



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**GLOSOPIROSIS (SÍNDROME DE BOCA
ARDOROSA) EN EL ADULTO MAYOR**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

P r e s e n t a:

REBECA ADRIANA RONDÁN ANTUNA

DIRECTOR: C.D.D.C.O. OSCAR RAMÍREZ BRENISS

MÉXICO, D. F.

2005

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Oscar Ramírez Breniss', written over a white background.

m343470

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

Gracias al C.D.D.C.O. Oscar Ramírez Breniss por compartir conmigo sus conocimientos y orientación.

Gracias a mis padres por brindarme amor, educación y apoyo, ya que son un gran ejemplo y no existen personas en el mundo que pueda admirar como a ellos.

Gracias a mis hermanos por que siempre he contado con ellos en los buenos y malos momentos de mi vida.

Gracias a mi novio por ser mi compañía en todos los momentos difíciles y agradables que hemos pasado y por las metas que realizamos juntos.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN	6
2.ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA GLOSOPIROSIS	8
3.GENERALIDADES DEL ADULTO MAYOR	11
3.1.Envejecimiento	11
3.2.Cambios fisiológicos en el anciano	12
4.GLOSOPIROSIS (SÍNDROME DE BOCA ARDOROSA (SBA))	15
4.1.Sinonimia	15
4.2.Definición del Síndrome de Boca Ardorosa	15
4.3.Signos y Síntomas	16
4.4.Tipos de glosopirosis	17
4.5.Epidemiología	18
4.6.Factores que desencadenan la sintomatología	21
4.7.Factores que agravan la sintomatología	22
4.8.Factores que atenúan la sintomatología	22
4.9.Localización y cuantificación del ardor bucal	23

5.ETIOLOGÍA DE LA GLOSOPIROISIS	24
5.1.Factores locales	24
5.1.1.Xerostomía ó hiposalivación	24
5.1.2.Restauraciones dentales y protésicas	26
5.1.3.Hábitos parafuncionales	27
5.1.4.Lengua geográfica	28
5.1.5.Alergias	29
5.1.6.Alteraciones del gusto	30
5.1.7.Infecciones bacterianas y micóticas	31
5.2.Factores sistémicos	32
5.2.1.Alteraciones menopáusicas	32
5.2.2.Diabetes mellitus	33
5.2.3.Anemia Perniciosa	33
5.2.4.Anemia Ferropénica	34
5.2.5.Deficiencias vitamínicas	35
5.2.6.SIDA	36
5.2.7.Síndrome de Sjögren	36
5.2.8.Consumo de medicamentos	37
5.3.Factores psicológicos	39
5.3.1.Depresión y ansiedad	39
5.3.2.Evento emocional	40
5.3.3.Cancerofobia	41
5.3.4.Insomnia	41

6.SINTOMATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO.	42
6.1.Sintomatología	42
6.2.Diagnóstico	43
6.3.Diagnóstico diferencial	44
6.4.Tratamiento	44
7.CONCLUSIONES	47
8.BIBLIOGRAFÍA	48

1.INTRODUCCIÓN

El envejecimiento ha sido definido como todas las manifestaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.

La vejez no sólo es un hecho cronológico, es la continuación de todo un proceso de cambio, ligado al paso del tiempo el cual se manifiesta después de la madurez y concluye con la muerte.

La población de varios países se está convirtiendo en una comunidad cada vez más vieja, es decir que el porcentaje de población senil crece aceleradamente en comparación con los grupos jóvenes.

Los factores que contribuyen al desarrollo de esta modificación poblacional incluyen por un lado, los avances médicos y científicos que incrementan cada vez mas el promedio de vida, y por el otro, el control de natalidad y la planificación familiar que han determinado también de manera importante la modificación del crecimiento poblacional hacia un aumento de grupo senil.

En México al igual que en otros países en vías de desarrollo, el incremento del número de adultos mayores, aumenta la necesidad y demanda de servicios de salud, especialmente en relación con las enfermedades crónico-degenerativas surgiendo el reto de proporcionar más y mejor atención bucal a este grupo de personas.

Los trastornos sensitivos-dolorosos originados en la cavidad oral, pueden conducir a alteraciones del estado de bienestar personal, provocando interacciones psicosociales y de salud general. La relación se fundamenta en

el principio de la cavidad oral, no solo es nuestra vía de alimentación y de comunicación, si no también una zona primaria de placer y muchas veces refleja la presencia de alteraciones sistémicas y somatizaciones psicológicas, esta relación podría influir de forma significativa en la percepción de calidad de vida, por parte del paciente. Bajo esta perspectiva se encuentran especialmente las personas que padecen glosopirosis.

La glosopirosis 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.

2.ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA GLOSOPIROSIS

La glosopirosis históricamente ha sido descrita por los síntomas que provoca por lo que se define con términos como:

Glosodinia, estomatodinia, estomatopirosis, disestesia oral, boca urente, boca quemante y síndrome de ardor bucal.¹

El término genérico glosodinia, fue introducido por Kaposi (1885) para definir cualquier ardor bucal.¹

El síndrome doloroso de la lengua ó lengua dolorosa fue descrito primero por Verneuil (1889) con el nombre de ulceraciones imaginarias debido a la falta de lesiones visibles, aunque se tuviera la sensación subjetiva de ardor, quemazón, dolor, etc.²

Verneuil posteriormente distingue la sensación de quemazón y ardor bucal de otros dolores linguales. Por lo que se realizan estudios basados en síntomas de quemazón o ardor de la boca como un síntoma asociado a diversas lesiones como el liquen plano, lengua geográfica y candidiasis bucal.¹

En su clásico estudio Ziskin y Moulton (1946), denominan a la glosodinia esencial como dolor orolingual idiopático, por lo que suelen estar también afectadas las encías y piso de boca. El paciente más típico es la mujer menopáusica, que sufre de cancerofobia, depresión, tendencias hipocondríacas, preocupación crónica excesiva y poca satisfacción en su vida afectiva y sexual.²

Una prueba terapéutica a base de estrógenos en 14 pacientes que realizaron Ziskin y Moulton (1946) provocando efectos sistémicos mostrados en frotis vaginales y del epitelio bucal, no lograron aliviar los síntomas linguales.²

En cambio la experiencia de Nathanson y Weisberger (1950), en 38 casos de leucoplasia bucal con glosopirosis y xerostomía, fue positiva en el 81%; ya que aquí existía una deficiencia de estrógenos, que fue corregida. Cabe mencionar que sólo el 19% no respondió a la hormonoterapia.²

Schoenberg (1968) publica sobre glosopirosis y glosodinia, incluyendo lo más destacado de la bibliografía de los últimos 50 años. Utilizando como sinónimo el término de estomatodinia. Mencionando que es común ver este cuadro en mujeres posmenopáusicas, que se quejan de múltiples síntomas somáticos (hipocondríacas), con trastornos emocionales y que los síntomas se encuentran también en el sexo masculino.²

Por lo que postula que la glosodinia es un síntoma de depresión subyacente y resultado de stress psicológico desencadenante.²

Para David Grispán (1976), la glosodinia o estomatodinia general de origen psíquico son los padecimientos bucales más consultados en su practica privada, predominando en mujeres mayores de 60 años. Siendo evidente que se trata de pacientes con neurosis severa y ansiedad en la mayoría de ellos.²

Como acuden con un tratamiento basado en drogas para la neurosis, la xerostomía que se produce, aumenta las molestias y se establece un círculo vicioso. Si se retira la medicación influirá desfavorablemente sobre su neurosis y si se deja, los síntomas de sequedad bucal persistirán.²

A este tipo de enfermos, se les tratará con psicoterapia exclusivamente. Es necesario realizarles un examen local y general antes de diagnosticar una glosodinia o estomatodinia, así como psíquica.²

A lo largo del tiempo ha existido confusión en la definición del término Síndrome de Boca Ardorosa con otros usados para condiciones que afectan solo determinadas áreas de la mucosa bucal como glosodinia.³

En la década de los 80, se enfatizó la ausencia de signos clínicos como una característica propia de la alteración y se introdujo el término "Síndrome de la boca ardorosa" para definir una entidad clínica distinta, en que lo principal, es un trastorno sensitivo-doloroso de la cavidad oral, que se manifiesta sobre todo por quemazón o ardor, en presencia de una mucosa oral clínicamente normal.¹

Nevile y col. (1995), clasifican en factores locales y sistémicos que están asociados con estomatodinia o glosopirosis:

a) Factores locales como: xerostomía, hábitos parafuncionales (hábito de lengua, labio, bruxismo), trauma crónico, candidiasis, estomatitis por contacto y prótesis mal ajustadas.⁴

b) Factores sistémicos como: déficit de vitamina B, B₁ o B₂, ácido fólico, niacina, estrógeno, anemia perniciosa, anemia ferropénica, diabetes mellitus, depresión e hipotiroidismo.⁴

