albúmina de la sangre y transportadas al hígado por circulación portal donde son metabolizados.⁴⁷

MECANISMO DE ACCIÓN. En cuanto a su mecanismo de acción, tiene efecto sobre las neuronas sensoriales que tienen sustancia P como neurotransmisor. Tanto la prolongación periférica como la central acumulan en sus terminaciones mayoritariamente sustancia P. Su aplicación sobre prolongaciones nerviosas periféricas provoca dolor, vasodilatación y edema. La capsaicina activa una corriente catiónica en las terminaciones nerviosas que transportan iones calcio, eleva por este mecanismo el calcio intraneuronal y provoca la liberación de los neurotransmisores almacenados. Los efectos locales se atribuyen a la liberación de sustancia P de las terminaciones neuronales libres.⁴⁹

La capsaicina modifica fluidez y permeabilidad iónica de membranas neuronales. Altera en forma prolongada la capacidad de la membrana plasmática para excitarse y propagar potenciales de acción. Sus efectos sobre neuronas sensitivas con fibras aferentes C involucradas en la recepción y transmisión de estímulos dolorosos se manifiestan como pérdida de la sensibilidad nociceptiva, posterior a los efectos locales.

Ship J en su estudio explica que la mejora subjetiva del ardor bucal por medio de capsaicina se deba probablemente a que ésta agota la sustancia P, que se libera primariamente en la médula espinal, lo suficiente como para disminuir la percepción ardorosa periférica.^{19,49}

TERAPÉUTICA. Su empleo médico es como analgésico de uso tópico. Proporciona alivio sintomático de dolores musculares o articulares localizados. Se le ha utilizado con buenos resultados en el tratamiento de herpes zoster, artritis, dolores musculares o articulares y en neuralgia del trigémino. Su efecto secundario es ardor inicial que suele disminuir con el tiempo a medida que prosigue el tratamiento.

Los preparados de capsaicina se utilizan en concentraciones del 0.025% al 0.075% en forma de crema y gel. Sus nombres comerciales son: Milton, Zostrix, Capsin, Capsidol y Redol.⁴⁹

La capsaicina en polvo, tratamiento alternativo del SBD que se ofrece a las pacientes en el Laboratorio de Patología Bucal, se utiliza como desensibilizante de la mucosa bucal. Su mecanismo de acción es incierto, sin embargo se ha observado una disminución en el nivel del dolor experimentado por los pacientes que acuden a la DEPEI. La aplicación tópica de capsaicina se realiza con un abatelenguas directamente sobre las áreas ardorosas de la mucosa bucal. Se advierte al paciente que la sensación quemante se incrementará en un principio, pero irá disminuyendo conforme pasen las aplicaciones.

NOPAL

Los cactus son plantas originarias de América semitropical que retienen dentro grandes cantidades de agua y que poseen espinas como sistema de defensa. A esta familia pertenecen los nopales, sus géneros son *Nopalea* y *Opuntia*. El árbol de nopal crece por la superposición de distintos troncos, escalonados, mismos de los que nacen nuevos nopalitos. Su importancia se comprueba con la historia, y su imagen se encuentra representada en el escudo nacional.³³

Los nopalitos, tallos jóvenes y pequeños de los nopales, son una fuente alimenticia importante en nuestro país. El principal consumidor luego de México son los Estados Unidos. Japón; algunos países europeos han comenzado a importar nopales mexicanos. Existen 100 mil hectáreas nopaleras naturales distribuidas a lo largo de la República Mexicana. El nopal contiene agua, proteínas, fibra, almidón, vitaminas y minerales.³³

USOS. Los usos que en México se le dan al nopal son muchos. Se come el nopalito como verdura; se emplean las pencas como forraje; se usan las nopaleras como cercos para delimitar propiedades; para elaborar colonche (bebida fermentada) y "curar" el pulque. Se ha demostrado que los nopales ayudan a combatir la contaminación ambiental, pues absorben

el bióxido de carbono en grandes cantidades. La savia del nopal es empleada para preparar la cal que se usa para cubrir paredes y se usa como impermeabilizante de techos. En zonas donde abundan los mosquitos, se emplea el mucílago de nopal para impedir el desarrollo de larvas en charcos y estanques. Sobre ellos crecen y se alimentan una serie de insectos chupadores conocidos como grana o cochinilla, de los cuales se extrae un colorante utilizado en cosmetología naturista para crear rubor, lápices labiales, pintura de párpados y otros productos de tocador. También se usa en la preparación de jabones, cremas, shampoos y en el cuidado de la piel en forma de mascarillas.³³

NOPAL Y MEDICINA. Los efectos benéficos del nopal a nivel médico son muchos.

El nopal es rico en vitamina C, con lo que se ayuda a prevenir anemias, resfriados y sangrado de las encías. La vitamina C es fundamental para la salud de la piel, tendones, ligamentos, cartílagos y vasos sanguíneos. Los nopales tienen poder antiinflamatorio, antipirético y expectorante, por lo que se usan en catarros bronquiales.³³

Son una fuente importante de calcio, por lo que su consumo diario ayuda a prevenir la osteoporosis y el debilitamiento de huesos y dientes.³³

La fibra es otro componente importante del nopal, con la cual se mejora el funcionamiento intestinal y se previenen problemas gastrointestinales, como el estreñimiento, diarrea, apendicitis y cáncer de colon. También se utiliza para el tratamiento de úlceras y erosiones gástricas. Una dieta rica en nopales, salvado de trigo y avena integral proporciona grandes cantidades de fibras insolubles que aumentan el bolo fecal y disminuyen el tiempo de retención de las heces fecales.³³

El nopal tiene una propiedad laxante y diurética al eliminar las sales innecesarias. Auxilia al sistema urinario; ha sido utilizado si se percibe ardor al orinar o cuando se tiene un deseo migitorio permanente en la uretra.³³

Su ingestión continua durante diez días antes de cada alimento disminuye el peso corporal y las concentraciones séricas de colesterol, glucosa y triglicéridos. En individuos diabéticos su ingestión causa disminución de las concentraciones séricas de glucosa. Esto se debe probablemente a que su savia viscosa retarda la absorción de glucosa en el intestino, provocando un efecto hipoglucémico. Tiene además un efecto regulador del colesterol de

baja densidad, el cual es eliminado como si fuese una sustancia tóxica, evitando la enfermedad cardiovascular.³³

Se ha estudiado la presencia de principios activos anticancerígenos en el nopal, como las sustancias llamadas fotoquímicos que inhiben el crecimiento neoplásico y que, desde luego, ayudan a prevenir el cáncer.³³

Finalmente, en el Departamento de Patología Bucal se ha utilizado como sustituto salival en el tratamiento de xerostomía. La infusión de nopal ofrece lubricación a la mucosa bucal, protegiendo a los tejidos blandos y órganos dentarios contra la desecación. Se prepara poniendo a hervir a fuego lento cinco nopales cortados en cuadritos en un litro de agua. Si el paciente así lo desea puede agregar algún saborizante artificial sin azúcar o alguna hierba de su agrado. El agua de nopal puede verterse en un recipiente o en un atomizador fácil de transportar por el paciente, para que de esta forma haga enjuagues o rocíe su mucosa bucal cuantas veces sea necesario durante el día e incluso la noche. Puede ser refrigerada hasta por tres días para su máximo aprovechamiento.³³

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CLIMATERIO

GENERALIDADES

El climaterio es la fase del envejecimiento de la mujer que señala la transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva de la vida, entre los 35 y 65 años de edad, determinada por la declinación de la función ovárica.⁵⁰⁻⁵²

Debido a la disminución de la mortalidad, la esperanza de vida de la mujer ha aumentado y es de más de 70 años, por lo que la última tercera parte de su vida transcurre en la posmenopausia.^{53,54}

La menopausia es el periodo menstrual final y ocurre durante el climaterio; sólo se considera como tal después de que haya pasado un año o más sin nuevos sangrados. En EU y Europa se presenta hacia los 50 años de edad y en México hacia los 47, en promedio, aunque puede suceder entre los 42 y 52 años. Esta diferencia se debe probablemente a la menor talla y peso y a los índices elevados de desnutrición de los países subdesarrollados.

La menopausia artificial es el cese de los periodos menstruales mediante cirugía o radiación, la cual produce la misma sintomatología que la menopausia natural, solamente que en forma brusca e intensa cuando se realiza en pacientes jóvenes con función ovárica adecuada.⁵⁰⁻⁵²

Durante el climaterio, los ovarios entran en insuficiencia progresiva, lo que trae como consecuencia la aparición de una serie de cambios fisiológicos y psicológicos, que cuando se desarrollan armónicamente pasan más o menos desapercibidos, pero cuando no sucede así, se producen trastornos vasomotores, metabólicos y psíquicos que constituyen la sintomatología del climaterio.^{51,52}

El hombre, en cambio, no sufre este catastrófico cambio como lo hace la mujer, ya que experimenta una declinación gradual en la producción hormonal gonadal.⁵¹

El climaterio se divide para su estudio en pre y posmenopausia.⁵¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PREMENOPAUSIA

De los 6 a 7 millones de células germinales que hay en ambos ovarios a los 5 meses de gestación, sólo quedan 2 millones al momento del nacimiento. Del nacimiento hasta la menarca se calcula que hay casi 380 000 ovocitos dentro de los folículos ováricos. Con cada ciclo menstrual, cierto número de éstos se desarrolla sólo para sufrir atresia, mientras que un solo folículo dominante produce la ovulación. Durante la vida reproductiva se desarrollan aproximadamente 450 folículos para producir la ovulación, en tanto que miles de óvulos se degeneran. Por lo tanto, se observa una disminución general en el número de folículos que contienen ovocitos, mientras que ocurre un aumento relativo en la cantidad de estroma ovárico.^{50,52}

Poco después de los 35 años de edad, el ovario disminuye de tamaño y contiene menos ovocitos y estructuras foliculares y más folículos atrésicos en degeneración. Esta pérdida de ovocitos y folículos provoca una disminución gradual de los estrógenos, la cual, alrededor de cinco años antes de la menopausia, trae como consecuencia la elevación de la hormona foliculoestimulante (FSH), que es la primera señal de laboratorio de la premenopausia.^{51,55}

Posteriormente se producen ciclos anovulatorios, con el consiguiente cese de formación de cuerpos lúteos y falta de progesterona. Al no haber producción de progesterona hay sangrados genitales anormales en su cantidad, frecuencia y duración, siendo éstos los primeros datos clínicos de la premenopausia. Los estrógenos en cantidades muy bajas son incapaces de estimular el crecimiento endometrial, el cual se atrofia con el tiempo y suspende el sangrado.⁵¹

La menopausia (última menstruación) sin duda es producida por deterioro de la función ovárica al agotarse los folículos primarios, lo que se acompaña de una menor esteroidogénesis, que a su vez altera los mecanismos de retroacción hipófisis-hipotálamo y provoca aumento de las gonadotropinas hipofisarias.⁵⁵

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTRÓGENOS

FUENTE. Los estrógenos son esteroides que se secretan por las células de la teca interna y de la granulosa de los folículos ováricos, del cuerpo amarillo, y de la placenta, en edad reproductiva. En las mujeres menopáusicas las fuentes esteroidogénicas son la corteza de las glándulas suprarrenales y el estroma ovárico, que producen androstenediona que es convertida en la circulación a estrona.⁵¹

CONCENTRACIÓN. La concentración de estradiol en el plasma durante el ciclo menstrual en edad reproductiva es variable. Los primeros días se mantiene en 50 pg/ml. Alrededor del día 11 comienza a subir hasta llegar a un poco más de 200 en el día 14, de ahí tiene un descenso brusco a 50 y se mantiene en 100 pg/ml el resto del ciclo. Después de la menopausia la secreción de estrógenos declina a valores bajos, oscilando entre los 10 y 50 pg/ml de estrógenos en sangre.⁶

EFFECTOS. Los estrógenos tienen efectos múltiples: dan las características sexuales secundarias femeninas; producen crecimiento de los conductos mamarios; provocan ginecomastia en algunos varones; facilitan el crecimiento de los folículos ováricos; durante el ciclo menstrual, los estrógenos producidos por el folículo en desarrollo, incrementan el espesor del endometrio; después de la ovulación, el endometrio se torna más vascularizado y edematoso por la influencia de los estrógenos y progesterona del cuerpo amarillo; en los ciclos anovulatorios, los estrógenos continúan causando crecimiento en el endometrio, que se vuelve grueso y comienza a esclerocar; aumentan la motilidad de las tubas uterinas; hace que el moco cervical sea más delgado y más alcalino, promoviendo la supervivencia y transporte de los espermatozoides; grandes dosis después del coito durante 4 a 6 días evita la concepción; disminuyen la secreción de hormona foliculoestimulante; bajo ciertas circunstancias, inhiben la secreción de hormona luteinizante (retroalimentación negativa) en otras la aumentan (retroalimentación positiva); incrementan la libido en la especie humana; reducen significativamente el colesterol en el plasma, e inhiben la aterogénesis; contribuyen a la incidencia baja de infarto del miocardio; dosis bajas reducen la incidencia de cardiopatías vasculares después de la menopausia; dosis grandes por vía oral promueven la trombosis; etc.⁶

SIIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA PREMENOPAUSIA

Los signos y síntomas del climaterio, tanto en la premenopausia como en la posmenopausia, se derivan de dos componentes principales que son: la disminución estrogénica y los factores psico-socio-culturales de la mujer. Éstos últimos se abordarán más ampliamente en la sintomatología de la posmenopausia.⁵²

La disminución de la actividad ovárica con el déficit de estrógenos subsecuente, provoca signos y síntomas tempranos, como son ciclos menstruales irregulares, bochornos y sudoración profusa.⁵⁰

CICLOS MENSTRUALES IRREGULARES. Los ciclos menstruales se vuelven irregulares, siendo lo más común observar ciclos largos, con sangrado abundante y de muchos días de duración. Esto es debido a que los estrógenos estimulan el crecimiento del endometrio, y en cantidades pequeñas pero sostenidas son capaces de hacerlo crecer hasta que no puede mantener su nutrición e inicia su descamación con duración prolongada y aumentada en cantidad. En otras ocasiones a pesar de que la cantidad de estrógenos sea la misma, el endometrio no responde adecuadamente, observándose disminución en la cantidad y duración del sangrado.⁵¹

BOCHORNOS. Los bochornos son los síntomas más característicos del climaterio, y consisten en oleadas repentinas de calor que recorren tórax, cuello y cara que generalmente se acompañan de enrojecimiento cutáneo, sudoración profusa y palpitaciones. Con una duración aproximada de tres minutos, esta vasodilatación es seguida de vasoconstricción, con lo que sobreviene una sensación de frío; esto constituye una manifestación de inestabilidad vasomotora que incluso perdura en la posmenopausia.⁵⁰

SUDORACIÓN PROFUSA. En ocasiones se presentan sudores de predominio nocturno seguidos de calosfrío, o parestesias como adormecimiento de manos y pies, y no es raro encontrar cefaleas. El 85% de las mujeres climatéricas presentan síntomas vasomotores, de las que el 50% es por menos de dos años y en el 25% tan intensos que requieren atención médica. Del 15 al 20% tienen problemas por más de cinco años.^{50,51}

DIAGNÓSTICO DE MENOPAUSIA

La desaparición de la menstruación no es brusca, sino que falta 2 o 3 meses y se vuelve a tener. La menopausia o último sangrado genital no puede ser considerada como tal sino hasta que hayan pasado 12 meses sin nuevos sangrados.^{51,54}

Los síntomas clínicos de inestabilidad vasomotora junto con las irregularidades o el cese de la menstruación son patognomónicos, pero el dato de laboratorio que establece el diagnóstico de menopausia es la elevación de gonadotropinas hipofisarias séricas, FSH y LH. Éstas aumentan debido a que la esteroidogénesis disminuida altera los mecanismos de retroacción hipófisis-hipotálamo, secretándose más ambas hormonas. La cifra de FSH en la vida reproductiva varía de 1 a 18 mUI/ml, y la de LH de 1 a 30 mUI/ml. Para confirmar el diagnóstico de menopausia, ambas cifras están elevadas, teniendo 50 a 100 mUI/ml de FSH, y de 70 a 120 mUI/ml de LH.⁵⁶

POSMENOPAUSIA

Esta etapa del climaterio comienza después de ocurrir la menopausia y su duración es variable, pudiendo ser tan corta como 5 años o tan larga como 15 años.⁵¹

Con respecto a la función endocrina del ovario posmenopáusico, se tiene conocimiento de que el elemento esteroidogénico principal de éste es el estroma, que muchas veces contiene islas de células de la "teca". Los esteroides, secretados por el ovario posmenopáusico debido al estímulo de las concentraciones elevadas de LH, son androstenediona y testosterona; ésta última es uno de los principales productos del ovario posmenopáusico. La estrona, estrógeno cuya cantidad en la vida reproductiva es baja, constituye la mayor parte de los estrógenos circulantes en la mujer posmenopáusica: su producción es de dos a cuatro veces mayor que la del estradiol. La estrona se torna entonces el estrógeno más importante en la posmenopausia; la mayor parte de ella es formada por conversión periférica de la androstenediona, que también es secretada por la corteza de las glándulas suprarrenales.^{6,54}

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA POSMENOPAUSIA

Los signos y síntomas que aparecen en la posmenopausia se atribuyen al medio estrogénico disminuido y se les considera parte del envejecimiento o del proceso emocional de enfrentarse a la vejez.^{51,52}

EFFECTOS PSICO-SOCIO-CULTURALES

Tan pronto como empieza la posmenopausia y como consecuencia del impacto psicológico que ocasiona la supresión definitiva del sangrado genital, la mujer posmenopáusica puede verse afectada por insomnio y en ocasiones somnolencia, estados de depresión y ansiedad, fatiga, mareos, irritabilidad, sentimiento de insuficiencia y falta de realización, temor al envejecimiento y a la muerte, temor a perder la satisfacción sexual o a que el esposo pierda el interés por ella, cefalea, disnea y fluctuaciones en el estado de ánimo. Existe una labilidad emotiva que las hace responder exageradamente con crisis de nerviosismo, las cuales junto con todos los síntomas anteriores, pueden variar de ser mínimas y pasar desapercibidas hasta llegar al extremo de producir verdaderas psicosis.^{50,51}

Los factores psico-socio-culturales varían grandemente de una mujer a otra y se asocian fuertemente con la depresión. Los factores de riesgo de la depresión en la mujer climática se basan en cambios psicológicos y socioculturales por los que la mujer atraviesa en este periodo. Estos cambios incluyen el sentimiento de pérdida de la femeneidad, la incapacidad reproductora, el abandono del hogar por los hijos, la pérdida del trabajo, la mala calidad de su vida marital, la pérdida del padre o de la madre y los sucesos relacionados con la reproducción y la función sexual. También se pueden añadir a los factores de riesgo de cuadros depresivos, la personalidad de la mujer, de la cual depende mucho la manera en que ésta enfrente todos estos sucesos.⁵²

En México y países occidentales, los trastornos emocionales son consecuencia de la sintomatología general y del entorno personal, familiar, laboral y social en el que se desenvuelve la mujer. En mujeres europeas y orientales las repercusiones psicológicas son menores.⁵⁷

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EFFECTOS POR LA DISMINUCIÓN DE ESTRÓGENOS

Conforme avanza la edad, disminuye más la producción de estrógenos, por lo que se acentúan los síntomas de la premenopausia y se agregan otros, como alteraciones a nivel del aparato genitourinario, mamas, piel y mucosas, sistema cardiovascular y sistema óseo.

- **ALTERACIONES EN APARATO GENITOURINARIO.** Las alteraciones en el aparato genitourinario son atrofia vaginal, dispareunia, sequedad vaginal, prurito vulvar, atrofia uretral, urgencia e incontinencia. Con el climaterio la vagina disminuye de tamaño, la mucosa se atrofia y la secreción cervical decrece. El cuello involuciona, el epitelio vaginal se torna delgado y seco, por lo que hay dolor durante el coito y además, puede encontrarse vaginitis senil como resultado de traumatismos e infección. El epitelio uretral se atrofia coincidiendo con el vaginal. En el meato uretral puede haber sensibilidad e irritación con la orina o con la actividad sexual. Hay también una disminución en el tono muscular reflejándose en urgencia e incontinencia urinaria.^{50,51}
- **ALTERACIONES EN LAS MAMAS.** Las mamas reducen su tamaño, su consistencia se hace más blanda y generalmente caen y se vuelven péndulas.⁵⁰
- **ALTERACIONES EN EL PESO.** A consecuencia de la disminución de la actividad física y aumento del apetito, generalmente hay aumento de peso con acúmulo de grasa en caderas, abdomen, cuello y tórax, obesidad que en ocasiones actúa como factor desencadenante de diabetes mellitus.⁵⁰
- **ALTERACIONES EN PIEL Y MUCOSAS.** La piel y mucosas se ven afectadas por sequedad, prurito, son fácilmente traumatizadas, pierden elasticidad y flexibilidad. En ausencia de folículos ováricos, el ovario produce fundamentalmente androstenediona que puede ser metabolizada a estrógenos o bien permanecer como andrógenos, encontrándose hirsutismo, hipertrichosis, cambios en la voz y tendencia a la alopecia.⁵¹
- **ALTERACIONES EN CAVIDAD BUCAL.** Existe a nivel bucal aumento en la incidencia de enfermedades periodontales, xerostomía, afecciones como líquen plano, síndrome de Sjögren y SBD. Una correcta prevención con control de placa y buena higiene disminuirá los riesgos de aparición de problemas bucales. Grushka M

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

menciona que en mujeres posmenopáusicas con SBD puede encontrarse ardor bucal en el 43%, alteración del gusto en el 27%, o ambos síntomas en el 30% de las pacientes. Forabosco A en su estudio sugiere que en algunas mujeres posmenopáusicas, el malestar bucal puede estar relacionado al retiro de estrógenos y que la terapia hormonal de reemplazo puede aliviar la sintomatología.^{13,54,58}

- ALTERACIONES CARDIOVASCULARES. Antes de los 50 años de edad la enfermedad coronaria es más frecuente en hombres que en mujeres (10:1), a los 70 se iguala. Lo anterior se debe al cese de la función ovárica ya que se pierde el efecto cardioprotector. Hay tendencia a presentar angina de pecho, arritmias e infartos al miocardio.^{51,57}
- ALTERACIONES ÓSEAS. La razón principal de pérdida de masa ósea en mujeres es la resorción aumentada, contrario a lo que pasa en los hombres. El decremento en hormonas femeninas, principalmente estradiol, suprime la absorción intestinal de calcio, lo que conduce a concentraciones elevadas de hormona paratiroidea y resorción ósea aumentada. La osteoporosis es diagnosticada radiográficamente en el 50% de las mujeres posmenopáusicas. Hay lumbalgias, fracturas de cadera o muñeca, y con frecuencia deformaciones consecutivas a fracturas fáciles. Se ha sugerido que la resorción del hueso alveolar es resultado de osteoporosis con la pérdida dental consecutiva.^{18,59}

A pesar de que la literatura divide la sintomatología por déficit estrogénico de la debida al envejecimiento, sin duda ocurre un efecto de cascada, y como ejemplo tenemos que los bochornos pueden ser tan intensos que alteren el sueño, cuya falta deteriora la energía, lo cual reduce la productividad durante el día, alterando las relaciones interpersonales y provocando depresión.⁵⁰

GENERALIDADES DE LA TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO

La terapia hormonal de reemplazo (THR) proporciona beneficios en cuanto al alivio de los signos y síntomas climatéricos como bochornos, insomnio, dispareunia por atrofia vaginal senil y osteoporosis, proporcionando a la paciente una mejor calidad de vida. También

protege contra la arterioesclerosis cardiovascular, reduce los infartos del miocardio y la coronariopatía mortal.^{50,57}

Para determinar si es necesario iniciar la THR en una mujer menopáusica, es necesario hacer un balance inteligente y basado en el conocimiento de los riesgos y beneficios relativos.

Debe obtenerse una historia clínica minuciosa en busca de antecedentes familiares y personales patológicos de cáncer de mama o útero e hipertensión, los cuales constituyen factores potenciales de riesgo. La coronariopatía, como la aterosclerosis coronaria, también se considerará contraindicación, ya que los vasos esclerosados o lesionados son más susceptibles de sufrir trombosis y los estrógenos aumentan el riesgo de fenómenos tromboembólicos. En este tipo de pacientes, en lugar de estrógenos, puede utilizarse, un progestágeno como el acetato de medroxiprogesterona. En ocasiones resulta adecuado suministrar una sedación mínima si las molestias principales son las producidas por factores psicológicos o emocionales, mientras que la deficiencia estrogénica es leve en apariencia.⁵⁰

En México, el uso de estrógenos es más limitado debido a la baja frecuencia de diagnóstico de problemas asociados al climaterio e insuficiente promoción educativa para la población general. Lo anterior impacta desfavorablemente en una menor aceptabilidad y continuidad de uso necesaria para obtener beneficios potenciales en salud y calidad de vida para la mujer. La mujer mexicana está expuesta a información de medios de divulgación popular. Un problema grave es que la atención del climaterio no obedece a estrategias de alcance nacional por parte del Sector Salud y carece de lineamientos establecidos.⁵⁷

THR Y SBD

El rol de la THR en la sintomatología bucal no se ha clarificado hasta nuestros días. La literatura es controversial con respecto al efecto del reemplazo hormonal en la mucosa bucal.

La THR parece mejorar la cantidad y calidad de la función de las glándulas salivales en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. En el estudio de Laine M se recolectaron muestras salivales 1 a 2 días antes y 3 a 5 meses después de comenzar la terapia de reemplazo. En ambos grupos aumentó significativamente el flujo durante el tratamiento. Sewón L analiza la calidad salival antes y después de la terapia de reemplazo, encontrando que las concentraciones de calcio se redujeron, con lo que el efecto de la THR sobre el

recambio general de calcio también se refleja en la saliva. Así mismo, en el estudio de Grodstein F se encuentra que el riesgo de pérdida dental se ve reducido con la THR, sin importar la duración o dosis de la hormona usada.^{18,59,60}

Tourne L reúne resultados de varios autores y menciona que se ha demostrado la presencia de receptores de estrógenos en la encía humana, y aunque algunos estudios han encontrado relación entre el nivel de estrógenos y el grado de proliferación y queratinización celular gingival, otros no han encontrado dicha asociación.

