



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

IMPACTO DEL ESTADO PSIQUIÁTRICO PARA EL
DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE BOCA ARDOROSA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

MARISOL DOMINGUEZ CONTRERAS

TUTOR: Mtro. ROBERTO ONNER CRUZ TAPIA.

V. B.
[Firma manuscrita]



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

Todo tiene su tiempo, y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora. (Eclesiastés 3:1)

Dios, gracias por permitirme tener salud y poder cumplir esta etapa de mi vida.

Dedicación especial a Bertitha, mi madre y compañera de vida, de sueños y de lucha, gracias por todo tu esfuerzo, tu valentía, por siempre creer en mí, en mi capacidad, por motivarme, exhortarme, por tu ejemplo y amor infinito. Gracias por siempre estar presente y ser incondicional, hoy es momento de cosechar una pequeña porción de todo aquello que un día soñamos despiertas. Disculpa si demoré más, te amo.

Papá, aunque físicamente no estás éste logro es tuyo también, gracias por tu esfuerzo y amor, en todo momento especial te tengo presente y aunque una vida nos separe siempre te amaré.

A mis hermanos Rafael y Leonardo, gracias por su compañía aún cuando hay días en los que no soy una buena hermana, la vida sería muy aburrida sin ustedes. Rafis, aunque tus comentarios sean ácidos me han ayudado a seguir perseverando, así que gracias por ello. Leo, gracias por ser mi ayuda cuando entro en caos, por ayudarme y desvelarte conmigo para terminar éste trabajo. Deseo que en un futuro no muy lejano ambos puedan experimentar de ésta emoción y satisfacción que hoy siento...los amo.

Gracias a mi familia Contreras Vázquez por todo su apoyo, amor y siempre alegrarse de mis triunfos, son mi familia favorita. En especial a mi abuelita Rosita y tía Sarita, que han estado en todo momento apoyándonos, éste instante es suyo definitivamente...las amo.

Gracias a la familia que la Facultad me regaló, por su amistad, compañerismo y ayuda: Andy, Stephy, Chío, Fercita, Sulim, Gina, gracias por seguir presentes. Por las amistades que se alejaron gracias también, porque en su momento fueron apoyo y amor.

A mi mejor amigo Jonás, gracias por ser de las pocas personas que siempre ha creído en mí aunque a veces ni yo misma lo haga, por motivarme en los momentos difíciles y darme ánimos, gracias por facilitarme recursos para poder avanzar y recordarme que nunca hay que perder la Fé...lo logramos!!

Gracias a Odontología Verde y a la Dra. Rebeca Cruz por creer en mí y ser parte de la motivación para no perder el camino de la Odontología. Agradecida por las bellas amistades que he formado ahí, gracias Dra. Moni, por alentarme emocionalmente y brindarme día a día de tu conocimiento, amistad y compañerismo. Viri, gracias por estar al pendiente de cada avance, alegrarte y ser parte aún en la distancia...las quiero mucho!!

Gracias a mi tutor Dr. Roberto Onner, por su gran ayuda para finalizar éste trabajo.

Gracias a cada uno de ustedes por ser mi familia, mis amigos y mis pacientes.

Querida Marisol te agradezco que a pesar de todo no dejes de soñar, gracias por persistir, insistir y nunca desistir...lo lograste.

Por mi raza hablará el espíritu.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	3
CAPÍTULO 2. GENERALIDADES	4
2.1 Síndrome de Boca Ardiente.....	4
2.2 Clasificación.....	5
2.3 Clínica.....	6
CAPÍTULO 3. EPIDEMIOLOGÍA	8
CAPÍTULO 4. ETIOPATOGENIA	9
4.1 Factores Locales	9
4.2 Factores Sistémicos	13
4.3 Factores Psicológicos	14
4.4 Factores Neuropáticos	15
CAPÍTULO 5. ASPECTO PSICOLÓGICO	15
5.1 Depresión.....	17
5.2 Estrés	17
5.3 Ansiedad.....	18
CAPÍTULO 6. SBA Y SU RELACION CON EL ESTRÉS.....	19
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN	20
CAPÍTULO 8. PERFIL PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON SBA	22
CAPÍTULO 9. SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS DE SEVERIDAD Y DURACIÓN DEL SBA.	23
CAPÍTULO 10. DIAGNÓSTICO	24
CAPÍTULO 11. TRATAMIENTO	27
CONCLUSIONES.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	33

INTRODUCCIÓN

La cavidad oral es asiento de una diversidad de patologías de origen tanto local como sistémico; a este nivel se desarrollan lesiones de etiología controvertida, que tienen un carácter multifactorial y donde los factores psicógenos constituyen una importante variable a ser considerada.