3.GENERALIDADES DEL ADULTO MAYOR

Es importante entender los componentes multidimensionales de la vejez, ya que debe haber un desarrollo de habilidades y conocimientos necesarios para la salud bucal en geriatría y la formulación de un modelo de interés académico para el desarrollo nacional de la gerodontología y la odontogeriatría.⁵

3.1.Envejecimiento

Es definido como, todas las manifestaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.⁶

Puede considerarse desde el punto de vista biológico o patológico. En el primer caso, se sugiere que es una fase final del desarrollo normal determinada genéticamente, que se resuelve en imperfecciones de la función. Es decir un proceso intrínseco que es fundamental, inevitable e irreversible.⁷

Burnet y Bourliere, definen al envejecimiento como el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.⁵

Para JC Brocklehurst, es el "Proceso progresivo de desadaptación del individuo al medio que lo rodea, que termina con la muerte".⁵

Frolkis V afirma, que se trata del "Proceso biológico multifactorial, que comienza mucho tiempo antes que la vejez y que evoluciona de forma

continúa siguiendo un curso determinado por las propias características intrínsecas”.⁵

Lansing propone que “Es un proceso progresivo, desfavorable, de cambio, ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente con la muerte”.⁵

En cambio para Sthrheler B “Es un proceso endógeno, deletéreo, intrínseco, universal, irreversible, determinado por la acción del tiempo y que conduce a cambios morfológicos y fisiológicos de nuestros sistemas autorreguladores que producirán invariablemente su detención y con ello la muerte “.⁵

El momento en el que se inician las variables dependientes de la edad, no es fijo, ni el mismo para todas las personas, las modificaciones que revelan el deterioro de una estructura no siempre son la señal de envejecimiento de todo el organismo. Algunas funciones disminuyen de forma predecible con la edad la capacidad vital, el gasto cardíaco, el flujo plasmático renal, la velocidad de filtración glomerular y la fuerza de presión.⁵

Con base a tantas variables de la definición del envejecimiento, debe de incluir la suma de todos los cambios morfológicos y funcionales que se suscitan en un organismo produciendo un deterioro de la función, así como una disminución en la capacidad para sobrevivir al estrés y finalmente la muerte.⁵

3.2.Cambios fisiológicos en el anciano

La senectud se caracteriza por el deterioro gradual e irreversible de la bioquímica y la fisiología celular siendo lo que altera la morfología y el funcionamiento de todos los órganos y tejidos.⁸

En el adulto mayor, existe una reducción gradual del metabolismo celular, ocasionando la disminución del poder de difusión del tejido conectivo, por lo tanto hay decremento de la sustancia fundamental, aumentando su densidad. Al mismo tiempo componentes de origen mesodérmico, como es el tejido adiposo y el muscular, disminuyen sensiblemente su volumen. También se observa una disminución celular, así como hialinosis de las fibras colágenas, provocando flexibilidad y rigidez de los tejidos blandos.⁸

No en todos los pacientes los tejidos individuales envejecen a la misma velocidad por lo tanto, cada tejido orgánico tiene un grado de envejecimiento diferente. Al examinar al paciente y evaluar los sistemas corporales que tengan relación con el tratamiento odontológico, se debe determinar si los cambios degenerativos propios del proceso de envejecimiento, han desaparecido a un índice normal, para la edad cronológica del paciente. La valoración de estos detalles durante el interrogatorio al paciente, tiene importancia en la evaluación global de las necesidades futuras del mismo y de su tratamiento.⁷

El envejecimiento fisiológico se ajusta a una serie de parámetros de acuerdo a la edad del individuo, permitiéndole una adecuada adaptación física, psicológica y sociocultural al medio que le rodea.⁵

El proceso normal del envejecimiento puede verse alterado por múltiples factores, tanto endógenos (causa biológica) como exógenos (los que se producen por el medio ambiente)

Los principales cambios fisiológicos son:

1. Desecación gradual de los tejidos.
2. Retardo paulatino de la división celular y la capacidad para producir anticuerpos inmunizantes en los casos de infección.

3. Decremento gradual de la velocidad de oxigenación a los tejidos.
4. Atrofia celular y aumento de la pigmentación celular.
5. Disminución de la velocidad locomotriz, fuerza y resistencia.
6. Degeneración progresiva y atrofia del sistema nervioso.
7. Disminución de la capacidad visual, auditiva, de atención y de la memoria.⁵

El factor más importante del proceso de envejecimiento, es la incidencia a la enfermedad y especialmente aquellas que afectan directamente la duración de la vida, no es fácil establecer la línea divisoria entre lo fisiológico y patológico, el distinguir si se trata de involución o dónde empieza la enfermedad. La probabilidad de conservar la salud, dependerá de cuando aparezcan las manifestaciones de desgaste y deterioro del organismo.⁵

4.GLOSOPIROISIS (SÍNDROME DE BOCA ARDOROSA (SBA))

4.1.Sinonimia

La glosopiroisis, ha sido descrita por sus síntomas, no por su causa, ello hace que la condición sea referida bajo términos como, glosodinia, estomatodinia, estomatopiroisis, disestesia oral, Síndrome de boca, quemante, dolorosa, urente y ardorosa.^{1, 9-13}

El Síndrome de Boca Ardorosa es un término general que engloba diferentes condiciones, ya que cuando el ardor bucal se acompaña de una enfermedad bien definida como la estomatitis protésica y el liquen plano, debe ser considerado como un síntoma, pero cuando no exista un signo de patología bucal, el ardor bucal será considerado un síntoma.¹⁴

4.2.Definición del Síndrome de Boca Ardorosa

Síndrome se define como un grupo de síntomas y signos ó ambos que en conjunto, producen una enfermedad en particular. El signo es aquella manifestación de enfermedad observable por el profesional y síntoma es la percepción por parte del paciente de los fenómenos asociados al proceso patológico.¹⁵⁻²⁰

El Síndrome de Boca Ardorosa es una entidad clínica caracterizada por dolor y sensación de ardor o escozor sobre la lengua principalmente o en otras áreas de la mucosa bucal, que gradualmente aumenta con severidad y frecuencia, se trata de una sensación subjetiva, sin hallazgos de laboratorio,

no es confirmada por lesiones visibles o manifestaciones clínicas evidentes.^{13, 21-23}

4.3. Signos y Síntomas

La mayoría de los especialistas coinciden que la glosopirosis tiene un carácter clínico sintomático y no signológico, debido a que la mucosa bucal es sana en su totalidad, es decir es subjetivo, lo que significa que indudablemente se presentará enriquecido en su fenomenología, por la personalidad del enfermo, quien relatará sus propias observaciones y manifestaciones con matices muy personales.^{16, 21}

Los síntomas son diversos y variables tanto en su intensidad, como el momento de aparición. Los pacientes describen sus síntomas como una sensación quemante en la boca, que pueden variar de ligeros a severos y de localizados a generalizados, reportan otras molestias de la región orofacial o de alguna otra parte del cuerpo aparte del ardor bucal, así como una sintomatología psicogénica.^{16,17,24}

Existen dos tipos de fenómenos clínicos que pueden acompañar a la glosopirosis, constantes e inconstantes ó aquellos cuya aparición es menos frecuente o incluso excepcional.¹⁶

Los fenómenos de aparición constante son: ardor o quemazón en áreas de la mucosa bucal que en orden de frecuencia serían, márgenes o punta de la lengua, vertientes internas del labio, mucosa del carrillo, sensación de boca seca que no siempre corresponde con una reducción del volumen ó flujo salival, sensación de cuerpo extraño en el interior de la boca como asperezas, hilos y acumulación de sustancias extrañas.^{16,21,25}

Los fenómenos inconstantes son: la obsesión en relacionar el inicio del padecimiento con algún tratamiento dental, bebida, alimento ingerido, tratamiento protésico o elemento protésico, sin que pueda demostrarse la relación causa efecto, la desaparición de la sintomatología frecuentemente es durante el proceso ingesta-masticación ó al conciliar el sueño y el incremento de la intensidad de los síntomas se dan a medida que transcurre el día.¹⁶

4.4. Tipos de glosopirosis

La percepción de una sensación ardorosa que caracteriza a la glosopirosis puede variar durante el día o los días. Lamey, Lewis, Basker y cols (1989), clasifican a la glosopirosis en tres categorías o tipos:^{21,26-28}

Tipo 1. El paciente no presenta sintomatología al levantarse, pero ésta aparece y aumenta su severidad conforme avanza el día. Esto es observable en el 65% de los pacientes. Y no se relacionan con factores psicológicos.