Forabosco A encuentra que las mujeres con sintomatología bucal y receptores de estrógenos en mucosa bucal responden al reemplazo hormonal, cosa que no sucede en las pacientes que carecen de estos receptores. Concluye que la identificación de receptores de estrógenos en la mucosa bucal por técnicas inmunohistoquímicas puede ser apropiada para identificar las pacientes que se beneficiarán con la THR.^{12,35,58}

Otros autores no encuentran benéfica la implementación de la THR, como Ferguson MM, quien no pudo demostrar una reducción substancial de la sintomatología bucal después de iniciado el reemplazo estrogénico. Tarkkila L encuentra que la THR es predisponente del ardor bucal y que su uso no es efectivo en la prevención del SBD. Sus métodos son criticables ya que se basan sólo en cuestionarios y no en exámenes clínicos como hizo Forabosco A.^{31,58,61}

Se ha sugerido que la aplicación tópica de estrógenos contribuye al alivio del ardor bucal. Pisanty S encontró que después de dar masaje con un aceite a base de estrona en un grupo y en otro con un placebo, durante 30 días, mejoró el grosor y queratinización del epitelio bucal y hubo una marcada hipertrofia e hiperplasia del epitelio y profundización de los clavos epiteliales. Se observa que la presión repetida aplicada por medio del masaje en la mucosa bucal atrófica promueve el crecimiento epitelial y una mejor secreción salival, sin importar si lo que se aplica son estrógenos o un placebo.⁶²

TIPOS DE ESTRÓGENOS

Hay tres tipos principales de estrógenos disponibles: fisiológicos (estradiol, estrona y estriol); naturales conjugados (sulfato de estrona, sulfato de equilina y equilenina); y sintéticos (etinilestradiol, mestranol).⁶⁰

El estradiol es la hormona fisiológica más activa, pero todas son eficaces si se administran en la dosis adecuada y en el esquema apropiado. El estradiol fisiológico se utiliza con menos frecuencia que los estrógenos naturales conjugados, debido a que su metabolismo es muy rápido en el aparato digestivo y el hígado; atraviesa rápido a través de la circulación enterohepática y es metabolizado hasta estrona o sustancias conjugadas que se excretan en la orina y heces fecales. El estradiol es más eficaz si se administra por vía parenteral, sea subcutánea, sublingual o transdérmica.^{50,51}

Los estrógenos naturales conjugados se obtienen de la orina de yeguas embarazadas, se absorben por vía oral y se excretan en la orina. Esta formulación produce efectos sistémicos de tipo estrogénico, útiles en el control de los signos y síntomas por deficiencia de estrógenos.^{40,50}

Los estrógenos sintéticos y en especial el mestranol, más que el etinilestradiol, son hepatotóxicos y, por lo tanto, no deben suministrarse en pacientes con hepatopatías conocidas o sospechadas.⁵⁰

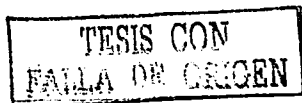
VÍA DE ADMINISTRACIÓN

Los estrógenos ejercen su efecto al adherirse a receptores estrogénicos localizados en el citosol de la célula blanco. La potencia de cada estrógeno depende del tiempo en que el complejo esteroide-receptor ocupe el núcleo de una célula blanco. El estriol tiene el menor tiempo de ocupación del núcleo y se clasifica como un estrógeno "débil".^{50,51}

La vía de administración de los estrógenos puede ser oral, vaginal, transdérmica o subcutánea, por implantación de píldoras o de formas farmacéuticas de acción prolongada.⁵⁰

Los estrógenos por vía oral pasan directo hasta el hígado antes de distribuirse en la circulación, donde son conjugados, metabolizados y en parte excretados, antes de llegar a las células blanco.⁵⁰

La administración intramuscular o subcutánea de los conjugados de estrógenos de acción prolongada, aunque es muy eficaz, tiene la desventaja de ser irreversible en caso de complicaciones.⁵⁰



La vía vaginal tiene varias ventajas. Los esteroides se absorben en forma rápida y reproducible a partir de la vagina, el fármaco llega hasta el órgano blanco antes de circular a través del hígado y tiene un efecto local sobre el espesor del mismo, con dosis menores. La administración vaginal provoca cifras circulantes mayores de hormona en menos tiempo que una dosis oral comparable.⁵⁰

En la vía parenteral, la cantidad de estrógeno que llega a la circulación es mayor que en el suministro oral, debido a la ausencia del efecto de primer paso hepático. Por lo tanto, tiene la ventaja de poder utilizarse en dosis menores, lo que produce una mayor biodisponibilidad de los estrógenos en los órganos blanco.⁵⁰

ESQUEMA DE TRATAMIENTO

Se recomienda agregar a los estrógenos algún progestágeno, como acetato de medroxiprogesterona (Provera) en dosis de 10 mg o bien noretindrona (Norlutin), 0.35 mg durante los últimos 10 días de la administración de estrógenos.^{50,51}

Un esquema que casi siempre tiene éxito en pacientes con síntomas constantes es el de 1.25 mg de estrógenos conjugados (Premarin) a diario desde el día primero hasta el 25 de cada mes y se añade algún progestágeno desde el día 16 hasta el 25. Esta dosis no es necesaria por más de dos meses. Después de los dos primeros meses, comienza a reducirse hasta llegar a 0.625 mg del estrógeno conjugado durante los tres a cuatro meses siguientes y 0.3 mg por los siguientes cinco a seis meses.⁵⁰

Las pacientes que no aceptan la adición del progestágeno tienen un mayor riesgo de desarrollar hiperplasia endometrial y, con el tiempo, la posibilidad de carcinoma endometrial. Por lo tanto, el tratamiento sólo con estrógenos debe ser cíclico y con la menor dosis posible. La frecuencia de hiperplasia y carcinoma se reduce añadiendo algún progestágeno a la terapéutica estrogénica y previene más la osteoporosis. El tratamiento con estrógenos y progesterona provoca cierta hemorragia vaginal, por lo que el médico debe alertar a la paciente.^{50,51}

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El tema de SBD ha sido ampliamente estudiado y hoy en día poseemos bibliografía proveniente de muchos países, entre ellos Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña, España, Suecia, Bélgica, Finlandia, Italia, Francia, Australia, Sudáfrica e Israel. Sin embargo, no existen reportes en la literatura de que en nuestro país se haya realizado estudio alguno sobre SBD.

Desconocemos aspectos importantes sobre este tema, tales como prevalencia que se presenta en nuestra población mexicana, factores predisponentes que aquejan a las mujeres mexicanas para padecer SBD, papel que juega el estado psicogénico, económico y social en su etiología a diferencia de las naciones desarrolladas.

Otro aspecto importante a considerar es la etapa del clímax, ya que deben existir alteraciones fisiológicas características que estén predisponiendo a la mujer a padecer este síndrome. Existen varios estudios donde se reporta la presencia de SBD y problemas del clímax en la mujer sin embargo este tema no se conoce a fondo en nuestro ambiente odontológico, y por lo tanto, no se sabe cuáles son los trastornos climatéricos que influyen en la sintomatología bucal de cada paciente.

Es preocupante el hecho de que no se disponga de un método adecuado que facilite al odontólogo la obtención de datos que revelen los factores de riesgo presentes en cada caso de SBD. La falta de una historia clínica específica para este tipo de pacientes ha traído como resultado un tratamiento deficiente que provoca que el paciente, cansado de buscar en odontólogos y médicos alivio o al menos respuesta a su padecimiento, tenga un mal pronóstico en su calidad de vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Es de gran importancia para el ambiente odontológico en nuestro país, el conocer los factores de riesgo de SBD que presentan nuestras pacientes y comprender los aspectos fisiopatológicos del climaterio, para poder así abordar de forma adecuada este trastorno tan difícil de manejar.

Estudios previos sobre SBD han revelado la presencia de múltiples factores asociados a esta patología, sin embargo, muchos de ellos incluyen lesiones ulcerativas, erosivas e infecciosas (candidiasis, úlceras, gingivitis, periodontitis, etc.) con lo cual la muestra se hace grande y los resultados se alteran. En este estudio se excluye cualquier tipo de lesión clínica en cavidad bucal, para poder hablar de SBD y obtener valores confiables, a pesar de que la muestra no sea grande.

Este estudio pretende contribuir al bienestar del paciente que padece SBD, ofreciendo al profesional de la salud los medios para una adecuada identificación de los factores asociados a este trastorno. Dichos medios son la recopilación de una variada literatura, explicación del climaterio, una detallada historia clínica encaminada al hallazgo de factores etiológicos, y resultados obtenidos en una población de mujeres mexicanas sobre los factores que se observan más frecuentemente.

Es necesario abrir las puertas a futuras investigaciones en nuestra sociedad sobre este tema tan complejo y poder así contribuir con valiosas aportaciones a la odontología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO GENERAL

Conocer los factores asociados a SBD e identificarlos en las pacientes diagnosticadas que acudieron al Laboratorio de Patología Bucal Clínica y Experimental de la DEPeI de la Facultad de Odontología de la UNAM de enero del 2001 a diciembre del 2002.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer edad y estado civil de las pacientes.
- Conocer el tiempo de evolución del dolor, localización, rango de duración y su evaluación con la escala visual análoga (VAS).
- Identificar el tipo de SBD.
- Conocer las circunstancias bajo las cuales se presentó el dolor por primera vez.
- Conocer la etapa climaterica y si su menopausia fue natural o artificial.
- Conocer los factores locales asociados, como son presencia de xerostomía, bordes cortantes, restauraciones o prótesis desajustadas y presencia de hábitos parafuncionales.
- Conocer los factores sistémicos asociados, como son presencia de polimedicación, uso de fármacos que causen xerostomía y/o ardor bucal, presencia de eritropenia, hiperglucemia y déficit estrogénico.
- Conocer los factores psicogénicos asociados, como son presencia de problemas intrafamiliares, insomnio, cancerofobia, depresión y ansiedad.

HIPÓTESIS

Si el SBD presenta diversos factores de riesgo incluyendo locales, sistémicos y psicogénicos, entonces el grupo de pacientes mexicanas con SBD de este estudio, presentará factores de riesgo locales, sistémicos y psicogénicos similares a los reportados en la literatura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y MÉTODOS

> TIPO DE ESTUDIO

- Transversal.

> UNIVERSO DE ESTUDIO

- Todos los pacientes que acudieron al Laboratorio de Patología Bucal Clínica y Experimental de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM, de enero del 2001 a diciembre del 2002.

> POBLACIÓN DE ESTUDIO

- Pacientes diagnosticados con SBD.

> TAMAÑO DE LA MUESTRA

- Pacientes de género femenino diagnosticadas con SBD.

> CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes de género femenino que presenten la sintomatología característica del síndrome de boca dolorosa y que a la inspección clínica presenten mucosa clínicamente normal con ausencia de signos clínicos de lesión.

TESIS CON
FALLA DE CUBRIMIENTO

➤ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

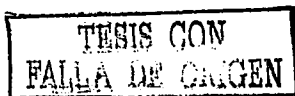
- Pacientes de género masculino, hayan o no sido diagnosticados con síndrome de boca dolorosa.
- Pacientes de género femenino quienes refieren tener ardor en alguna parte de la cavidad bucal, pero en quienes se hayan encontrado signos clínicos de lesión durante la exploración.

➤ VARIABLE DEPENDIENTE

- **Síndrome de Boca Dolorosa (SBD).** Entidad patológica caracterizada por una sensación de ardor en una mucosa bucal clínicamente sana. Esta variable se clasificará en: Tipo I si la sintomatología no se presenta en las mañanas pero comienza y progresa durante el día; Tipo II si la sintomatología está presente al despertar y es constante todo el día; Tipo III si el dolor se presenta unos días sí y otros no.

➤ VARIABLES INDEPENDIENTES

- **Edad.** Tiempo que una persona ha vivido y que es cuantificable en años.
- **Estado civil.** Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.
- **Dolor.** Es toda aquella experiencia subjetiva desagradable. El nivel del dolor se obtendrá con la escala análoga visual (VAS), en la cual, el dolor será evaluado por el paciente de 0 (sin dolor) a 10 (dolor extremo). El tiempo de evolución del dolor y su rango se cuantificarán en años. La localización del dolor indicará el o los sitios afectados en cavidad bucal.
- **Circunstancias bajo las cuales comienza la sintomatología.** En los casos en los que el paciente refiera que su sintomatología empezó a raíz de un suceso específico, se indicará si es de orden psicogénico, si comenzó por un tratamiento dental o médico previo.