Desde hace mucho tiempo, se ha pensado que los factores psicológicos desempeñan un papel contribuyente en la predisposición, el comienzo o el curso de varias enfermedades físicas. Estudios recientes demuestran claramente una unión entre el estrés, el desarrollo y curso de muchas enfermedades.

El Síndrome de Boca Ardiente (SBA) es una entidad nosológica que se define como una sensación de ardor o quemazón en la lengua o en cualquier otra localización de la mucosa oral. Históricamente el SBA ha sido descrito por sus síntomas en lugar de su causa, ello hace que la condición sea compleja y que su diagnóstico sea difícil de determinar, este hecho complica su manejo y hace que, al día de hoy no exista ningún tratamiento definitivo.

A pesar de haber sido estudiada desde hace muchos años, todavía se desconoce su etiología sin embargo, se sugieren múltiples factores etiológicos de origen local, sistémicos y psicológicos que hace suponer una etiología multifactorial.

Se desconocen los mecanismos responsables de las sensaciones desagradables que caracterizan el SBA, en el origen del proceso parece jugar un papel importante el componente psicológico.

En las últimas décadas, numerosas investigaciones han intentado aportar información alrededor de este síndrome. La mayor parte de los estudios han ido dirigidos a determinar los factores implicados en su etiología. Hasta el momento, los resultados evidencian contradicciones con respecto a su etiopatogenia y no se ha establecido una relación causa-efecto entre los diversos factores de riesgo (locales, sistémicos, neurológicos y psicológicos) y la aparición del síndrome. Donde parece existir mayor controversia es en el

discernimiento de los factores psicológicos, ya que no está claro si estos son predisponentes, precipitantes o incluso mantenedores del síndrome.

Numerosos estudios han demostrado, que además de las alteraciones neuropáticas, los factores psicológicos están implicados en la etiología de esta patología. La ansiedad y la depresión son las enfermedades psicopatológicas más frecuentes en estos pacientes.

Cuando se pierde el equilibrio entre el cuerpo y la mente por medio del estrés, se originan una serie de dolencias. Muchas de las patologías bucales estudiadas están relacionadas con el estrés, estableciendo una relación estrés–dolencia fundamental para el conocimiento y tratamiento de algunas enfermedades.

Los factores psicosociales en especial el estrés, la ansiedad y la depresión, tienen participación en la etiología de algunas condiciones en la cavidad bucal, actuando de forma conjunta con otros factores, sin embargo, el papel del estrés en condiciones como el Síndrome de Boca Ardiente, no está lo suficientemente claro.

En términos generales, el SBA continúa siendo objeto de estudios en el ámbito de la medicina bucal. En busca de un diagnóstico más preciso y de una terapéutica más eficaz, sigue siendo una materia objeto de considerable controversia y falta de comprensión. La multiplicidad de factores que se relacionan con esta entidad nosológica y que, de una forma, intervienen en la aparición de la sintomatología que lo caracteriza, ha hecho que actualmente este tema sea uno de los más estudiados en el área de la medicina bucal.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Descrita por primera vez a mediados del siglo XIX como Síndrome de Boca Ardiente (SBA) y por sus siglas en inglés Burning Mouth Syndrome (BMS), a principios del siglo XX Butlin y Oppenheim, quienes la describen como glosodinia, ya que la zona más afectada es la lengua.¹

Durante años siguientes, el SBA ha sido referido como glosopirosis, disestesia oral, dolor en la lengua, estomatodinia y estomatopirosis.¹

En 1620 Viger le da el nombre de reumatismo lingual, Brechet en 1817 la denomina glosalgia, Valleix en 1841 y Halliday y Dechembre en 1868 neuralgia lingual, Verneuil en 1885 ulceración imaginaria de la lengua y Kaposi también en 1885 le da el nombre de glosodinia.²

Otros nombres con los que se ha conocido al SBA han sido: glosopirosis, estomatodinia, estomatopirosis, parestesia orolingual, dolor orolingual, lengua urente o disestesia orofacial.²

Sin embargo, el término de SBA es el más usado en la actualidad ya que hace referencia al síntoma principal referido por estos pacientes y es el que se va a utilizar de ahora en adelante. La Asociación Internacional para el estudio del dolor define el SBA como un dolor tipo ardor en la lengua o en cualquier otra localización de la cavidad oral.²

En 2004 se clasifica por primera vez como una enfermedad por la Sociedad Internacional de Cefaleas.¹

No obstante, en los últimos años, se ha propuesto cambiar el término "Síndrome de Boca Ardiente" por "Trastorno de Boca Ardiente". La palabra síndrome se define como "un grupo de signos y síntomas que ocurren juntos y caracterizan una anomalía o condición particular".