Tipo 2. Los síntomas están presentes al levantarse y persisten durante todo el día. En el 26% de los pacientes, se presenta y se relaciona en enfermos con ansiedad crónica.

Tipo 3. Refieren estar asintomáticos algunos días y explican que cuando lo presentan afecta áreas poco frecuentes como en el piso de boca y garganta. Siendo observable en el 10% de los pacientes. Se relaciona con ciertos problemas psicopatológicos y en menor proporción con causas de tipo alérgico.^{26,28}

Para Grushka M, la categoría de mayor prevalencia es el tipo 1 y para Woda A, la tipo 2 ya que en ambos, el dolor está presente todos los días, mientras que la tipo 3, el dolor es de carácter intermitente.^{14, 29}

4.5.Epidemiología.

Los datos epidemiológicos sobre la glosopirosis publicados, provienen de estudios realizados en países desarrollados, con una prevalencia que varía desde 0.7 al 33%.³⁰⁻³³

Para Basker RM (1978), la glosopirosis afecta frecuentemente a mujeres que a hombres con una relación 3:1.³⁰⁻³³

Grushka M (1987), Lamey PJ y Lewis MAO (1989), reportan una relación 7:1 sin excluir lesiones bucales. En mujeres varía del 4.2 al 15.5 % y en hombres del 0.8 al 1.6 %.^{12, 27, 29,31-33}

Autor	mujer - hombre
Basker	3 : 1
Grushka M, Lamey PJ y Lewis MAO	7 : 1
Conde JM y López J	90 : 10

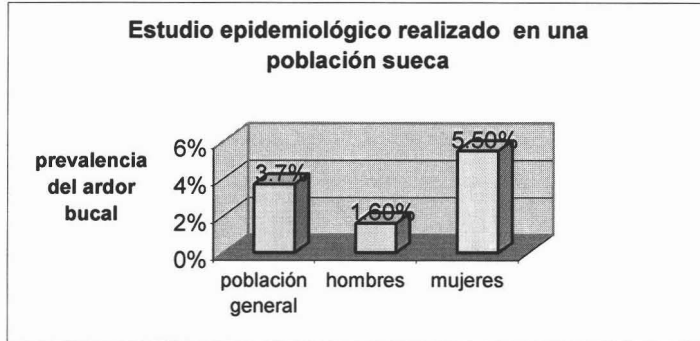
Tabla 1. Correlación de datos epidemiológicos por sexo descrita por diferentes autores.

Hakerberg M, Grushka M y Woda A (1998), mencionan que la glosopirosis afecta a sujetos de edad media y avanzada sin haberse reportado hasta la fecha algún caso en niños, la edad promedio es de 57a 62 años.^{14,27,29}

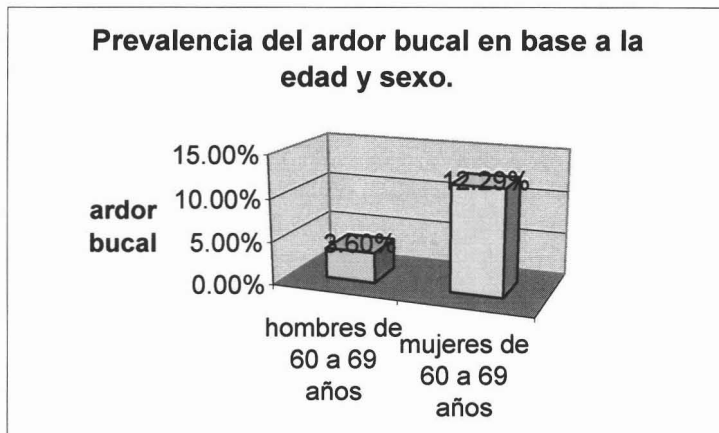
Autor	edad promedio
Hakeberg M, Grushka M y Woda A	57, 60 y 62 años
Bergdahl	60 a 69 años
Shoenberg	54 años
Conde JM y López J	56 y 57 años (mujeres) 65 y 71 años (hombres)
Neville B	40 años en adelante
Hernández G y Herrera ML	50 a 80 años
Marques MS	60 años
Frutos R, Rodríguez S , Miralles L y Machuca G	50 a 60 años
Martinez B y Reyes JF	50 años

Tabla 2. Edad promedio descrita por diferentes autores asociada a la glosopirosis.

Bergdahl epidemiológicamente, obtuvo una constante del 3.7% de ardor bucal en la población general. Entre los varones fue de 1.6% y mujeres de 5.5%. La presencia de glosopirosis aumentó con la edad en ambos sexos.¹



Gráfica 1. Estudio epidemiológico realizado en Suecia por Bergdahl.

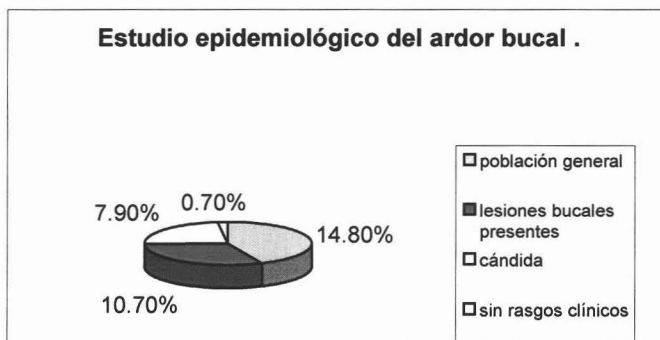


Gráfica 2. Prevalencia del ardor bucal con base a la edad en ambos sexos descrita por Bergdahl.

Estudios realizados en pacientes menopáusicas bajo tratamiento, presentan esta sintomatología de un 26 al 33% y en pacientes diabéticos el 10%.¹

Tammiala-Salonen, Hidenkari y Parvinem (1993), estudiaron la prevalencia del ardor bucal en una población finlandesa, para ello realizaron anamnesis y examen clínico bucal a 431 personas, la sintomatología lo padeció el 14% de la población en general, pero descendió al 10.7% al observar en el examen

clínico, lesiones en la mucosa bucal que causaban el dolor y al excluir a los pacientes que presentaban candida, descendió al 7.9%, siendo únicamente el 0.7% los pacientes que no presentaban manifestaciones clínicas.¹



Gráfica 3. Estudio epidemiológico de ardor bucal realizado por Tammiala-Salonen y cols. en 431 personas basado en anamnesis y examen clínico bucal.

En cambio Thorstensson y Hugoson (1996), en su estudio epidemiológico mencionan que el 3.4% de los pacientes, referían que el ardor bucal estaba relacionado con alteraciones del gusto, disfunción de la Articulación Temporomandibular, caries, enfermedad periodontal y tabaquismo.¹

4.6. Factores que desencadenan la sintomatología

Las circunstancias más frecuentes descritas son: la pérdida o la separación de un ser querido, trastornos emocionales o afectivos importantes, conflictos de tipo familiar o laboral, pérdida de su autoestima, después de ingerir un alimento o medicamento inhabitual, tras una intervención quirúrgica o después de un tratamiento dental o protésico y la aparición puede ser gradual, de forma súbita ó aguda.^{22,28}

Muchos pacientes lo asocian a alergias, al uso pasta dental, chicle y cigarrillo, sin ser corroborable. La ingestión de bebidas alcohólicas en personas adictas, puede producir sensación de ardor en la mucosa bucal.^{28,34}

El origen del ardor bucal puede coincidir con algún suceso traumático en la vida del paciente, tanto en aspectos emocionales como físicos. Grushka reporta que el 43% de los pacientes relacionaron la aparición del ardor bucal con algún evento, ya sea por procedimiento dental o enfermedad previa. Es recomendable valorar la posibilidad de cualquier irritante local, como dientes cortantes o prótesis mal adaptadas.^{29,35}

Los pacientes padecen, estrés psicológico, tendencia a la neurosis, depresión y ansiedad, que en ocasiones puede estar asociado a trastornos psiquiátricos o problemas familiares.²⁸

4.7. Factores que agravan la sintomatología

Los principales factores agravantes del ardor bucal, que ocasionalmente pueden incrementar la sintomatología de la glosopirosis son: el estrés, la tensión nerviosa, así como el aumento de temperatura en la cavidad bucal, la ingesta de alimentos muy condimentados y/o muy calientes y picantes.^{14,28,29}

4.8. Factores que atenúan la sintomatología

Los factores que mejoran o desaparecen la sintomatología, es la terapia ocupacional, corrección de su alimentación y el descanso adecuado.²⁸

4.9. Localización y cuantificación del ardor bucal.

El ardor bucal puede presentarse en muchas zonas dentro de la cavidad oral, ya sea localizado o generalizado. La localización más frecuente es en la punta y bordes de la lengua en un 78%, en el paladar a nivel de rebordes alveolares en un 45%, en los labios en un 38%, con predominio en el labio inferior acompañado de escozor y sensación de sequedad en un 63%. Se puede localizar en encías siendo muy molesto. Hay pacientes que refieren a “toda la boca” como un ardor generalizado sin saber especificar un sitio correcto.^{26-28,31,35,36}