- **Climaterio.** El climaterio es la etapa de la vida que separa la fase reproductiva de la no reproductiva en la mujer, y se divide en premenopausia si antecede a la menopausia, y posmenopausia si le sucede. Se obtendrá también el tiempo en años que ha pasado desde que tuvo la paciente su menopausia y el tipo de ésta, ya sea natural, es decir si el cese de la menstruación fue fisiológica, o bien artificial, si fue inducida por medios quirúrgicos como la histerectomía y/u ooforectomía uni o bilateral.
- **Xerostomía.** Factor local del SBD que se define como sequedad bucal por la disminución o ausencia de secreción de las glándulas salivales. Debe apreciarse clínicamente la mucosa bucal deshidratada, con saliva disminuida y apariencia pastosa blanca o formando hebras.
- **Bordes cortantes, restauraciones o prótesis desajustadas.** Factor local del SBD en el que se observan estructuras cortantes o afiladas, así como materiales de restauración y prótesis defectuosas o desajustadas que provocan fricción a cualquier parte de la mucosa bucal.
- **Hábitos parafuncionales.** Factor local del SBD en el que ocurren movimientos o posturas bucales perniciosas, principalmente del labio o la lengua, que se adquieren por su repetición frecuente e involuntaria.
- **Poli medicación.** Factor sistémico del SBD en el que el paciente utiliza dos o más fármacos de manera habitual.
- **Fármacos predisponentes de xerostomía.** Factor sistémico del SBD en el que los fármacos que utiliza el paciente provocan xerostomía como reacción adversa, como los ya mencionados con anterioridad.
- **Fármacos predisponentes de ardor bucal.** Factor sistémico del SBD en el que los fármacos que utiliza el paciente provocan ardor bucal como reacción adversa, como los ya mencionados con anterioridad.
- **Eritropenia.** Factor sistémico del SBD que se caracteriza por la disminución del número de glóbulos rojos en la sangre, y cuyo recuento en mujeres sea inferior a 4.2 mill de eritrocitos por mm³ y menor a 12 g/dl de hemoglobina.
- **Hiper glucemia.** Factor sistémico del SBD que se define como el aumento en el nivel de glucosa en sangre, y que sea superior a 115 mg/dl.
- **Déficit estrogénico.** Factor sistémico del SBD en el que los valores de estrógenos sanguíneos en mujeres están por debajo de los 50 pg/ml.

- **Depresión y ansiedad.** Factores psicogénicos del SBD en que el estado emocional del paciente se caracteriza por disminución de la vitalidad y episodios de tristeza, así como aprehensión acompañada de inquietud y tensión.
- **Problemas intrafamiliares.** Factor psicogénico del SBD en que el individuo presenta un desorden emocional crónico con su entorno familiar.
- **Insomnio.** Factor psicogénico del SBD en el que se observa dificultad o incapacidad para dormir durante el período en que el sueño ocurre normalmente.
- **Cancerofobia.** Factor psicogénico del SBD que se caracteriza por la presencia de un miedo mórbido de adquirir o tener un padecimiento maligno.

➤ RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

MATERIAL

- Historia clínica para pacientes con SBD (Anexo 1, 2 y 3)
- Solicitud de estudios de laboratorio
- Solicitud de interconsulta
- Recetario
- Hojas de memorandum
- Guantes para exploración
- Cubrebocas
- Lámpara para la exploración bucal
- Gasas
- Chicle sin azúcar
- Pipeta milimetrada
- Papelería
- Equipo de cómputo y accesorios

PROCEDIMIENTO

El procedimiento para la obtención de datos en este estudio se hace por medio de la Historia Clínica elaborada para el Laboratorio de Patología Bucal especial para pacientes que padecen SBD (Anexo 1, 2 y 3). En ella se incluyen un detallado interrogatorio, exploración bucal y estudios complementarios principalmente.

Dentro del interrogatorio directo que se le hace a la paciente se indaga sobre datos demográficos, características de la sintomatología bucal, antecedentes dentales, heredo-familiares, personales patológicos y no patológicos, así como también antecedentes quirúrgicos, farmacológicos, ginecológicos y psicopatológicos. El interrogatorio consta de preguntas específicas encaminadas al cumplimiento de los objetivos, ya que, de no contar con un formato ya establecido, sería muy difícil la identificación de los factores asociados a SBD.

Al terminar el interrogatorio, se procede a hacer la exploración bucal auxiliándose de lámpara, guantes y gasas para exploración, registrando el estado de los tejidos blandos, órganos dentarios, materiales de restauración y ATM. Se cuantifica la salivación en reposo indicando al paciente juntar su secreción salival durante un minuto y escupirla en una pipeta milimetrada; para la sialometría estimulada se da a masticar un chicle sin azúcar siguiendo las mismas indicaciones. Se solicitan entonces los estudios de gabinete pertinentes y los de laboratorio, de los cuales son básicos una ortopantomografía, biometría hemática, química sanguínea y nivel estrogénico en sangre.

Una vez obtenidos todos los datos necesarios es posible emitir el diagnóstico indicando el tipo de SBD que presenta la paciente, así como los factores locales, sistémicos y psicogénicos identificados.

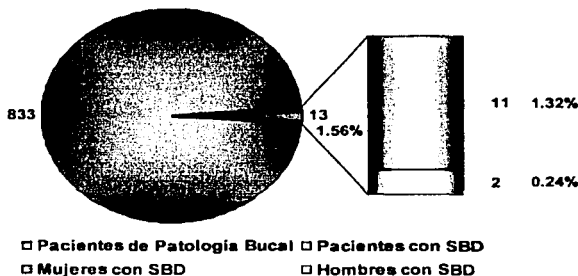
Finalmente, la obtención de estos datos servirá para identificar los casos que requieran de remisión o interconsulta, ya sea a nivel odontológico, médico o psicológico, con el fin de que la paciente reciba un tratamiento integral que disminuya su exposición al factor etiológico.

RESULTADOS

Once pacientes de género femenino fueron incluidas en el estudio. Su edad promedio fue de 65 años.

La gráfica 1 muestra que de los 833 pacientes referidos a Patología Bucal en la DEPEI de la Facultad de Odontología de la UNAM durante dos años, 13 sujetos fueron diagnosticados con SBD, de los cuales 11 son pacientes de género femenino y 2 del masculino. La prevalencia de SBD en este estudio fue del 1.56%.

UNIVERSO DE ESTUDIO



Gráfica 1. Universo de estudio

Los tipos de SBD que se encontraron en este estudio fueron dos: el tipo I que se presentó en 5 de 11 pacientes (45.5%) y el SBD tipo II que se presentó en 6 de 11 pacientes (54.5%). No hubo ningún caso de SBD tipo III (0.0%). Es decir, hay más pacientes que sufren los síntomas desde que se despiertan hasta que se van a dormir.

TIPO I (No. de casos)	TIPO II (No. de casos)	TIPO III (No. de casos)
5	6	0

Tabla 1. Tipo de SBD

La tabla 2 muestra algunos datos demográficos de importancia. Se observó que la séptima década de la vida fue la más afectada, y la menos fue la novena. Predominaron las pacientes viudas (45.5%), sobre las casadas (36.4%) y las divorciadas (18.2%). Las pacientes de este estudio fueron mujeres en la etapa de la posmenopausia (54.5%) y vejez (45.5%); ningún caso perteneció a la menopausia ni a la perimenopausia (0.0%).

EDAD (años)		ESTADO CIVIL (No. de casos)			ETAPA DE LA VIDA (No. de casos)	
PROMEDIO	RANGO	VIUDAS	CASADAS	DIVORCIADAS	POSMENOPAUSIA	VEJEZ
65	51-83	5	4	2	6	5

Tabla 2. Datos demográficos

Al comparar los tiempos de evolución del dolor en cavidad bucal y el tiempo transcurrido desde que ocurrió la menopausia, se observa que el 90.9% de las pacientes tienen más tiempo de haber experimentado la menopausia que el dolor, y sólo una reporta que la menopausia y la sintomatología bucal comenzaron a la par (9.1%).

Predominan las pacientes cuya evolución del dolor no supera los 12 meses (54.5%), sin embargo, hubo quien ha soportado la sintomatología por 10, 15 y hasta 20 años.

Un dato interesante es que cuatro de las pacientes (36.4%) tuvieron su menopausia de manera artificial o quirúrgica, practicándoseles la histerectomía entre los 40 y los 44 años de edad. A este grupo pertenece la paciente cuyos tiempos de evolución de la menopausia y del dolor coinciden.

DOLOR (años)		MENOPAUSIA (años)		TIPO DE MENOPAUSIA (No. de casos)	
EDAD PROMEDIO EN QUE SE PRESENTÓ	RANGO DE DURACIÓN	EDAD PROMEDIO EN QUE SE PRESENTÓ	RANGO DESDE QUE OCURRIÓ	NATURAL	ARTIFICIAL
61	0.5-20	45.5	5-40	7	4

Tabla 3. Dolor bucal y menopausia

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A pesar de que la sensación ardorosa puede involucrar cualquier sitio de la cavidad bucal, la lengua es por mucho el sitio de localización más frecuente, ya sea sola (45.5%) o con múltiples áreas involucradas (54.5%). El 81.8% refiere que ésta es la localización más afectada.

<i>LOCALIZADO</i> (No. de casos)		<i>GENERALIZADO</i> (No. de casos)		
<i>Sólo lengua</i>	<i>Otro sitio</i>	<i>Principalmente en lengua</i>	<i>Principalmente en labio</i>	<i>Principalmente en procesos alveolares</i>
5	0	4	1	1

Tabla 4. Localización del dolor

Las circunstancias bajo las cuales comenzó el dolor se muestran en la siguiente tabla, predominando las mujeres que relacionan el comienzo de su padecimiento a un suceso de orden emocional, como son la muerte del cónyuge y problemas intrafamiliares crónicos (54.5%). En una de ellas (9.09%) fue a raíz de un tratamiento dental, específicamente un curetaje periodontal, según refiere la paciente.

<i>SUCESO PSICOGÉNICO</i> (No. de casos)	<i>TRATAMIENTO DENTAL</i> (No. de casos)	<i>RELACIÓN NULA</i> (No. de casos)
6	1	4

Tabla 5. Circunstancias bajo las cuales comienza la sintomatología

La tabla 6 describe los diferentes factores asociados a SBD que se encontraron en las pacientes.

El factor local más frecuente fue la disminución de la secreción salival o xerostomía en el 81.8% de los casos.

Los factores sistémicos fueron difíciles de determinar debido a que el 36.4% de las pacientes no obtuvo sus estudios de laboratorio, sin embargo, es posible indicar que seis de siete pacientes (85.7%) presentan déficit estrogénico con niveles de estrógenos en sangre de 10 a 50 pg/ml. Se encontró que el 81.8% están polimedcadas (2 a 7 fármacos) y en promedio, cada paciente toma 2.63 fármacos. Además, nueve pacientes (81.8%) toman algún fármaco predisponente de xerostomía, y son éstas quienes precisamente la padecen.

Dentro de los trastornos psicogénicos, la depresión y la ansiedad fueron los más comúnmente encontrados (90.9%).

		NÚMERO DE CASOS /TOTAL DE PACIENTES	%
FACTORES LOCALES	Xerostomía	9/11	81.8
	Bordes cortantes, restauraciones, prótesis	8/11	72.7
	Hábitos parafuncionales	7/11	63.6
FACTORES SISTÉMICOS	Polimedcación	9/11	81.8
	Fármacos predisponentes de xerostomía	9/11	81.8
	Fármacos predisponentes de ardor bucal	2/11	18.2
	Eritropenia	2/7	28.6
	Hiperglucemia	0/7	0.0
	Déficit estrogénico	6/7	85.7
FACTORES PSICOGÉNICOS	Depresión y ansiedad	10/11	90.9
	Problemas interfamiliares	7/11	63.6
	Insomnio	7/11	63.6
	Cancerofobia	6/11	54.5

Tabla 6. Factores locales, sistémicos y psicogénicos

A continuación se enlistan los tipos de fármacos que utilizaban las pacientes, de los cuales el 80% provoca reacciones adversas en cavidad bucal.

El medicamento que más comúnmente tomaban las pacientes fue clonazepam (Rivotril) del grupo de los antiepilépticos, prescrito para el tratamiento de la ansiedad y depresión según refieren.

Dentro de los antiinflamatorios y analgésicos que toman las pacientes esta la asociación de metocarbamol con paracetamol (Robaxifen), clorhidrato de tramadol con acetato de sodio (Tradol) y paracetamol con fosfato de codeína (Tylex[®]CD). Las pacientes refieren tomar dichos medicamentos para cualquier tipo de dolor, principalmente muscular.

Dos de las tres pacientes que toman antihipertensivos toman captopril (Capotena), inhibidor de la ECA cuyos efectos adversos en cavidad bucal son diversos, como ya ha sido expuesto anteriormente.

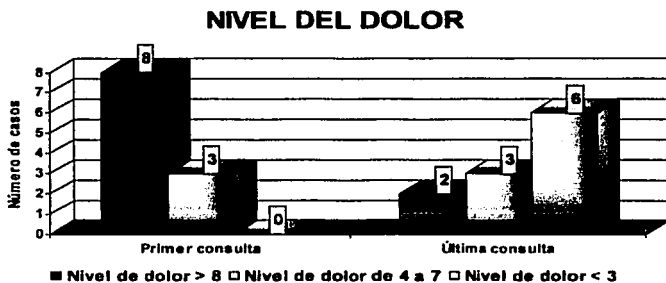
Una de las pacientes bajo terapia hormonal tomaba tibolona (Livial), esteroide anabólico sintético para el tratamiento de los síntomas posmenopáusicos. Ella refiere haber desaparecido el dolor bucal al suspender el uso de éste.