En el caso del SBA, aunque hay descritas una serie de características clínicas, éstas no siempre están presentes en todos los pacientes, por lo que los hallazgos no son consistentes con la palabra síndrome. Sin embargo, las organizaciones internacionales todavía no han consensuado este cambio en la terminología.³

CAPÍTULO 2. GENERALIDADES

2.1 Síndrome de Boca Ardiente

El síndrome de ardor bucal es el término médico para el ardor continuo (crónico) o recurrente en la boca sin causa aparente. Esta molestia puede afectar la lengua, las encías, los labios, el interior de las mejillas, el paladar o áreas extensas de toda la boca.⁴

Otros términos sinónimos son: orodinia glosodinia o glosopirosis, estomatodinia o estomatopirosis y disestesia oral.⁵

Esta es una entidad patológica caracterizada por una sensación de ardor bucal en una mucosa clínicamente sana, y cuya etiología permanece incierta. 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, 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. La distribución de la sintomatología puede dar una pista de los posibles factores etiológicos locales.⁶

Otros síntomas asociados pueden ser: sed, dolor de cabeza, dolor en la articulación temporomandibular (ATM), dolor o sensibilidad en la musculatura masticatoria, del cuello, hombro y suprahiodea. Algunos pacientes además presentan hábitos parafuncionales como mordisqueo labial y yugal, bruxismo o respiración bucal.³

El SBA también puede acompañarse de alteraciones del sueño, lo que conduce a una reducción en la calidad de vida.

Varios estudios demuestran que los pacientes con SBA tienen peor calidad del sueño. Esto puede provocar fatiga, depresión, pérdida de concentración, aumento de la ansiedad, irritabilidad, reducción de la actividad y disminución del estado de alerta durante el día.³

2.2 Clasificación

Scala y Coworkers (2003) proponen que el SBA puede clasificarse en dos formas clínicas: “SBA primario”, para el que no existen factores locales o sistémicos identificados como originarios y es posible que su causa sea neuropatológica; y el “SBA secundario”, que puede ser una variante en la que la clínica sea el resultado de condiciones patológicas locales o sistémicas y cuyo tratamiento puede conducir a la mejoría.⁷

Existen autores que categorizan el SBA basándose en la gravedad de sus síntomas como: suave, moderado o severo. Afirman que el moderado es el que ocurre con más frecuencia y que es comparable con el dolor dental. Se han definido 3 tipos de SBA basándose en las fluctuaciones diurnas de los síntomas.⁸

Según Lamey y Lewis, el SBA se clasifica en tres tipos:

- Tipo 1: SBA caracterizado por vigilia sin dolor, presenta una sensación de ardor que comienza al final de la mañana y se exacerba gradualmente durante el día, alcanzando su intensidad máxima o pico por la noche. Afecta aproximadamente al 35% de los pacientes y está vinculado a trastornos sistémicos como: deficiencias nutricionales, diabetes mellitus, etc.⁹

- Tipo 2: Presenta síntomas continuos a lo largo del día. Los pacientes tienen dificultades para conciliar el sueño. Se manifiesta aproximadamente en el 55% de los pacientes. Los pacientes con SBA especialmente con tipo 2, que representa más de la mitad de todos los diagnosticados, se asocian generalmente con trastornos psicológicos y tienden a ser más resistentes a las terapias.⁹

- Tipo 3: Se caracteriza por síntomas intermitentes con períodos libres de dolor durante el día. Con frecuencia, constituyen el 10% del total de pacientes y muestran ansiedad y reacción alérgica.⁹

2.3 Clínica

Los síntomas que son mas predominantes Ardor, escozor, hormigueo, adormecimiento, quemazón, son algunos de los calificativos utilizados por los pacientes para definir el disconfort que les causa lo que en clínica se conoce como síndrome de boca ardiente.⁸

El paciente típico de SBA presenta como sintomatología dominante quemazón dolorosa, normalmente a nivel de la lengua y describe la sensación como si ésta estuviera “escaldada o quemada” por un líquido caliente.⁷