Para cuantificar el grado de intensidad, del ardor bucal en el paciente desde su primer consulta y llevar un seguimiento de la evolución de este ardor, se cuantifica la sensación quemante por medio de escalas como la “Visual Analogue Scale (VAS)” donde el paciente califica el ardor bucal en un rango de 0 a 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es un dolor extremo, o por medio de la escala “Visual Linear Analogue Scale (VLAS)” siendo el rango de 1 a 100mm propuesta por Trombelli L. También se han empleado estas escalas, para cuantificar dolor de una pulpitis irreversible.^{29, 37-39}

5. ETIOLOGÍA DE LA GLOSOPIROSIS

La etiología de la glosopirosis es diversa y a menudo difícil de descifrar de manera clínica, los síntomas de dolor y sensación de quemadura son el resultado de varias causas.^{40, 41}

Esta enfermedad es considerada como multifactorial y sus casos pueden agruparse en tres categorías principales: locales, sistémicas o generales y psicológicas.^{19,26,28,33,42,43}

Los factores locales corresponden a los etiológicos que se encuentran en el sistema estomatognático, y los factores sistémicos corresponden a los trastornos que pueden causar la glosopirosis. Los factores psicológicos describen distintos estados mentales causantes del ardor bucal.^{17,24}

5.1. Factores locales

Son los asociados a la glosopirosis que están relacionados con alteraciones de la cavidad bucal y sus estructuras, algunos de los más mencionados en la literatura son la xerostomía (reducción de flujo salival), trastornos del gusto, hábitos parafuncionales y las infecciones causadas por *Candida* y bacterias.^{1,26}

5.1.1. Xerostomía ó hiposalivación

Wardrop y cols. mencionan que es probable que la xerostomía haya sido uno de los primeros síntomas asociados a la glosopirosis.¹

Ziskin (1946) sugirió una relación entre la xerostomía y la glosopirosis, sin embargo, hasta 1987 se realizó el primer estudio epidemiológico que proporcionó un soporte estadístico a esta relación.¹

La presencia de xerostomía o hiposalivación no sólo puede agravar los síntomas de la glosopirosis, sino también frecuentemente resulta difícil distinguir la sensación de boca seca, de la sensación de quemazón y determinar que entidad surgió primero.¹

La hiposalivación puede ser un factor predisponente de la glosopirosis. Algunos autores afirman que la reducción de flujo salival y la xerostomía son los factores de mayor relevancia para el padecimiento del ardor bucal, mientras que otros como Fox, Busch y Baum, describen, que la boca ardorosa es una manifestación clínica de la xerostomía y/o hiposalivación, pero que no presenta una clara relación causa-efecto. Niedermeier y cols. no observaron reducción de flujo salival de las glándulas parótidas, en pacientes con glosopirosis y suponen que los estímulos neurofisiológicos que producen los síntomas de la glosopirosis, podrían también actuar estimulando la producción de saliva por estas glándulas.¹

Frecuentemente los pacientes con glosopirosis, desarrollan signos y síntomas de hiposalivación, incluyendo alteraciones clínicas en la viscosidad salival, con manifestaciones de una saliva espumosa y espesa, la superficie lingual depapilada, roja y con sensación de boca seca.¹

El paciente puede quejarse de dificultad para masticar y deglutir, además son más propensos a caries y candidiasis bucal. Sin embargo es posible encontrar que la sequedad bucal es subjetiva, estando asociada a un problema psicológico.^{1,30,44}

En condiciones normales, el flujo salival no estimulado es de 0.3 a 0.4ml/min, en cambio el flujo salival estimulado es de 1 a 2 ml/min.^{24,45}

Por lo tanto, si existen valores menores a 0.1 ml/min del flujo normal no estimulado, y menor de 0.5 ml/min del flujo estimulado, se considera anormal, aproximadamente el 34% de los pacientes con glosopirosis tienen índices anormales del flujo salival y sequedad bucal.^{24,45}

Estas condiciones pueden estar relacionadas con el uso de ciertos medicamentos como son: antihipertensivos, sedantes, hipnóticos, antihistamínicos, anticolinérgicos y antidepresores. También puede ocurrir como efecto secundario de enfermedades sistémicas y radioterapia.^{24,25,46,47}

Las alteraciones sistémicas que pueden producir xerostomía son: Síndrome de Sjögren, diabetes mellitus, hipertensión e infección por VIH, entre otros.^{24,25,46,47}

Teniendo en cuenta el importante papel de la saliva en el mantenimiento de la salud y bienestar oral, diversos estudios sugieren que las alteraciones en el rendimiento salival, composición, propiedades fisiológicas o combinación de tales alteraciones pueden contribuir en la sintomatología de la glosopirosis.¹

5.1.2. Restauraciones dentales y protésicas

La aparición de los primeros síntomas de ardor bucal en la glosopirosis muchas veces puede coincidir con el cambio de una prótesis dentaria. Paterson y cols. (1995), refieren que, a menudo, cuando eso ocurre, el paciente lo confunde con alergia al acrílico. Para estos autores lo más probable es que la prótesis nueva, presente problemas de espacios libres y

restringan los movimientos linguales, conllevando una carga excesiva de la misma sobre los tejidos bucales. En cambio, Tammiala-Salonen, Hiidenkari y Parvinen (1993) confirman, que sólo el 6% de los pacientes con ardor bucal, refieren la confección de una nueva prótesis como un factor coincidente con el surgimiento de los síntomas.¹

También la irritación mecánica provocada por bordes filosos o cortantes y restauraciones que traumatizan de manera crónica a la mucosa bucal e hipersensibilidad al mercurio están relacionadas con el ardor bucal.⁴⁷⁻⁴⁹

Algunos autores han reunido literatura sobre la etiología de la glosopirosis indicando, que no ha sido posible asociar el estado dental y protésico, como un agente etiológico.^{17,24}

5.1.3. Hábitos parafuncionales

Diferentes tipos de disfunciones y parafunción del sistema estomatognático son considerados como causas frecuentes de la glosopirosis. Sin embargo, la hipótesis contraria también puede ser considerada; la presencia del dolor crónico provocado por la glosopirosis conducirá a un estado de ánimo que desencadenaría los hábitos parafuncionales y las disfunciones. Svensson y Kaaber (1995), buscan relacionar el efecto de los hábitos parafuncionales con el proceso de sensibilización de neuronas. Estos autores sugieren que la presencia de tensión psicosocial crónica, en sujetos usuarios de prótesis, puede manifestarse a menudo como hábitos parafuncionales, del tipo de movimientos involuntarios crónicos de la lengua y mordisqueo de la mucosa, lo que provocaría cambios periféricos o centrales en la función nerviosa sensorial, originando dolores bucales atípicos.¹

La presencia de alteraciones psicológicas en pacientes con glosopirosis, ha sido estudiada y parece estar asociada a hábitos parafuncionales bucales. Paterson y cols. (1995), han observado una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de los hábitos parafuncionales, como bruxismo de pacientes con glosopirosis y la presencia de ansiedad.^{1,17}

La actividad parafuncional del labio es informada por Lamey y Lamb (1988), como una de las más frecuentes entre los pacientes con glosopirosis.¹

Thorstensson y Hugoson (1996), han demostrado que los síntomas de ardor y picor de boca, están significativamente correlacionados con los desórdenes de las articulaciones temporomandibulares.¹

Paterson y cols. (1995), manifiestan que del 61% de pacientes con glosopirosis, presentaban actividades parafuncionales resultantes de sobremordida y uso de prótesis dentarias. En cambio, en el estudio de Grushka, no observó diferencias significativas en cuanto a la presencia de hábitos parafuncionales, entre pacientes con glosopirosis y el grupo control.¹

5.1.4.Lengua geográfica

También llamada glositis migratoria, es una enfermedad que puede ser ocasionada por alergias ó por la irritación local de una pequeña porción lingual, que es causada por la ingestión de alimentos calientes o picantes, alcohol, tabaco y otros irritantes locales.⁵¹

Clínicamente se observan manchas eritematosas irregulares causadas por la descamación de las papilas filiformes causando ardor bucal.²⁸

Estas manchas que aparecen en la superficie lingual pueden cambiar rápidamente y resultan de la pérdida de papilas gustativas, que provocan la formación de máculas en algunas áreas de la lengua, dándole un aspecto de mapa geográfico. Estas pueden permanecer en la lengua durante más de un mes.^{46,51}

En algunas ocasiones, se reporta la presencia de irritación lingual leve. Esta se incluye como factor etiológico local de la glosopirosis siempre y cuando sea considerada como variación de lo normal.^{46,51}