TIPO DE FÁRMACO	NÚMERO DE PACIENTES	%
Antiepilépticos	6	54.5
Antiinflamatorios y analgésicos	4	36.4
Sedantes y ansiolíticos	3	27.3
Antihipertensivos	3	27.3
Antimicóticos	3	27.3
Vitaminas y minerales	3	27.3
Antidepresores	3	27.3
Antimigrañosos	2	18.2
Hormonas sexuales	2	18.2

Tabla 7. Tipo de fármaco

La gráfica 2 muestra el nivel del dolor evaluado con la escala visual análoga (VAS). Se observó que el nivel del dolor al momento de realizar la historia clínica fue mayor de 8 en ocho de las pacientes (72.7%), tres de las cuales refieren padecer un nivel de ardor máximo de 10. El nivel es de 4 a 7 en tres pacientes (27.3%). Ninguna paciente refiere un nivel del dolor menor de 3 (0.0%).

Como hallazgo complementario, mas no como resultado del estudio, se muestra el nivel del dolor que presentaron las pacientes para la última consulta después del tratamiento alternativo que se ofrece en el laboratorio de Patología Bucal. En nueve pacientes el nivel del dolor bajó considerablemente, siendo menor de 3 para seis de ellas (54.5%). En dos pacientes permaneció en el mismo nivel de 8 (18.2%), sin embargo ninguna tuvo nivel máximo de 10 y en ninguna aumentó el dolor.



Gráfica 2. Nivel del dolor

DISCUSIÓN

Se encontró una prevalencia de 1.56% en pacientes que acuden a la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM. A comparación de los resultados obtenidos por Hakeberg M y Bergdahl M del 3.9% y 3.7% respectivamente, se observa que la cifra en nuestro estudio es menor, a pesar de que no fue obtenida de la población en general, sino de pacientes que acuden a un centro de especialidades odontológicas. Esto es probablemente debido a que no existe una cultura de atención odontológica en nuestro país, y los pacientes, además de no recibir información sobre este padecimiento, acuden a consulta hasta que el dolor es insoportable.

La razón mujeres a hombres es de 6.5:1, lo cual es contrastante con el 3:1 de Basker RM y Maresky LS y muy próximo al 7:1 de Lamey PJ. La edad promedio en que se presentó el SBD en las pacientes fue de 65 años, lo cual es ligeramente superior a la obtenida por autores como Maresky LS, Grushka M y Bergdahl M, con un resultado de 62, 60 y 57 años respectivamente.

Trombelli L y Hakeberg M encuentran que el nivel del dolor en sus pacientes con SBD según la escala visual análoga es de 5 y de 3.8 respectivamente. En el presente estudio se obtuvo un nivel del dolor muy superior, de 8.5 con la misma escala, lo cual lleva a pensar acerca de la gravedad de los casos de SBD que tenemos en México, aunado a que la prioridad de la mujer mexicana no es buscar atención médica, y mucho menos dental.

Los resultados de este estudio concuerdan con los obtenidos por Browning S, Lamey PJ, Ship J y Bergdahl M, quienes mencionan que los pacientes con SBD sufren de problemas psicogénicos. Sin embargo, la cifra de pacientes con alteraciones psicogénicas que se obtuvo fue del 90.9%, muy superior al 44% que encuentra Browning S, por ejemplo. Esto se debe a que el estudio de este autor fue encaminado exclusivamente a la detección de desórdenes psiquiátricos, llevando a cabo evaluaciones psiquiátricas de orden familiar, personal, social, médico y mental por medio de un especialista en psiquiatría.

Al igual que Grushka M, Gorsky M, Maresky LS, Chimenos E, Basker RM y Ferguson MM, nuestros resultados muestran que la xerostomía es un factor que afecta frecuentemente a los pacientes que padecen SBD. A diferencia de Hakeberg M encontramos que un estado dental alterado es un factor usual en este tipo de pacientes; sin embargo, la población sueca

diffiere de la mexicana en muchos aspectos, comenzando por la cultura de atención odontológica y acceso a servicios médicos y dentales, etc., los cuales se ven reflejados en la condición dental de la población.

La medicación como factor etiológico sistémico es un tema variado y difícil. Autores como Hakeberg M encuentran que el consumo de medicamentos antihipertensivos, sedantes y hormonas sexuales es predisponente de sintomatología bucal. Gorsky M muestra en sus resultados que el fármaco más frecuentemente consumido fue clordiazepoxide (Librium) del grupo de las benzodiazepinas. En cambio, Tarkkila L y Bergdahl M, indican que los más utilizados fueron la terapia hormonal de reemplazo y las tiroxinas, respectivamente. En el presente estudio se encontró que el medicamento que más frecuentemente tomaron las pacientes fue clonazepam (Rivotril), antiépiléptico que provoca sequedad bucal, entre otros efectos adversos.

Con respecto a las alteraciones menopáusicas como factores de riesgo del SBD, Tarkkila L encuentra que la sintomatología climatérica fue predictiva de ardor bucal y xerostomía. Este estudio aborda el tema del climaterio reuniendo una variada literatura y encontrando al igual que Massler M, Ferguson MM, Wardrop RW y Frutos R que durante el climaterio, específicamente en la posmenopausia, se ve incrementada la sintomatología bucal que experimentan las mujeres.

A pesar de que no haber sido parte del estudio, la terapéutica con sialogogos e infusión de nopal en nuestras pacientes mexicanas fue exitosa para combatir la xerostomía en las ocho pacientes que siguieron las recomendaciones. En contraste, Gorsky M administra 5 mg cuatro veces al día de pilocarpina hidrociorada (Pilocar) para estimular la salivación, obteniendo resultados insatisfactorios. El tratamiento alternativo a base de nopal ofrece buenos resultados y beneficios múltiples, además de su bajo costo y fácil adquisición en nuestro país, a diferencia de los sustitutos salivales utilizados en otros países.

El presente estudio ofrece resultados descriptivos mas no significativos sobre los factores asociados a SBD, situación que puede conseguirse ampliando el tamaño de la muestra y reorganizando la metodología para un futuro estudio a partir de éste. Sin embargo, a pesar de las limitaciones presentes (sólo género femenino, tamaño de la muestra, controles, etc.) el estudio proporciona un panorama general sobre el SBD en una población de mujeres mexicanas, sus factores asociados, prevalencia, características clínicas, y terapéutica disponible.

CONCLUSIONES

- Este estudio sugiere que el grupo de factores etiológicos psicogénicos, es el más frecuentemente encontrado en las pacientes que padecen SBD, siendo la depresión y la ansiedad los desórdenes psicogénicos más comunes.
- Dentro de los factores etiológicos locales, la xerostomía es la más frecuente, seguida por la presencia de bordes cortantes, restauraciones o prótesis desajustadas.
- La polimedicación y el uso de fármacos predisponentes de xerostomía son los factores asociados más frecuentes dentro del grupo de factores etiológicos sistémicos.
- Se sugiere que la deficiencia estrogénica no es un factor determinante de SBD, sin embargo es el principal agente fisiopatológico responsable de los trastornos característicos del climaterio, y con ello, de la alteración psicogénica productora en gran parte, de la sintomatología de SBD.
- La sintomatología del SBD es el resultado de la interrelación de múltiples factores locales, sistémicos y psicogénicos, entre ellos los trastornos posmenopáusicos que se ven reflejados en el estado emocional y físico de estas mujeres.
- El conocimiento de los factores de riesgo de SBD, así como el uso de una historia clínica especial para estos pacientes, son la base de una identificación precisa de factores etiológicos, y por lo tanto de un diagnóstico acertado necesario para otorgar un mejor tratamiento.
- El empleo de un tratamiento alternativo como lo es la capsicina y la infusión de nopal, además de ser de fácil adquisición y bajo costo en nuestro país, puede brindar beneficios en la sintomatología del SBD.
- El SBD requiere de la atención de varias especialidades médicas, y por lo tanto de recursos económicos considerables para mantener un tratamiento integral, situación que desgraciadamente en nuestro país es difícil conseguir.
- Los problemas sociales, culturales y económicos que aquejan a las mujeres mexicanas difieren de aquellos que puedan padecer las mujeres de otros países, como los primer mundistas por ejemplo, donde el nivel de vida es más alto, la ideología no es tan conservadora, y las condiciones laborales y familiares no exigen tanto desgaste físico y emocional por parte de la mujer.

GLOSARIO

ÁCIDO CLORHÍDRICO.- Compuesto formado por hidrógeno y cloro. Se segrega en el estómago y es el principal componente del jugo gástrico.

ÁCIDO GRASO.- Ácidos orgánicos producidos por la hidrólisis de las grasas neutras. Los ácidos grasos esenciales son moléculas insaturadas que no pueden ser producidas por el organismo y que, por tanto, deben proceder de la dieta. Los ácidos araquidónico y linoleico son dos tipos de ácidos grasos esenciales.

ACLORHIDRIA.- Trastorno caracterizado por la ausencia de ácido clorhídrico en el jugo gástrico.

ADRENÉRGICO.- Relativo o correspondiente a las fibras nerviosas simpáticas del sistema nervioso autónomo, que emplean como neurotransmisor a la adrenalina, entre otros.

ALBÚMINA.- Proteína hidrosoluble que contiene carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno y sulfuro. Se encuentra en prácticamente todos los tejidos animales y en muchas plantas.

ALCALOIDE.- Miembro de un amplio grupo de compuestos orgánicos producidos por las plantas, incluidas muchas sustancias con actividad farmacológica.

ALDOSTERONA.- Hormona esteroidea producida por la corteza suprarrenal encargada de regular el equilibrio de sodio y potasio en la sangre.

ALMIDÓN.- En las plantas, principal molécula utilizada para almacenamiento alimentario. El almidón es un polisacárido y está compuesto por largas cadenas de glucosa. En los animales, el exceso de glucosa se almacena en forma de glucógeno.

ALOPECIA.- Ausencia parcial o completa de pelo.

ANDROSTENEDIONA.- Hormona esteroidea androgénica menos potente que la testosterona, secretada por el testículo, la corteza suprarrenal y el ovario.

ANEMIA MEGALOBLÁSTICA.- Trastorno sanguíneo caracterizado por la producción y proliferación periférica de eritrocitos inmaduros, grandes y disfuncionales. Los megaloblastos suelen estar asociados con anemia perniciosa y anemia por deficiencia de ácido fólico.

ANGINA DE PECHO.- Dolor torácico paroxístico cuyo origen suele ser la anoxia miocárdica debida a aterosclerosis de las arterias coronarias. El dolor generalmente se irradia hacia la cara interna del brazo izquierdo, y se acompaña frecuentemente de sensación de ahogo y de muerte inminente. Los ataques de angina de pecho a menudo se relacionan con el esfuerzo, el estrés emocional y la exposición al frío intenso.

ANGIOEDEMA.- Tumefacción indolora y difusa, que suele localizarse en labios, cuello o cara, que no produce cambios en el color de la piel, asociada a una reacción alérgica.

ANGIOTENSINA.- Polipéptido que circula por la sangre produciendo vasoconstricción, aumento de la presión arterial y liberación de aldosterona de la corteza suprarrenal.

ANHEDONIA.- Incapacidad para sentir placer o satisfacción a partir de experiencias que por lo común resultan placenteras.

ANSIEDAD.- Estado anímico caracterizado por una sensación generalizada de temor, inseguridad, desasosiego, que no reconocen un estímulo visible.

ANTICOLINÉRGICO.- Agente que compite con el neurotransmisor acetilcolina por los receptores de las uniones sinápticas. Los fármacos anticolinérgicos reducen los espasmos de la musculatura lisa de la vejiga, intestino y bronquios; relajan el esfínter del iris; disminuyen las secreciones gástrica, bronquial y salival; reducen la sudoración y aceleran la conducción de los impulsos nerviosos a través del miocardio bloqueando los impulsos vagales.

ANTICUERPO ANTINUCLEAR.- Autoanticuerpo que reacciona con el material nuclear. Los anticuerpos antinucleares se hallan en el suero sanguíneo de pacientes con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren.

ANTIDEPRESIVO.- Fármaco antidepresivo. Los antidepresivos tricíclicos bloquean la recaptación de los neurotransmisores amínicos, pero se desconoce el mecanismo exacto de la acción antidepresiva de estos fármacos. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) aumentan la concentración de adrenalina, noradrenalina y serotonina en los lugares de almacenamiento del sistema nervioso.

ANTIISTAMÍNICO.- Toda sustancia capaz de reducir los efectos fisiológicos y farmacológicos de la histamina. Un gran número de fármacos tiene la capacidad de bloquear los receptores de la histamina, y muchos de ellos se pueden utilizar sin prescripción para el tratamiento de las alergias.

ANTIPIRÉTICO.- Agente antipirético. Estos fármacos generalmente disminuyen el umbral de detección térmica del centro termorregulador del hipotálamo, dando lugar a vasodilatación y sudoración.

ANTIPIPSICÓTICO.- Fármaco antipsicótico. Los derivados de las fenotiazinas son los antipsicóticos que se prescriben con más frecuencia en el tratamiento de la esquizofrenia y de otros trastornos afectivos mayores.

ARRITMIA.- Desviación del patrón normal en los latidos cardíacos.

ARTERIOSCLEROSIS.- Trastorno arterial frecuente caracterizado por engrosamiento, pérdida de la elasticidad y calcificación de la pared de las arterias, dando lugar a una disminución del flujo sanguíneo. Esta alteración suele desarrollarse como consecuencia del envejecimiento, hipertensión y diabetes.

- ARTRITIS REUMATOIDE.-** Enfermedad crónica del colágeno, destructiva y en ocasiones deformante, que tiene un componente autoinmunitario. Se caracteriza por inflamación simétrica de la sinovial y aumento del líquido sinovial, lo que ocasiona inflamación de la articulación. Su curso es variable, teniendo remisiones y exacerbaciones.
- ATEROGÉNESIS.-** Formación de placas por debajo de la íntima de la pared arterial.
- ATRESIA.-** Ausencia de una abertura, conducto o canal normales del cuerpo.
- AUTOANTICUERPO.-** Inmunoglobulina que reacciona contra un constituyente normal del cuerpo.
- AUTOINMUNE.-** Que concierne al desarrollo de una respuesta inmune frente a los propios tejidos.
- BRUXISMO.-** Rechinar de los dientes inconsciente y compulsivo, especialmente durante el sueño y en periodos de estrés.
- CANCEROFOBIA.-** Temor morboso a contraer cáncer.
- CANDIDIASIS.-** Término que agrupa varias enfermedades mucocutáneas cuya etiología es un hongo del género *Candida*. Sus manifestaciones bucales son variables: pseudomembranosa, atrófica aguda, atrófica crónica, hiperplásica.
- CARMINATIVO.-** Sustancia que alivia las flatulencias y la distensión abdominal.
- CAUSALGIA.-** Sensación intensa de dolor urente, generalmente en una extremidad, como resultado de la lesión de un nervio sensitivo periférico.
- CEFALEA.-** Dolor de cabeza de cualquier causa.
- CLIMATERIO.-** Fase del envejecimiento de la mujer que señala la transición entre la fase reproductiva y la no reproductiva de la vida, durante la cual ocurre la menopausia.
- COENZIMA.-** Sustancia no proteica que se une a una apoenzima para formar una enzima completa, como en el caso de las vitaminas.
- COGNITIVO.-** Relativo al proceso mental de comprensión, juicio y razonamiento, en contraposición a los procesos emocionales o volitivos.
- COLESTEROL.-** Esteroides liposolubles presentes en aceites y grasas animales y en la yema de huevo, que está ampliamente distribuido por todo el organismo. Facilita la absorción y el transporte de los ácidos grasos y actúa como precursor en la síntesis de vitamina D así como en la síntesis de diversas hormonas esteroideas. La elevación de la concentración de colesterol sérico puede estar asociada a la patogénesis de la arteriosclerosis.
- CUERPO LÚTEO O AMARILLO.-** Estructura que se forma en el ovario tras la ovulación a partir de los restos del folículo de Graaf y que, por acumulación de lípidos, adquiere su característico color amarillo.
- CRESTA NEURAL.-** Banda de células derivadas del ectodermo a cada lado del tubo neural en el desarrollo embrionario.

- DEMULCENTE.-** Sustancia utilizada para calmar o reducir la irritación de superficies que han sufrido abrasión.
- DEPRESIÓN.-** Estado emocional caracterizado por una marcada disminución psicofísica en la vitalidad natural de un individuo.
- DISESTESIA.-** Efecto frecuente de la lesión de la médula espinal, caracterizada por adormecimiento, hormigueo, quemazón o dolor por debajo de la lesión.
- DISFAGIA.-** Trastorno de la deglución, que se vuelve generalmente dolorosa.
- DISGEUSIA.-** Perversión del sentido del gusto. Puede experimentar en su boca un gusto salado o metálico.
- DISPAREUNIA.-** Trastorno en la mujer en que la relación sexual se acompaña de dolor.
- EDEMA.-** Acumulación anormal de líquido en el espacio intersticial de los tejidos.
- ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ECA).-** Enzima que promueve la conversión de angiotensina I en angiotensina II, con lo que la presión arterial se incrementa.
- ERITEMA.-** Enrojecimiento o inflamación de piel o mucosas.
- ESCALA VISUAL ANÁLOGA (VAS).-** Escala por medio de la cual comúnmente se cuantifica la intensidad dolor.
- ESOFAGITIS.-** Inflamación de la mucosa que tapiza el esófago, producida por infección, irritación por una sonda nasogástrica o reflujo de jugo gástrico procedente del estómago.
- ESQUIZOFRENIA.-** Trastorno psicótico caracterizados por grave deformación de la realidad, trastornos del lenguaje y de la comunicación, abandono de la interacción social y desorganización y fragmentación del pensamiento, la percepción y las reacciones emocionales.
- ESTEROIDES.-** Nombre genérico de los compuestos que se parecen al colesterol, con una estructura que corresponde a la del ciclopentenoperhidrofenantreno. Tienen propiedades fisiológicas muy diversas, e incluyen entre otros a las hormonas sexuales, las corticosteroides y los ácidos biliares.
- ESTEROIDOGÉNESIS.-** Síntesis biológica de hormonas esteroides.
- ESTOMATITIS AFTOSA RECIDIVANTE.-** Trastorno recurrente que se caracteriza por la erupción de úlceras en la mucosa bucal.
- ESTOMATODINIA.-** Sensación de dolor en la cavidad bucal.
- ESTOMATOPIROSIS.-** Sensación de ardor y picazón en la cavidad bucal.
- ESTRÉS.-** Conjunto de fenómenos biológicos en que el cuerpo se aparta de su normal condición de reposo y que son causados, entre otros, por las quemaduras extensas, las grandes preocupaciones o emociones, la acción de la corriente eléctrica, etc.
- ESTRÓGENOS.-** Esteroides que se secretan por los folículos ováricos, del cuerpo amarillo, y de la placenta en la mujer en edad reproductiva.

ESTROMA.- Tejido de sostén o matriz de un órgano, para distinguirlo de su parénquima.

FACTOR REUMATOIDE.- Anticuerpos antiglobulina identificados con frecuencia en el suero de pacientes con diagnóstico clínico de artritis reumatoide. También puede aparecer en enfermedades del tejido conjuntivo.

FERRITINA.- Compuesto férrico formado en el intestino y almacenado en el hígado, bazo y médula ósea, para la incorporación a las moléculas de hemoglobina. Los niveles de ferritina sérica se utilizan como indicador de los depósitos de hierro en el organismo. Su nivel de referencia va de 15 a 200 ng/ml.

FOLÍCULO OVÁRICO.- Cavidad o depresión en el ovario que contiene líquido que separa a las células foliculares en capas y que rodea al óvulo.

GASTRECTOMÍA.- Extirpación quirúrgica de todo o, con más frecuencia, de parte del estómago, que se realiza para extirpar una úlcera péptica crónica, detener la hemorragia de una úlcera perforada o para extirpar un tumor maligno.

GINECOMASTIA.- Aumento anormal del tamaño de una o ambas mamas en el varón. Puede estar producido por un desequilibrio hormonal, tumor testicular o hipofisario y tratamiento con estrógenos.

GLOSODINIA.- Dolor en la lengua.

GLOSOPROSIOSIS.- Sensación de ardor y picazón en la lengua.

GLUCOSURIA.- Presencia anormal de glucosa en la orina, como consecuencia de la ingestión de grandes cantidades de carbohidratos o por enfermedad como diabetes mellitus.

GONADOTROPINA.- Sustancia de carácter hormonal que estimula la función de los testículos y de los ovarios. La hormona gonadotrópica folículoestimulante y la hormona luteinizante son producidas y segregadas por la hipófisis anterior.

HEMATEMESIS.- Vómito de sangre roja brillante, que se asocia comúnmente a vómitos esofágicos o a úlcera péptica.

HEMOGLOBINA.- Compuesto de proteína y hierro de la sangre que transporta oxígeno a las células desde los pulmones y dióxido de carbono desde las células a los pulmones. Cada eritrocito contiene de 200 a 300 moléculas de hemoglobina, cada molécula de hemoglobina contiene varias moléculas hemo, y cada molécula hemo puede llevar una molécula de oxígeno. Una molécula de hemoglobina contiene cuatro cadenas polipeptídicas de globina, denominadas en los adultos cadenas alfa (a), beta (b), gamma (g) y delta (d). Sus valor de referencia en mujeres va de 12 a 16 g/dl.

HERPES ZOSTER.- Infección aguda causada por el virus de la varicela-zoster que afecta fundamentalmente a adultos y que se caracteriza por el desarrollo de erupciones cutáneas vesiculares dolorosas que siguen el trayecto del nervio afectado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HIERRO.- Elemento metálico muy abundante, esencial para la síntesis de hemoglobina. Su valor de referencia va de 60 a 190 $\mu\text{g/dl}$.

HIPEREMIA.- Aumento de la sangre en una parte del cuerpo, causada por aumento del flujo sanguíneo; la piel que cubre un área hiperémica generalmente está roja y caliente.

HIPERGLUCEMIA.- Concentración de glucosa en sangre superior a lo normal asociada a diabetes mellitus.

HIPERTRICOSIS.- Ver hirsutismo.

HIPOCRÓMICO.- Que tiene menos color del normal. Término que se utiliza para describir los hematíes y que caracteriza las anemias asociadas a la disminución de la síntesis de hemoglobina.

HIRSUTISMO.- Crecimiento anormal de vello recio en áreas de la piel habitualmente carentes de pelos, en especial en la mujer, cuando la pilosidad se presenta en zonas normalmente reservadas al hombre.

HISTAMINA.- Sustancia presente en todas las células que se libera en las reacciones inflamatorias alérgicas y causa dilatación de los capilares y disminución de la presión sanguínea.

HISTERECTOMÍA.- Ablación del útero.

HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH).- Gonadotropina segregada por el lóbulo anterior de la hipófisis, que estimula el crecimiento y la maduración de los folículos de De Graaf en el ovario y promueve la espermatogénesis en el varón.

HORMONA LUTEINIZANTE (LH).- Hormona glucoproteica, producida por el lóbulo anterior de la hipófisis, que estimula la secreción de hormonas sexuales en el ovario y en el testículo, y que participa en la maduración de los óvulos y espermatozoides. En el hombre induce la secreción de testosterona por las células intersticiales del testículo. En la mujer, la LH, asociada a la FSH, estimula la secreción de estrógenos por el folículo en crecimiento en el ovario.

HORMONA PARATIROIDEA.- Hormona segregada por las glándulas paratiroides que actúa manteniendo una concentración constante de calcio en el líquido extracelular. Regula la absorción de calcio a partir del tracto gastrointestinal, la movilización del calcio óseo, el depósito de calcio en los huesos y la excreción de calcio en la leche materna, en las heces, en el sudor y en la orina.

INFARTO DEL MIOCARDIO.- Oclusión de una arteria coronaria producida por aterosclerosis o por un émbolo procedente de una zona necrótica del sistema vascular miocárdico. Se caracteriza por un dolor torácico opresivo que se puede irradiar al brazo izquierdo, al cuello o al epigástrico y que a veces simula la sensación de una indigestión aguda o de un cólico

billar. El paciente normalmente se pone grisáceo, frío, le falta el aliento y se muestra ansioso y a menudo siente que su muerte es inminente.

INSULINA.- 1. hormona natural que segregan las células beta de los islotes de Langerhans pancreáticos en respuesta al aumento del nivel de glucosa en sangre. La insulina disminuye los niveles de glucosa en sangre y promueve el transporte y la entrada de glucosa en las células musculares y otros tejidos. 2. preparado farmacológico de la hormona, que se utiliza para el tratamiento de la diabetes mellitus.

IRRITABILIDAD.- Sensibilidad exagerada ante estímulos aún leves.

LANCINANTE.- Que corta o desgarrar de forma aguda, como el dolor producido por una lanza.

LARINGITIS.- Inflamación de la mucosa que tapiza la laringe, que se acompaña de edema de las cuerdas vocales con afonía o pérdida de la voz, que se produce como proceso agudo producido por el frío, humos irritantes o cambios bruscos de temperatura, o como un proceso crónico debido a un uso excesivo de la voz, a un consumo elevado de tabaco o a la exposición a vapores irritantes. En la laringitis aguda puede existir tos, y la garganta suele estar áspera y dolorosa.

LÍBIDO.- Energía psíquica o conducta instintiva asociada con el placer, creatividad o deseo sexual.

LINFADENOPATÍA.- Cualquier proceso que afecte a los ganglios o vasos linfáticos.

LIQUEN PLANO.- Enfermedad mucocutánea crónica, cuya etiología está a favor del origen inmunológico, y cuyo blanco principal son las células basales del epitelio. Afecta por igual a mujeres y hombres de mediana edad. Se describen varios tipos en cavidad bucal: reticular, en placas, atrófico, erosivo, buloso.