Figura 1. Lengua geográfica

5.1.5. Alergias

Las reacciones alérgicas en la cavidad bucal pueden ser agudas o crónicas, presentándose más en mujeres.⁴⁴

En las reacciones alérgicas agudas, la mucosa 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 y la sensación ardorosa es más intensa.⁴⁴

En las reacciones alérgicas crónicas, la mucosa afectada está en contacto con el agente causal, siendo eritematosa o blanca e hiperqueratinizada.⁴⁴

Las reacciones alérgicas que se presentan, por alimentos, aditivos alimenticios, goma de mascar, dulces, dentríficos, enjuagues bucales, materiales de hule, látex, anestésicos tópicos, metales restaurativos como cobalto, mercurio y níquel, materiales acrílicos y materiales de impresión.^{17, 25, 28,46}

Se ha involucrado a la alergia de contacto a diversas sustancias, la urticaria de contacto y de presión, como posibles causas en la aparición de la glosopirosis, sin embargo, mediante la realización de test epicutáneos con dichas sustancias y numerosas pruebas de laboratorio se ha descartado esa posibilidad.³³

Se han referido casos de glosopirosis y alteraciones del gusto, tras la exposición accidental a piretrinas en un insecticida, siendo los síntomas de larga duración.³³

5.1.6. Alteraciones del gusto

Los sujetos con glosopirosis a menudo se quejan, de mal sabor persistentes y una percepción alterada del gusto. La presencia de estos síntomas es un fenómeno real comprobado por varios autores y que puede afectar entre el 60 y 70% de los pacientes con glosopirosis.^{1,33}

La evidente asociación de alteraciones en el sistema gustatorio y la glosopirosis, puede estar relacionada con el número de papilas fungiformes, las cuales contienen los botones gustativos. Conociendo que la cantidad de estas papilas, distribuidas en la lengua es una característica determinada genéticamente y que se vincula con la variación en la capacidad de las personas para distinguir sabores.¹

5.1.7. Infecciones bacterianas y micóticas

Se ha sugerido que las infecciones por hongos y bacterias podrían tener alguna relación con la etiología de glosopirosis. En diversos estudios se ha observado que algunos pacientes con la referida condición presentan mayor prevalencia intraoral de *Cándida albicans* y otras especies del mismo género.^{12,22}

Las bacterias que se aíslan frecuentemente son: *Enterobacter*, *Helicobacter pylori*, *Klebsiella*, *Streptococcus aureus* y fusospiroquetas.^{1,21}

La infección subclínica por *Cándida* ha sido descrita, como un factor etiológico. Existe un estudio en el que evalúan, la saliva de la glándula parótida de pacientes con esta condición, Jensen y Barkvoll (1998), han observado un aumento significativo de *Cándida* en la saliva de los pacientes con glosopirosis, al ser comparados con el grupo control. Samaranyake y cols. (1989), encontraron que del 32% de los pacientes con glosopirosis infectados por *Cándida*, el predominio es de la especie *albicans*.¹

Se han expuesto un gran número de proposiciones, para explicar el predominio relativamente alto, de estos microorganismos en la cavidad bucal de pacientes con glosopirosis. La mayor concentración de *Cándida* en los pacientes con glosopirosis está relacionada con factores predisponentes, como la anemia, xerostomía y el uso de prótesis, que también son factores frecuentemente asociados.¹

La calidad y cantidad de flujo salival también podrían predisponer, no sólo a la colonización de hongos, sino también de diferentes tipos de bacterias. En estas condiciones, el posible mecanismo que conduce al aumento de determinados tipos de bacterias, por ejemplo del *Helicobacter pylori*, podría ser la adhesión selectiva de éste a la mucosa bucal, facilitando la

colonización de otros tipos de microorganismos, como las fusobacterias. De forma similar, la presencia de enterobacterias como *Klebsiella* promueve la colonización de *Cándida* en el epitelio.¹

Otra colonización de estos microorganismos puede ser, la influencia de las enfermedades sistémicas. Es interesante mencionar que dentro de este contexto, en un reciente informe Gall-Troselj y cols. (2001), muestran una mayor colonización del *Helicobacter pylori* en la mucosa bucal en pacientes con glosopirosis. Asimismo, la presencia de fusobacterias había sido indicada anteriormente como un posible factor desencadenante de la glosopirosis en algunos pacientes.^{1,21,52}

5.2. Factores sistémicos

Algunos factores sistémicos pueden influir en la persistencia y severidad de los síntomas que experimentan los pacientes con glosopirosis como: trastornos hormonales, deficiencias nutricionales, enfermedades crónicas degenerativas y efectos de algunos medicamentos.¹

5.2.1. Alteraciones menopáusicas

Massler (1986) valoró a 86 mujeres con síntomas generales en algún estadio del climaterio, encontrando que el 93% referían ardor bucal. Basker RM (1978), en estudios más controlados, el 26%, Ferguson MM (1980), de 17.9% y Wadrop RW (1989), de 33%.^{26,31}

La menopausia es un estado normal del desarrollo de la vida de la mujer, marcado por la desaparición permanente de la menstruación. Es el resultado de cambios irreversibles en las funciones hormonales y reproductivas de los

ovarios, con la consiguiente disminución de la secreción de estrógenos, progesterona y andrógenos. La menopausia esta acompañada de una serie de cambios fisiológicos característicos, ocurriendo algunos de ellos en la cavidad bucal, las mas comunes son: el malestar bucal, el síndrome de ardor bucal, alteraciones en el sentido del gusto y la pérdida alveolar como resultado de la osteoporosis.^{1,33}

Para algunos autores las alteraciones endocrinas son la causa básica de síntomas bucales y psicológicos de las pacientes menopáusicas.¹

5.2.Diabetes mellitus

Se le ha atribuido como posible factor etiológico en un porcentaje del 5 al 10% de los pacientes con glosopirosis en distintos estudios.^{17,46}

Es una alteración metabólica de carbohidratos, grasas y proteínas, por la falta completa o relativa de la secreción de insulina. Su evolución es progresiva, incluyendo clínicamente poliuria, polidipsia y polifagia, hiperglucemia, pérdida de peso y glucosuria.¹⁸

El paciente diabético presenta diversos factores de riesgo como la susceptibilidad a padecer xerostomía, una elevada incidencia de caries y propensión a infecciones por Cándida en las mucosas y por estar expuestos a medicación esto provoca efectos adversos locales y sistémicos.^{46,47}

5.2.3.Anemia Perniciosa

La presencia de esta anemia, oscila entre 1.8 a 8% en pacientes con glosopirosis.⁴⁶

Es una enfermedad crónica, que resulta de la atrofia de la mucosa gástrica con la consecutiva deficiencia de ácido clorhídrico y factor intrínseco (factor de absorción de la vitamina B₁₂). Esto conlleva a una deficiencia de vitamina B₁₂ (cianocobalamina), la cual es necesaria para la maduración de los eritrocitos. Sus valores de referencia son de 200 a 600 pg/ml. Su deficiencia puede ser debida a mala absorción intestinal, anormalidades gástricas o dietéticas.^{46,53}

Las características clínicas son: debilidad, lengua irritada y dolorosa, cefaleas, mareos, náuseas, vómitos, diarrea, pérdida de apetito, peso y color amarillento de la piel.⁵³

Las manifestaciones bucales son: lengua inflamada, úlceras poco profundas, glosopirosis y atrofia gradual de las papilas linguales.⁵³

El diagnóstico se realiza por cambios histológicos en las células rojas descritos como anemia megaloblastica, niveles séricos bajos de vitamina B₁₂, volumen corpuscular medio elevado y aclorhidria.⁴⁶

5.2.4. Anemia Ferropénica

Este factor de riesgo oscila entre 2 a 58%. Cibirka R (1997) reporta, que la anemia por deficiencia de hierro fue la enfermedad productora de la glosopirosis frecuentemente diagnosticada.^{17,46}

La causa más común de la anemia ferropénica es la deficiencia de hierro, que puede deberse a: ingesta inadecuada de este elemento en la dieta, alteración de la absorción por enfermedad gastrointestinal, pérdida crónica

de sangre por exceso de flujo menstrual, hemorragia gastrointestinal o ingestión de aspirina .⁵²

Las características clínicas son: fragilidad de las uñas y pelo, coiloniquia (uñas en forma de cuchara), glosodinia, glosopirosis, lengua roja, dolorosa y lisa por la atrofia de papilas filiformes y fungiformes, queilitis angular y palidez de la mucosa bucal .⁵²

Los síntomas generales son: fatiga, mareos, debilidad, cefaleas, palpitaciones y falta de aliento.^{44,46}

Para su diagnóstico son necesarias las pruebas hematológicas, que muestran disminución ligera ó moderada de hematocrito y de la hemoglobina, los glóbulos rojos son microcíticos e hipocrómicos y con disminución de la concentración de hierro en el suero.⁵²



Figura 2. Anemia ferropénica.

5.2.5. Deficiencias vitamínicas

Se ha encontrado que desde el 7.5 hasta 28.5% de los pacientes con glosopirosis tienen deficiencias vitamínicas.⁴⁶

Un gran número de estados carenciales ha sido relacionada con la glosopirosis, entre ellos destacan las deficiencias vitamínicas producidas por deficiencia de vitamina B₁ (tiamina), B₂ (riboflavina), B₆ (piridoxina) y ácido fólico, indirectamente estos pueden producir cuadros de anemia. Los

primeros informes publicados relacionaron a la glosopirosis con una fase preanémica, de deficiencias nutricionales relativas a los referidos oligoelementos y vitaminas. Sin embargo muchos estudios recientes señalan que es muy baja la presencia de deficiencias nutricionales entre los pacientes con glosopirosis.^{1,26,46}

Ya que en el examen hematológico realizado por Grushka (1987), el 90% de 102 pacientes no presentaron problemas nutricionales.²⁶

5.2.6.SIDA

La sintomatología de la glosopirosis en este tipo de pacientes se debe a la inmunosupresión que presentan, así como la susceptibilidad a infecciones bucales y efectos adversos de radio y quimioterapia a la que están sometidos. Al presentarse el SIDA, es frecuente encontrar periodos sintomáticos de fiebre crónica, pérdida de peso, diarrea, candidiasis bucal y leucoplasia vellosa, con un número incrementado de infecciones oportunistas y procesos neoplásicos.^{17,44}

5.2.7.Síndrome de Sjögren

Un factor importante en la etiología de la glosopirosis es el inmunológico, como lo demuestra Grushka (1987), quien en 102 pacientes (84 mujeres y 18 hombres) encontró que el 58% presentaban alguna alteración inmunológica dentro de las cuales destacó el Síndrome de Sjögren. Proponiendo que talvez estuviera asociado a una ligera elevación en el índice de sedimentación de eritrocitos, así como a una enfermedad generalizada de tejido conectivo.^{17,26}

El Síndrome de Sjögren es un desorden sistémico autoinmunitario y crónico que afecta a las glándulas salivales y principalmente a las lagrimales teniendo como resultado xerostomía y xeroftalmia, ocurre en el 85% en pacientes del género femenino. Existen dos tipos el primario donde se observa xerostomía y xeroftalmia y el secundario donde existe un desorden autoinmune, como artritis reumatoide.^{44,54}

En un tercio de los pacientes se pueden encontrar linfadenopatías involucrando frecuentemente a las glándulas salivales mayores.¹⁷

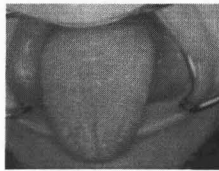


Figura 3. Síndrome de Sjögren

5.2.8. Consumo de medicamentos

La correlación entre el consumo de determinados medicamentos y la glosopirosis, es establecida indirectamente por la presencia de xerostomía ó hiposalivación y disgeusia provocada por estos.¹

Los síntomas de la glosopirosis han sido descritos como la manifestación de reacciones adversas a determinados fármacos, en algunos casos son causados por los antihipertensivos pertenecientes a la categoría de la enzima de conversión de la angiotensina (I.E.C.A.), como lisinopril, captopril, enalapril, entre otros.^{1,55,56}

Estos fármacos suprimen el sistema renina-angiotensina-aldosterona, dilatando los vasos sanguíneos e inhibiendo la ECA. Los antihipertensivos

antagonistas alfa-adrenérgicos como el doxazocin y los beta-adrenérgicos como el propanolol, nifedipina y colinidina producen xerostomía.^{55,56}

Recientemente Culhuane y Hold (2001), informan el caso de glosopirosis asociado al consumo de clonazepam, clasificado como un efecto adverso de alta probabilidad.¹

Por las características propias de los pacientes que padecen glosopirosis generalmente, son personas mayores con múltiples patologías y por lo tanto consumen una diversidad de fármacos. Entre los medicamentos mas consumidos se encuentran algunas categorías de psicotropos y para el aparato cardiovascular.¹

Los fármacos considerados dentro de los efectos adversos de la cavidad bucal son: antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos opioides, antihipertensivos, anticolinérgicos, antidepresores, sedantes, ansiolíticos, antipsicóticos y antihistamínicos.⁴⁶

Del grupo de los colinérgicos, la atropina, usada en la reducción de las secreciones salivales y bronquiales, provoca en la cavidad bucal xerostomía y sensación ardorosa.⁵⁶

Las benzodiazepinas tienen propiedades ansiolíticas, anticonvulsivas, relajantes musculares, sedantes e hipnóticas. Produciendo depresión en el Sistema Nervioso Central para aliviar la ansiedad y el insomnio. El clonazepam, diazepam y lorazepam, entre sus efectos adversos, pueden provocar xerostomía.⁵⁷

La imipramina, es un antidepresor tricíclico y la maprotilina un antidepresor tetracíclico, provocan mejoría del estado de ánimo, sedación, desinhibición

psíquica, intelectual y motora, provocando ocasionalmente en la cavidad bucal disgeusia y xerostomía.⁵⁷

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) son antidepresivos que se utilizan, cuando falla el tratamiento con antidepresivos tricíclicos ya que estos fueron los primeros fármacos utilizados en pacientes con depresión, pero dejaron de usarse por su menor eficacia en comparación de los antidepresores tricíclicos. Provocan sequedad bucal por ejemplo esta la Isocarboxazid.^{56,58}

5.3. Factores psicológicos

Es importante relacionar la glosopirosis con las alteraciones psicológicas, dado que ésta es una condición que cursa, con la manifestación de sensaciones desagradables, dolor de naturaleza crónica y ausencia de causas orgánicas que justifique los síntomas.^{1,26}

Browning y Colbs (1987), reportan que el 45% de 25 pacientes con glosopirosis presentaron alteración psiquiátrica.²⁶

5.3.1. Depresión y ansiedad

La depresión y ansiedad son los diagnósticos mas frecuentes y por lo regular se presentan a la par como indican Lamey PJ y Browning S (1988). El síntoma depresión-ansiedad contribuye en gran medida a la sintomatología de la glosopirosis, siendo el síntoma psicológico comúnmente diagnosticado dentro de este grupo de factores etiológicos.^{49,59}

La depresión es un proceso mental, que forma parte del desarrollo psíquico normal y que debe ser superada al menos una vez en la vida con el fin de alcanzar el estatus de un ser autónomo. Es una alteración de la conducta caracterizada por sentimientos de tristeza, desánimo, melancolía, vacío, demérito, desesperanza y desesperación, secundaria a una tragedia o pérdida personal, frecuentemente en grado desproporcionado respecto a la realidad.^{18,33,39}

El término de ansiedad hace referencia a un sentimiento de intranquilidad, agitación, desasosiego, incertidumbre y miedo aparece al prever una situación de amenaza o de peligro, generalmente de origen mental mas que externo. Las características que la definen pueden ser subjetivas u objetivas. Las características subjetivas comprenden sensaciones de inadecuación, miedo, sobreexcitación, desasosiego, aumento de la tensión, desamparo 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.^{18,39}

5.3.2.Evento emocional

En estudios se ha encontrado que la mayoría de los pacientes con glosopirosis han experimentado eventos estresantes en su vida, como la muerte de un pariente cercano, la pérdida de objetos valorados o funciones físicas, dar nacimiento a un niño muerto, niños nacidos con algún tipo de desventaja, tener familiares accidentados cercanos o problemas laborales, económicos y familiares. El 55% de los pacientes pueden identificar factores psicológicos relacionados a algún tipo de evento emocional doloroso.^{1,14,24}

5.3.3.Cancerofobia

El miedo extremo a padecer cáncer es un factor causal de la glosopirosis en el 20 % de los pacientes.⁴⁸

El enfermo piensa inmediatamente que sufre de algo malo “cáncer”, lo misterioso e incurable, ya que el paciente cancerofóbico se muestra preocupado por su muerte, con la cual relaciona la inexplicable sensación ardorosa de su boca. Debido a esto es necesario hacer que el paciente pierda su miedo al cáncer explicándole la etiología de lo que padece.^{2,59}

La cancerofobia suele manifestarse en pacientes con glosodinia idiopática, y es considerada un equivalente depresivo.^{33,35}

5.3.4.Insomnio

Es la incapacidad crónica de dormir durante la noche, es un trastorno comúnmente encontrado en estos.²

Una mala calidad del sueño es directamente proporcional al dolor que experimenta el paciente ya que puede despertar por el dolor durante la noche.²

6.SINTOMATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO.