MEGALOBLASTO.- Eritrocito inmaduro con núcleo voluminoso (macrofíticos) que aparece en grandes cantidades en la médula ósea y en la circulación en anemias asociadas a déficit de vitamina B₁₂ y ácido fólico.

MELENA.- Heces negras patológicas que contienen sangre digerida, signo de úlcera péptica o de una alteración del intestino delgado.

MENARCA.- Primera menstruación que supone el comienzo de la función menstrual cíclica. Suele aparecer entre los 10 y 16 años de edad.

MENOPAUSIA.- Periodo menstrual final y ocurre durante el climaterio. En México se presenta hacia los 47 años de edad.

MIALGIA.- Dolor muscular difuso que habitualmente se acompaña de malestar general.

MICROCÍTICO.- Más pequeño de lo normal, como los eritrocitos en la anemia microcítica.

MIELINIZACIÓN.- Desarrollo de la vaina de mielina alrededor de una fibra nerviosa.

MINERAL.- Sustancia inorgánica que existe de forma natural en la corteza terrestre con una composición química y una estructura cristalina características.

MONOAMINOOXIDASA (MAO).- Enzima que cataliza la oxidación de las aminas.

NEURALGIA.- Trastorno caracterizado por un intenso dolor

NEUROMA.- Neoplasia benigna compuesta principalmente por neuronas y fibras nerviosas, que normalmente se origina en el tejido nervioso.

NEUROSIS.- Forma inadecuada de comportarse ante ansiedad o conflicto interno que conduce a procesos neuróticos.

NEUROTRANSMISOR.- Agente químico que produce impulsos nerviosos entre las sinapsis. Son liberados por los botones sinápticos en las hendiduras sinápticas, y pasan por el espacio existente entre las neuronas presinápticas y postsinápticas.

NOCICEPTIVO.- Perteneciente a un receptor nervioso para estímulos dolorosos.

OLIGODENDROCITO.- Tipo de célula de la neuroglia que presenta proyecciones dendríticas que se enrollan alrededor de los axones de las células neuronales.

OOFORECTOMÍA.- Extirpación quirúrgica de uno o ambos ovarios, realizada para eliminar un quiste o un tumor, abrir un absceso, tratar un cáncer de mama o eliminar la fuente de estrógenos que estimula algunas clases de cáncer. Esta operación a menudo se acompaña de una histerectomía.

OSTEOARTRITIS.- Forma de artritis en la que una o más articulaciones sufren cambios degenerativos. La inflamación de la membrana sinovial de la articulación es un dato habitual en las etapas tardías de la enfermedad. Es la forma más frecuente de artritis. La tensión emocional a menudo agrava el proceso. Habitualmente comienza con dolor después del ejercicio o del uso de la articulación. Se desarrollan rigidez, sensibilidad al tacto, crepitación y aumento de tamaño y, con el tiempo, pueden aparecer deformidad, subluxación y derrame sinovial.

OVULACIÓN.- Expulsión de un óvulo desde el ovario por la rotura espontánea de un folículo maduro como resultado de las funciones cíclicas endocrinas del ovario y de la hipófisis. Habitualmente se produce al decimocuarto día después del primer día del último período menstrual.

PARÉNQUIMA.- Tejido de un órgano diferente al tejido de sostén o conectivo.

PARESTESIA.- Sensación anormal, rara, pervertida que se manifiesta por sensaciones como de quemadura, hormigueo o de pinchazos.

PAROXÍSTICO.- Que tiene un aumento notable, habitualmente episódico de los síntomas.

PLACEBO.- Sustancia inactiva, como suero fisiológico, agua destilada o azúcar, o bien una dosis inferior a la eficaz de una sustancia inofensiva, como una vitamina hidrosoluble, prescrita como si se tratara de una dosis eficaz de una medicación necesaria. Los placebos

se administran a pacientes a los que no se les puede administrar la medicación que requieren o para evaluar propiedades reales de ciertos medicamentos.

PLACENTA.- Órgano de los mamíferos durante el embarazo, que provee comunicación entre la madre y el feto.

POLIDIPSIA.- Sed excesiva característica de varios trastornos diferentes, como la diabetes mellitus, en la que la concentración excesiva de glucosa en la sangre aumenta la excreción de líquido mediante el incremento de las micciones, lo que produce sed.

POLIFAGIA.- Comer en un grado próximo a la glotonería.

POLINEUROPATÍA.- Trastorno en el que están afectados varios nervios periféricos.

POLIURIA.- Excreción de una cantidad anormalmente elevada de orina.

PROGESTERONA.- Hormona sexual segregada por el cuerpo lúteo, que también se obtiene por vía sintética. Suprime el estro y la ovulación y prepara al útero para la preñez. Se prescribe para el tratamiento de diversos trastornos menstruales, infertilidad y ante abortos espontáneos repetidos.

PSICOSIS.- Trastorno mental caracterizado por deterioro importante de la percepción de la realidad, por lo que el individuo evalúa incorrectamente sus percepciones y pensamientos y hace comentarios incorrectos sobre la realidad externa, aún con pruebas en contra.

QUERATINIZACIÓN.- Proceso por el que las células epiteliales expuestas al medio pierden su humedad y son reemplazadas por tejido córneo.

QUERATOCONJUNTIVITIS.- Inflamación de la córnea y la conjuntiva.

REACCIÓN LIQUENOIDE.- Reacción alérgica asociada a medicamentos o materiales dentales de restauración, que se manifiesta como una lesión similar al líquen plano.

RECEPTOR OPIÁCEO.- Grupo de células cerebrales que poseen receptores para los opiáceos, como la morfina.

REFLÚJO.- Flujo retrógrado anómalo de un líquido.

REGURGITACIÓN.- Vuelta del alimento deglutido hacia la boca.

RENINA.- Enzima producida y almacenada en el aparato yuxtaglomerular que rodea a cada arteriola en su entrada al glomérulo. Actúa sobre la tensión arterial catalizando la conversión de angiotensinógeno en angiotensina.

RINITIS.- Inflamación de la mucosa de la nariz, junto con tumefacción de la misma y secreción nasal.

SIALOGOGO.- Todo aquello que estimule la secreción salival.

SÍNDROME DE BOCA ARDOROSA (SBA).- Sinónimo de síndrome de boca dolorosa.

SÍNDROME DE BOCA DOLOROSA (SBD).- Entidad patológica caracterizada por sensaciones quemantes y dolorosas en una cavidad bucal con mucosa clínicamente normal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUSTANCIA P.- Sustancia neurotransmisora no colinérgica del sistema nervioso central de origen proteico asociado a la transmisión de estímulos de dolor.

TECA INTERNA.- Túnica interna de la teca folicular, que es la cubierta de tejido conjuntivo que rodea a un folículo ovárico.

TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO (THR).- Es el tratamiento que pretende sustituir las hormonas (principalmente estrógenos) faltantes en las mujeres pre, meno y posmenopáusicas para aliviar la sintomatología característica.

TINNITUS.- Repiqueteo percibido en uno o ambos oídos.

TRIGLICÉRIDO.- Compuesto formado por un ácido graso y glicerol. Los triglicéridos se sintetizan a partir de la mayoría de las grasas animales y vegetales y son los principales lípidos de la sangre, en la que circulan, unidos a proteínas, formando las lipoproteínas de alta y baja densidad.

TROMBOSIS.- Trastorno vascular en el que se forma un trombo en el interior de un vaso sanguíneo corporal.

ÚLCERA PÉPTICA.- Pérdida circunscrita de la mucosa del estómago o del duodeno o de cualquier otra parte del sistema gastrointestinal expuesta a los jugos gástricos que contienen ácido y pepsina. Las úlceras pépticas están provocadas por una combinación de factores mal conocidos, como la secreción excesiva de ácido clorhídrico, la protección insuficiente de la mucosa, el estrés, los factores hereditarios y el consumo de algunos fármacos. Es característico el dolor punzante que provocan las úlceras en el epigastrio, que no se irradia a la espalda, no se agrava con los cambios de postura y que tiene un patrón temporal que simula el ritmo diurno de la acidez gástrica.

VAGINITIS.- Inflamación de los tejidos vaginales

VITAMINA.- Compuesto orgánico esencial en pequeñas cantidades para el normal funcionamiento fisiológico y metabólico del organismo. Las enfermedades por carencias de vitaminas producen síntomas específicos, habitualmente aliviados por la administración de la vitamina adecuada. Las vitaminas liposolubles son A, D, E y K; las vitaminas del complejo B y la vitamina C son hidrosolubles.

VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VCM).- Estimación del volumen medio de cada eritrocito, obtenido dividiendo el hematocrito entre el número total de hemátfs. Su valor de referencia va de 80 a 95 fl.

XEROFTALMIA.- Trastorno caracterizado por la existencia de córneas y áreas conjuntivales secas y sin brillo.

XEROSTOMÍA.- Sequedad de la boca ocasionada por una disminución del flujo salival. Ello determina alteraciones patológicas en la mucosa bucal, la cual no resiste la resequedad, pudiéndose ocasionar eritemas, fisuración y sensaciones de ardor o quemadura.

REFERENCIAS

1. **Cibirka R, Nelson S, Lefebvre C.** Burning mouth syndrome: a review of etiologies. *J Prosthet Dent* 1997;78:93-7.
2. **Guyton A.** Tratado de fisiología médica. 9ª ed. Interamericana; 2000. p. 661-71.
3. **Diccionario Mosby Medicina, enfermería y ciencias de la salud.** 5ª ed. Ediciones Harcourt; 2001.
4. **Bergdahl J, Anneroth G.** Burning mouth syndrome: literature review and model for research and management. *J Oral Pathol Med* 1993;22:433-8.
5. **Bergdahl M, Bergdahl J.** Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med* 1999;28:350-4.
6. **Ganong W.** Fisiología médica. 16ª ed. Manual moderno; 1998. p. 399-505.
7. **Maresky LS, Biji P, Gird I.** Burning mouth syndrome: evaluation of multiple variables among 85 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75:303-7.
8. **Chimenos E, Marques MS.** Boca ardiente y saliva. *Medicina Oral* 2002;7:244-53.
9. **Woda A, Navez ML, Picard P, Gremeau C, Pichard-Leandri E.** A possible therapeutic solution for stomatodynia (burning mouth syndrome). *J Orofacial Pain* 1998;12:272-8.
10. **Browning S, Scully C, Shirlaw P.** The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;64:171-4.
11. **Kleinhauz E, Baht R, Littner M.** Antecedents of burning mouth syndrome (glossodynia): recent life events vs. psychopathologic aspects. *J Dent Res* 1993;73(2):567-72.
12. **Tourne L, Friction J.** Burning mouth syndrome: critical review and proposed clinical management. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;74:158-67.
13. **Grushka M.** Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987;63:30-6.
14. **Basker RM, Sturdee DW, Davenport JC.** Patients with burning mouth: a clinical investigation of causative factors, including climacteric and diabetes. *Br Dent J* 1978;145:9-16.
15. **Ceccotti EL, Yasnig FH, Zanuso LH, Bernal MP.** Abordaje interdisciplinario en pacientes con síndrome de ardor bucal. *Bol AN de Medicina* 1996;74:441-7.
16. **Lamey PJ, Lewis MAO.** Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. *Br Dent J* 1989;167:197-200.
17. **Hakeberg M, Berggren U, Hägglin C, Ahlqvist M.** Reported burning mouth symptoms among middle-aged and elderly women. *Eur J Oral Sci* 1997;105:539-43.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

18. **Grodstein F, Colditz G, Stampfer M.** Post-menopausal hormone use and tooth loss: a prospective study. *JADA* 1996;127:370-7.
19. **Shlp J, Grushka M, Lipton J, Mott A, Sessle B, Dionne R.** Burning mouth syndrome: an update. *J Am Dent Assoc* 1995;126(7):842-53.
20. **Lamey PJ, Hobson RS, Orchardson R.** Perception of stimulus size in patients with burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med* 1996;25:420-3.
21. **Okeson JP.** Dolor orofacial según Bell. 5a ed. Quintessence; 1999. p. 142.
22. **Trombelli L, Zangari F, Calura G.** Aspetti psicologici nei pazienti affetti da burning mouth syndrome. *Minerva Stomatol* 1994;43:215-21.
23. **Lamey PJ, Lamb AB.** 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.
24. **Main DM, Basker RM.** Patients complaining of a burning mouth: further experience in clinical assessment and management. *Br Dent J* 1983;154:206-11.
25. **Gorsky M, Silverman S, Chinn H.** Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72:192-5.
26. **Lamey PJ, Lamb AB, Hughes A, Milligan K, Forsyth A.** Type 3 burning mouth syndrome: psychological and allergic aspects. *J Oral Pathol Med* 1994;23:216-9.
27. **Lamey PJ, Lamb AB.** Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J* 1988;296:1243-6.
28. **Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J.** Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. W.B. Saunders company; 2002. p. 234-8, 303-8, 398-405, 677-9, 712-30, 714-59.
29. **Whitley B, Holmes A, Shepherd M, Ferguson M.** Peanut sensitivity as a cause of burning mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72:671-4.
30. **Grant SM.** An unusual cause of burning mouth sensation. *Br Dent J* 1993;175:378.
31. **Ferguson MM, Carter J, Boyle P, Hart D, Lindsay R.** Oral complaints related to climacteric symptoms in oophorectomised women. *J Roy Soc Med* 1980;74:492-8.
32. **Massier M.** Oral manifestations during the female climacteric: the postmenopausal syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1951;4:1234-43.
33. **Nuñez M, Tenorio F.** Uso de infusión de nopal como sustituto de saliva en pacientes con xerostomía causada por radioterapia de cabeza y cuello y quimioterapia. Tesis Cirujano Dentista-Facultad de Odontología-UNAM 1999;12-26, 61-74, 84-88.
34. **Lauritano D, Spadari F, Formaglio F, Zambellini M, Salvato A.** Aspetti eziopatogenetici, clinico-diagnostici e terapeutici della sindrome della bocca bruciante. *Minerva Stomatol* 1998;47:239-51.