6.1.Sintomatología

Los pacientes presentan un importante componente emocional con la percepción de sensaciones desagradables o anormales en la lengua preferentemente u otras zonas de mucosa bucal, incluso en la piel, a lo que describen como engrosamiento e hipersensibilidad.³³

Las molestias se describen como persistentes o inaguantables, sin embargo están presentes desde años atrás. Algunos estudios indican que dos terceras partes de estos casos presentan una duración superior a los 6 meses, y una cuarta parte es superior a los 2 años.³³

Es característico el hecho de que la sensación de ardor o quemazón suele ser continua, sin tener días libres en un 93.6%, aunque un 49% de los pacientes refieren que aumenta a lo largo del día y puede estar asociado con una alteración del gusto y boca seca, pero no impide la masticación llegando a desaparecer durante las comidas.³³

La intensidad referida por los pacientes fue considerada como moderada en dos terceras partes y una tercera parte como muy severa, mientras que muy pocos la describen como leve.³³

Las papilas foliadas se pueden presentar hiperplásicas y enrojecidas sin presentar alguna patología significativa. En un gran número de casos, este hecho unido a las molestias presentes en la lengua y mucosa bucal da lugar

a la aparición de la cancerofobia, que puede ser manifiesta y se considera un equivalente depresivo.³³

En algunos pacientes con glosopirosis, pueden manifestar alteraciones del gusto, no solo referidas en disminución del mismo, sino también a la percepción de sensaciones anormales, como sabor amargo, ácido o metálico, describiendo en ocasiones una saliva espesa.³³

6.2.Diagnóstico

El diagnóstico esta basado en la realización de una buena historia clínica. Hay que hacer hincapié en la anamnesis (antecedentes personales médicos y psiquiátricos, tratamientos farmacológicos, etc.) y en la exploración de la zona.^{21,16}

Se debe tener en cuenta la localización, la intensidad, el ritmo diario, la existencia de desencadenantes y si existen factores que aumentan o disminuyan las molestias y las sensaciones acompañantes.²¹

Las pruebas complementarias incluirán parámetros hematológicos con hemograma y química sanguínea que incluya vitamina B₁₂ y ácido fólico, realización de cultivo especialmente para candidas, realización de pruebas alérgicas y una entrevista psiquiátrica.²¹

El problema diagnóstico lo presentan los pacientes con una glosodinia primaria, en la que no se encuentra causa que justifique los síntomas.³⁵

6.3. Diagnóstico diferencial

La glosopirosis es un trastorno intrabucal doloroso que no conlleva signos clínicos característicos; por consiguiente, su evaluación y diagnóstico diferencial se basa en la identificación de síntomas, más que en los hallazgos clínicos objetivos y de laboratorio.¹

Otras patologías que debemos tomar en cuenta son: neuropatía diabética, lupus eritematoso discoide, reflujo esofágico, neuroma acústico, neuralgia, dolor facial atípico y anomalías sensoriales postraumáticas.^{1,44}

6.4. Tratamiento

Dado que la glosopirosis es una entidad patológica de etiología multifactorial, el tratamiento y el manejo del paciente son frecuentemente difíciles. Estos tratamientos normalmente son empíricos o van dirigidos a corregir las causas orgánicas detectadas.¹

Ya que son identificados los factores de riesgo, el tratamiento consistirá en corregirlos, evitar o al menos reducir la exposición con el agente causal.^{14,47}

Se le informará al paciente con detalles sobre el padecimiento y el curso que sigue, así como de la ausencia de un soporte orgánico para las manifestaciones clínicas subjetivas que padece.¹⁶

Debemos evitar la presencia de superficies traumáticas que puedan alterar la integridad de la mucosa, como bordes cortantes de órganos dentarios desgastados o fracturados, restauraciones, prótesis fijas o removibles desajustadas o deterioradas.^{21,48}

Los síntomas y signos producidos por la hipersensibilidad a algún son fáciles de eliminar al evitar el contacto con el agente causal.^{17,21}

En caso de la presencia de lengua geográfica, se le advierte al paciente sobre su naturaleza benigna, ya que no tiene un tratamiento específico, si el ardor es muy intenso, es posible manejarlo con enjuagues en partes iguales de difenhidramina y caolín-pectina, para proporcionar alivio sintomático. Siendo el primero un antihistamínico para reacciones alérgicas y como expectorante; el segundo es una suspensión que por su acción demulcente protege la mucosa que ha sido expuesta a irritación.^{44,56}

Son difíciles de tratar los hábitos parafuncionales ya que su base primordial es el estrés, por lo que el tratamiento apropiado es la fisioterapia y la relajación. También es posible contactar al médico tratante para la prescripción de algún fármaco que ayude a disminuir los niveles de estrés.^{21,27}

El tratamiento de la xerostomía es difícil e insatisfactorio. Tourne L (1992), indica que al tratar las enfermedades sistémicas que provocan la xerostomía puede aliviarse la sequedad bucal, sin embargo se debe poner especial cuidado en la farmacoterapia a seguir, ya que algunos medicamentos podrían agravarla. En caso de que la xerostomía sea causada por algún fármaco, se platica con el médico para disminuir la cantidad de medicamentos y cambiarlos por drogas con menos efectos adversos. Es importante la estimulación del flujo salival y esto lo podemos obtener, masticando chicle, chupando dulces sin azúcar o degustando alimentos cítricos y bebidas. En Estados Unidos utilizan saliva artificial y se ha tenido mucha aceptación de los pacientes.^{20, 27,46 ,44,45}

Algunos autores han reportado los efectos de aplicación tópica de algunas sustancias, como clonazepam, antiepiléptico del grupo de las benzodiazepinas, cuyo uso tuvo un resultado efectivo al reducir el nivel del dolor. Sin embargo en el estudio no hubo un control estricto del tratamiento, además de que en exámenes de sangre, se reveló la presencia de pequeñas cantidades de la droga, por lo que no es muy confiable.^{14, 19,20,47}

Se han aplicado anestésicos tópicos localmente, los cuales han logrado disminuir la sensación ardorosa.^{14,47}

El uso tópico de capsaicina como desensibilizante, comienza a ser estudiado en el tratamiento de la glosopirosis, así como la infusión de nopal como sustituto salival, ya que por su fácil disponibilidad en nuestro país, su uso común, economía y efectos benéficos puede ser útil.⁴⁵

Se deberán corregir las deficiencias vitamínicas y trastornos metabólicos.²¹

Deberá llevar un abordaje psiquiátrico, psicoterapia y terapia cognitiva.^{20,21}

Reevaluar cada 6 meses y valorar la evolución de las molestias.²¹

7.CONCLUSIONES

La glosopirosis se presenta entre pacientes de 50 a 80 años de edad, no es un padecimiento raro por que afecta en su mayoría a mujeres menopáusicas o posmenopáusicas.

Se presenta como la sensación de ardor, quemazón, escozor en la mucosa bucal y en la lengua por lo general en la punta y sus bordes.

El conocimiento de los factores de riesgo de la glosopirosis, así como el uso de una historia clínica especial para estos pacientes, es la base de una identificación precisa de los factores etiológicos, y por lo tanto de un diagnóstico correcto para brindar un mejor tratamiento.

La glosopirosis requiere de la atención de varias especialidades médicas, por lo tanto intervienen las posibilidades económicas, para poder mantener un tratamiento integral, esa es una gran desventaja en nuestro país.

Estos pacientes necesitan, que los escuchen, se debe mostrar afectividad con una actitud de cariño y comprensión hacia su problema, demostrándole seguridad al ver que conocemos su padecimiento, aportándole tranquilidad diciéndole que su enfermedad no es grave y que no compromete su vida.