35. **Wardrop** RW, Hailes J, Burger H, Reade PC. Oral discomfort at menopause. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;67:535-40.
36. National Institutes of Health. Questions and answers about Sjögren's syndrome. NIAMS. 2001 Jan; 1 (4861). Disponible en: <http://www.nih.gov/niams/healthinfo>. Accesado en Marzo 14, 2003.
37. **Pajukoski** H, Meurman J, Halonen P, Sulkava R. Prevalence of subjective dry mouth and burning mouth in hospitalized elderly patients and outpatients in relation to saliva, medication and systemic diseases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;92:641-9.
38. **Kumar** V, Cotran R, Robbins S. Patología humana. 6ª ed. Mc Graw-Hill; 2002. p. 316-20.
39. **Gage** TW, Pickett FA. Dental drug reference. 6th ed. Mosby; 2003. p. 4-17, 774-7.
40. **Rodríguez** R. Vademécum académico de medicamentos. 3ª ed. McGraw-Hill; 2000.
41. **Flórez** J, Armijo J, Mediavilla A. Farmacología humana. 2ª ed. Masson; 1992. p. 469, 484-6.
42. **Bergdahl** J, Anneroth G, Perris H. Cognitive therapy in the treatment of patients with resistant burning mouth syndrome: a controlled study. *J Oral Pathol Med* 1995;24:213-5.
43. **Cotran** R, Kumar V, Collins T. Robbins Patología estructural y funcional. 6a ed. Mc Graw-Hill; 2001. p. 814-5, 1401-2.
44. **Harrison**. Principios de medicina interna. 13ª ed. Interamericana; 1994. p. 1551-2, 1561-2.
45. **Kruger** G. Cirugía bucomaxilofacial. 1ª ed. Panamericana; 1998. p. 629-31.
46. **Campisi** G, Spadari F, Salvato A. Il sucralfato in odontostomatología: nostra esperienza clinica. *Minerva Stomatol* 1997;46:297-305.
47. **García** HS, Ortega J, García ME, Martínez C, Beristáin CI. La capsalcina, el principio pungente del chile: su naturaleza, absorción, metabolismo y efectos farmacológicos. *Ciencia* 1995;46:84-102.
48. **Yuste** F, Castro V, Walls F. Determinación de capsalcina en algunas variedades mexicanas del género capsicum. *Rev Soc Quim Mex*;24(4):166-7.
49. **Gómez** A, Melucci JC, Quiroga P, Mandrile E. Capsalcina. *Acta Farm Bonaerense* 1995;14(1):63-70.
50. **Jones** H, Colston A, Burnett L. Tratado de ginecología de Novak. 11ª ed. Interamericana; 1991. p. 349-86.
51. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ginecología y obstetricia. 3ª ed. Méndez editores; 1998. p. 739-45, 1009-29.
52. **Del Campo** AM, Herrera K. Clímax y depresión. *Salud Mental* 1996;19(3):49-57.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

53. **Canto T, Polanco L.** Climaterio y menopausia: las consecuencias biológicas y clínicas del fallo ovárico. *Rev Biomed* 1996;7:227-36.
54. **Frutos R, Rodríguez S, Miralles L, Machuca G.** Manifestaciones orales y manejo odontológico durante la menopausia. *Medicina Oral* 2002;7:26-35.
55. **Williams R.** *Endocrinología médica.* 1ª ed. Interamericana; 1985. p. 377-427, 1321-4.
56. **Angel G.** Interpretación clínica del laboratorio. 5ª ed. Panamericana; 1997. p. 259-64.
57. **Velasco V, Pozos JL, Cardona JA.** Terapia hormonal de reemplazo en el climaterio y la posmenopausia. *Rev Med IMSS* 2000;38(2):131-38.
58. **Forabosco A, Criscuolo M, Coukos G, Uceli E, Weinstein R, Botticelli A y col.** Efficacy of hormonal replacement therapy in postmenopausal women with oral discomfort. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;73:570-4.
59. **Sewón L, Laine M, Karjalainen S, Leimola-Virtanen R, Hildenkari T, Helenius H.** The effect of hormone replacement therapy on salivary calcium concentrations in menopausal women. *Archives of Oral Biology* 2000;45:201-6.
60. **Laine M, Leimola-Virtanen R.** Effect of hormone replacement therapy on salivary flow rate, buffer effect and pH in perimenopausal and postmenopausal women. *Archs Oral Biol* 1996;41(1):91-6.
61. **Tarkkila L, Linna M, Tintinen A, Lindqvist C, Meurman J.** Oral symptoms at menopause: the role of hormone replacement therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2001;92:276-80.
62. **Pisanty S, Rafaely B, Polishuk WZ.** The effect of steroid hormones on buccal mucosa of menopausal women. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975;40:346-53.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

PATOLOGÍA BUCAL
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

No. DE REGISTRO _____
Día Mes Año

Nombre: _____ Edad: _____ Género: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____ Edo. Civil: _____
Ocupación: _____ Examinador: _____

1. INTERROGATORIO

1.1 Presencia de sensación de ardor en algún área de la mucosa bucal. No ___ Si ___

1.2 Características del síntoma ardor.

- Localización: _____
- Tiempo de evolución: _____
- Ritmo: Desde la mañana ___ En la tarde ___ Días alternos ___
- Presencia de factor agravante: No ___ Si ___ ¿Cuál? _____
- Presencia de factor atenuante: No ___ Si ___ ¿Cuál? _____
- Valoración escala visual análoga (0 a 10): _____

1.3 Manifestaciones bucales acompañantes.

- Boca seca: No ___ Si ___ • Adhesividad de lengua o "pastosidad": No ___ Si ___
- Disgeusia: No ___ Si ___ • Disfagia: No ___ Si ___
- Otros (especificar): _____

1.4 Circunstancias bajo las cuales se presentó el ardor por primera vez.

- Tx dental ___ • Tx médico ___ • Suceso psicogénico ___ • Ninguno ___

1.5 Antecedentes Dentales.

- Última visita al odontólogo y tratamiento: _____

1.6 Antecedentes Heredo-Familiares (antecedentes de diabetes, anemia, desnutrición, hipertensión, VIH, cáncer de mama o útero, síndrome de Sjögren, trastornos psicogénicos): _____

1.7 Antecedentes Personales no Patológicos.

- Habitación: _____ • Actividades: _____
- Alimentación: _____ • Higiene buco-dental: _____
- Ingesta de alimentos muy calientes: No ___ Si ___ • Condimentados: No ___ Si ___
- Hábitos (mordisqueo lingual, labial, yugal, movimientos anormales de lengua, etc.):
No ___ Si ___ ¿Cuál? _____

1.8 Antecedentes Personales Patológicos (antecedentes de anemia, desnutrición, hemorragias, hipertensión, cefalea, migraña, cáncer de mama o útero, climaterio, síndrome de Sjögren, diabetes, trastornos psicogénicos): _____

- Alergias: No ___ Si ___ ¿Cuál? _____
- Alcohol: No ___ Si ___ • Tabaco: No ___ Si ___
- Cafeína: No ___ Si ___ • Drogas: No ___ Si ___

1.9 Antecedentes Quirúrgicos (antecedentes de ooforectomía, gastrectomía, cirugía bucal y/o maxilofacial): _____

1.10 Antecedentes Farmacológicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

- Tratamientos farmacológicos en los últimos 3 meses (inhibidores de la ECA y otros antihipertensivos, antiepilépticos, antidepresores, sedantes e hipnóticos, hormonas sexuales): _____

1.11 Antecedentes Ginecológicos.

- Fecha de la menopausia: _____
- Tipo de menopausia: Natural ___ Artificial ___
- Sintomatología: No ___ Si ___ ¿Cuál? _____
- ¿Se encuentra bajo THR? No ___ Si ___
- Etapa climática: Premenopausia ___ Menopausia ___ Posmenopausia ___
- Última visita al ginecólogo y tratamiento: _____

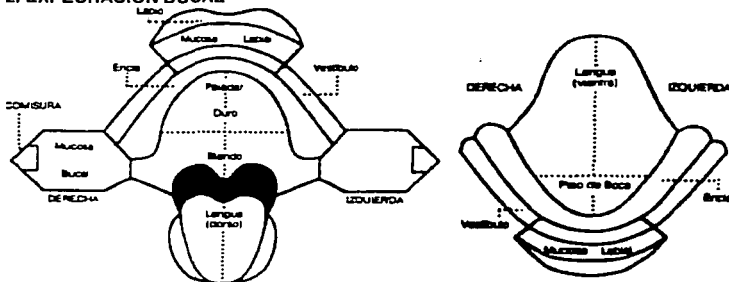
1.12 Antecedentes Psicopatológicos.

- Depresión: No ___ Si ___
- Ansiedad: No ___ Si ___
- Cancerofobia: No ___ Si ___
- Insomnio: No ___ Si ___
- Problemas intrafamiliares: No ___ Si ___
- Otro: No ___ Si ___ ¿Cuál? _____

1.13 Datos de los médicos.

- Cirujano Dentista _____ Tel. _____
- Médico General _____ Tel. _____
- Ginecólogo _____ Tel. _____
- Otro especialista _____ Tel. _____

2. EXPLORACIÓN BUCAL



- 2.1 • Existencia clínica de lesión: No ___ Si ___ Diagnóstico: _____
 Descripción:
- Lengua depapilada: No ___ Si ___
 - Lengua crenada: No ___ Si ___
 - Lengua geográfica: No ___ Si ___
 - Higiene buco-dental: Buena ___ Mala ___
 - Estado periodontal: Bueno ___ Malo ___
 - Xerostomía: No ___ Si ___
- 2.2 • Existencia de bordes o restauraciones cortantes: No ___ Si ___ ¿Cuál? _____
- Existencia de material dental asociado a reacción alérgica: No ___ Si ___ ¿Cuál? _____
 - Portador de prótesis fija: No ___ Si ___ • ¿Produce irritación? No ___ Si ___
 - Portador de prótesis removible: No ___ Si ___ • ¿Produce irritación? No ___ Si ___

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 3

- 2.3 Exploración de la ATM. • Dolor a la palpación: No ___ Si ___
• Ruidos: No ___ Si ___ • Movimientos: Normales ___ Limitados ___ Exagerados ___
• Contracción muscular: No ___ Si ___ ¿Dónde? _____

3. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- 3.1 Sialometría cuantitativa
• Reposo (ml/min): _____ • Estimulada (ml/min): _____
- 3.2 Estudios de Gabinete
• Ortopantomografía. Existencia de lesión: No ___ Si ___ ¿Cuál? _____
• Otro estudio de gabinete _____
- 3.3 Exámenes de laboratorio. Indicar resultados importantes.
• Biometría Hemática _____
• Química Sanguínea _____
• Vitamina B₁₂ y ácido fólico _____
• Niveles estrogénicos _____
• Otro examen de laboratorio _____

4. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Reflujo esofágico: No ___ Si ___ • Neuroma acústico: No ___ Si ___
• Neuralgia del trigémino: No ___ Si ___ • Dolor facial atípico: No ___ Si ___
• Anormalidad sensorial postoperatoria: No ___ Si ___

5. DIAGNÓSTICO

- Tipo de SBD. Tipo I ___ Tipo II ___ Tipo III ___
• Factor etiológico presuntivo. Local ___ Sistémico ___ Psicogénico ___

6. TRATAMIENTO. Si existe la patología indicar cómo se va a tratar o si se remitirá.

- 6.1 Factores Sistémicos
• Deficiencias vitamínicas _____
• Eritropenia _____
• Hiperglucemia _____
• Climaterio _____ • Posible candidata a THR No ___ Si ___
• Otro _____
- 6.2 Factores Locales
• Bordes, restauraciones o prótesis traumáticas _____
• Hábitos bucales _____
• Xerostomía _____
• Alergenos _____
• Disfunción de ATM _____
• Otro _____
- 6.3 Factores psicogénicos
• Depresión/ ansiedad/ problemas intrafamiliares _____
• Cancerofobia _____
• Insomnio _____
• Otro _____

7. NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE _____

8. EVOLUCIÓN

Fecha: _____ VAS: _____ Siguiete cita: _____