8.BIBLIOGRAFÍA

1. Marques MS. Estudio clínico de pacientes con síndrome de boca ardiente: xerostomía, flujo salival, medicamentos, ansiedad y depresión.2000. Hallado en: <http://www.tdx.cesca.es/TESIS.UB/AVALIABLE/TDX-0205103-124344/TESIS-MARQUE-SOARES.PDF>.
2. Grispán D. Semiología, Patología, Clínica y terapéutica de la mucosa bucal. Buenos Aires: Editorial Mundi,1976.Tomo III.Pp.1708.
3. Reyes JF. Síndrome de boca ardorosa. Pact.Odon.Medicina Bucal 1996, vol 7;4-6, Pp.1.
4. Martínez B. Ciclo de práctica III: estomatodinia/glosopirosis, síndrome de boca ardiente. 1999. Hallado en: <http://odontologia.unchile.cl/irepo/patroral/private/neurcef/neurcef.html>
5. Ozawa JY. Estomatología geriátrica. México DF: Editorial Trillas, 1994, Pp.15-59.
6. Peraza L, Jareño I, Ferradiz S, Hidalgo. Síndrome de boca ardiente en pacientes geriátricos. 2002. Hallado en: <http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/trabajo/camaquey/16bocardienteengeriatria05>
7. Bates JF, Adams D, Stafford GD. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. México DF: Editorial El Manual Moderno, 1986. p.1-46.
8. Díaz MA, Mosqueda A. La mucosa bucal en la tercera edad. Rev. Méx. Dermatología 1999; 43: 115-122.
9. Marezky LS, Bijil P, Gird I. Burning mouth syndrome: evaluation of multiple variables among 85 patients. Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol 1993; 75: 303-7.
10. Kleinhauz E. Bath R, Litner M. Antecedents of burning mouth syndrome (glosodynina): recent life events vs. Psychopatologic aspects. J Dent. Res 1993; 73; 2: 567-72.
11. Cotterill JA. Las dinias. 2002. Hallado en: <http://delta.shering.es/varios/publicaciones/dermatología-y-psiquiatria/DermatologiaYPsiquiatria/capitulo-15-1.htm>
12. Frutos R, Rodríguez S, Miralles L, Machuca G. Manifestaciones orales y manejo odontológico durante la menopausia. Med. Oral 2002, Feb, 1.7:1. Hallado en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v7il/medoralv7ilp26.pdf>
13. Soto M, Rojas G, Esguep A. Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de líquen plano oral, síndrome de boca urente y estomatitis aftosa recidivante. Med. Oral 2004. Feb; 9:1-6. Hallado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-28342004000100001&script=sci_arttext&lng=es

14. Woda A, Navez ML, Richard-Leandri E. A possible therapeutic solution for stomatodynia (burning mouth syndrome). *J Orofacial Pain* 1998; 12: 272-8.
15. Smith T. Enciclopedia de la salud familiar. México DF: Editorial Interamericana, 1992; 4:p.1050.
16. Conde JM, López J. The Science module of percepnet provides papers on perception and sensory science by researches working on these disciplines. 2004, Apr. Hallado en: http://www.Percepnet.com/cien04_04.htm
17. Cibirika R, Melson S, Lefebvre C. Burning mouth syndrome: a review of etiologies. *J Prosthet Dent* 1997; 78: 93-7.
18. Diccionario Mosby Medicina, enfermería y ciencias de la salud. 5ª.ed. Ediciones Harcout; 2001.
19. Docencia. Síndrome de la boca quemante. 2001. Hallado en: <http://www.docencia-css.org.pa/documentos/guias/BocaQuema.pdf>
20. Grushka M. Burning mouth syndrome. *Amer. Fam. Physician* 2002, feb; 65; 4: 615-20.
21. Albarran J, Sáez S, Muñoz M, Torres W. Síndrome de boca ardiente. 2002. Hallado en: <http://www.semg.es/revista.65/pdf/360.362.pdf>
22. Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome. *Jour. Amer. Fam. Physician* 2002, Feb;65;4. Hallado en: <http://www.aafp.org/afp/20020215/615.html>
23. Acosta R. Diagnostico diferencial del dolor orofacial I asociada a estructuras intracraneanas , extracraneanas y desórdenes sicogénicos. *Rev. Fac. Odon* 2001; 13;1: 1-12. Hallado en: <http://www.revistaodontol.com/acostao.nova.edu.html>
24. Bergdahl J, Anneroth G. Burnung mouth syndrome: literature review and model for research and management. *J Oral Pathol Med* 1993; 22: 433-8.
25. Mayo Foundation for medical Education and research. Burning mouth syndrome. 2004, Sep. Hallado en: <http://www.ohiohealt.com/healthreference/4E7AF27F-25B0-43D0-90383E896030B033.htm?category=disease>
26. Reyes JF. Síndrome de boca ardorosa. *Pract. Odont. Medicina Bucal* 1996;17: 4-6.
27. Lamey PJ, Lewis MAO. Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. *BR Bent J* 1989; 167: 197-200.
28. Peraza L, Jareño I, Ferradiz S, Hidalgo S. Síndrome de boca ardiente en pacientes geriátricos. 2002. Hallado en: <http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/trabajos/camaguey/16bocardienteengeriatria05>
29. Grushka M. Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63: 30-6.
30. Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med* 1999; 28: 350-4.

31. Basker RM, Sturdee DW, Davenport JC. Patients with burning mouth: a clinical investigation of causative factors, including climateric and diabetes. *Br Dent J* 1978; 145: 9-16.
32. Ceccotti EL, Yasing FH, Zanuso LH, Bernal MP. Abordaje interdisciplinario en pacientes con síndrome de ardor bucal. *Bol AN de Medicina* 1996; 74: 441-7.
33. Hernández G, Herrera ML. Síndrome de la boca ardiente revisión y actualización bibliográfica. *Rev Euro Odontología* 1998; 4: 245-48.
34. Martínez B. Ciclo de práctica III: estomatodinia/glosopirosis síndrome de boca ardiente. 1999. Hallado en: <http://odontologia.uchile.cl/irepo/patorial/private/neurcef/neurcef.html>
35. Bagán JV, Cevallos A, Bernejo A, Aguirre JM, Penarrocha M. Glosodinia o síndrome de boca ardiente. Barcelona España: Editorial Masson, 1995.p.410-11.
36. Eguía A, Agurre JM, Martínez R, Echevarria MA, Sagasta. Síndrome de boca ardiente en el país vasco: estudio preliminar de 30 casos. *Med Oral* 2003, Jun; 8: 84-90.
37. Okeson JP. Dolor orofacial según Bell. 5ª.ed. Quintessence, 1999.p. 142
38. Trombelli L, Zangari F, Calura G. Aspetti psicologici nei pazienti affetti da burnung mouth syndrome. *Minerva Stomatol* 1994; 43: 215-21
39. Lamey PJ, Lamb AB. The usefulness of the HAD scale in assessing anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Pathol* 1989; 67: 390-2
40. Regezi, Sciubba. Patología bucal. 2ª.ed. Philadelphia. Pennsylvania: Editorial Interamericana, 1993. p. 159-162
41. Dental World Noticias. La etiología del síndrome de boca ardiente continua sin conocerse. *Diar Med* 2004. Hallado en: <http://dentalw.com/news/67.htm>
42. Universidad de Barcelona. Xerostomía, flujo salival, medicamentos, ansiedad y depresión en pacientes con síndrome de boca ardiente. 2002: 28-64
43. Mugica J. La etiología del síndrome de boca ardiente continua sin conocerse. 2001. Hallado en: <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0.2458.63073.00.html>
44. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral and maxilofacial pathology. 2a.ed. W.B. Saunders company; 2002. p. 234-8, 303-8, 398-405, 677-9, 712-30, 714-59.
45. 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.
46. Tourne L, Friction J. Burning mouth syndrome: critical review and proposed clinical management. *Oral Med Oral Pathol* 1992; 74: 158-67.
47. Ship J, Grushka, Lipton J, Mott A, Sessle B, Dionne R. Burning mouth syndrome: an update. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(7): 842-53.

48. Main DM, Basker RM. Patients complaining of a burning mouth: further experience in clinical assessment and management. Br Dent J 1983; 154: 206-11.
49. Lamey PJ, Lamb AB. Prospective study of a etiological factors in burning mouth syndrome. Br Med J 1988; 296: 1243-6.
50. Martínez JL. Restauraciones metálicas. 1999. Hallado en: <http://odontologia-online.com/estudiantes/trabajos/jmlt/jmlt01.html>
51. University of Maryland MC. Lengua geográfica. 2001. Hallado en: http://www.umm.edu/esp_ency/article/001049.htm
52. Delta Shering. Parte 2 psicodermatología. 1991. Hallado en: http://delta.shering.es/varios/publicaciones/DermatologiaYPsiquiatria/capitulo_10/capitulo_10/capitulo_10-5.htm
53. Portilla J, Aguirre A, Gaitán LA. Texto de patología oral. México DF: Editorial El Ateneo SA de CU, 1989. p. 155,156.
54. National Institutes of Health. Questions and answers about Sjögren's syndrome. NIAMS. 2001 Jan; 1(4861). Hallado en: <http://www.nih.gov/niams/healthinfo>
55. Kumar V, Cotran R, Robbins S. Patología humana. 6ª.ed. Mc Graw-Hill; 2002.p.316-20.
56. Gage TW, Pickett FA. Dental drug reference. 6th.ed. Mosby; 2003.p.4-17, 774-7.
57. Rodríguez R. Vademecum académico de medicamentos. 3ª.ed. Mc Graw-Hill; 2000.
58. Flórez J, Armijo J, Mediavilla A. Farmacología humana. 2ª.ed. Masso; 1992.p. 469, 484-6.
59. 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.