Además de la sensación de ardor intraoral, es muy frecuente que los pacientes con SBA refieran síntomas acompañantes, principalmente sensación de boca seca y alteración del gusto. Estos tres síntomas determinan la triada característica del SBA, motivo por el cual ha recibido la denominación de síndrome.³

Aunque la mayoría de los estudios no encuentran diferencias al respecto, recientemente se ha descrito que el flujo salival en reposo de los pacientes SBA está disminuido en comparación con los controles, sin que se encuentren diferencias en el flujo salival estimulado. También se han encontrado diferencias en la composición de la saliva y alteración de los niveles de ciertos oligoelementos (Na, K, Cl, Ca, Mg, P) y de biomarcadores como las citocinas (IL-1 β , IL-2, IL-6, IL-8, TNF- α).³

Mientras algunos pacientes refieren malestar leve o moderado, otros manifiestan dolor insoportable. Los primeros estudios realizados acerca del SBA, minimizan el dolor experimentado por estos pacientes, a diferencia de

estudios recientes donde se pone de manifiesto el carácter moderado a severo de la sintomatología, llegando a realizar un símil con la intensidad del dolor dental.⁷

La sintomatología ha sido descrita como una molestia continua, con periodos de agudización (crisis), pero en general de tipo crónico, de inicio espontáneo, sin factor identificable de precipitación, a no ser el estrés y otros factores psicológicos. Aproximadamente un tercio de los pacientes relaciona la aparición de los síntomas con un tratamiento odontológico, una enfermedad reciente o una medicación no habitual (incluyendo antibióticos). Sin importar la naturaleza de la molestia, una vez que ésta aparece puede persistir muchos años.⁸

El ardor bucal suele aumentar progresivamente durante el día, alcanzando su intensidad más alta al final de la tarde. En la mayoría de los pacientes el dolor está ausente por la noche; normalmente no los despierta, pero les dificulta conciliar el sueño.⁸

El sitio de afectación más frecuente es la lengua, siendo más específicamente la punta y los bordes de ésta los más molestos. En segundo lugar, de frecuencia de afectación, para algunos autores, se encuentra en la porción mucosa del labio inferior y el paladar duro.

Se ha publicado que puede existir una recuperación parcial espontánea en 6 a 7 años después del inicio. Esta puede estar precedida por cambios de sintomatología y episodios libres de sensación dolorosa; no se ha observado ningún factor clínico que preceda las recuperaciones.⁸

La mayoría de los estudios han encontrado que el ardor bucal está acompañado con frecuencia por otros síntomas, incluyendo boca seca y alteraciones del gusto (disgeusias), sabor metálico, sabor amargo o combinaciones de varios de ellos y/o cambio en intensidad de la percepción del gusto. Además, pueden aparecer dificultades para tragar, dolor facial o dental atípicos.⁸

CAPÍTULO 3. EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de SBA estimada oscila entre un 0,7%-4,6% de la población general y la incidencia se cifra entre 5 y 10 casos por 100 000 personas. Algunos la sitúan entre un 0,7 y un 15%; esta variabilidad de datos es debida a la falta de un estricto criterio diagnóstico y a la frecuente inclusión de una muestra en la que todos los pacientes tienen SBA en vez de comparar muestras aleatorias de pacientes sanos que representan la población general. El SBA afecta principalmente a mujeres peri y postmenopáusicas, especialmente entre los 38 y los 78 años, que suelen presentar algún tipo de trastorno psicológico, con un cuadro ansioso-depresivo.

La proporción respecto a varones es de 7:1 y la edad media de aparición es de 55-60 años, con rara existencia por debajo de los 30 años. Descubrir este síndrome en pacientes con menos de 30 años es raro, no habiendo sido nunca descrito en niños, ni adolescentes.¹⁰

Las mujeres son el grupo más afectado con un 5,5%, mientras que en los hombres el porcentaje de los afectados disminuye considerablemente (1,6%).⁷

En las mujeres el SBA es más frecuente durante el climaterio. El 1% de los casos ocurre entre la cuarta y la sexta décadas de vida.⁷

La menopausia es el periodo menstrual final y ocurre durante el climaterio, al agotarse los folículos primarios; 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. 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.⁶

CAPÍTULO 4. ETIOPATOGENIA

Muchos investigadores han intentado, a lo largo de los años, explicarse la causa del síndrome de la boca ardiente. El cuadro clínico del SBA es complejo, lo que ha creado una dificultad importante para entenderlo. ¿Qué lo produce? Esta pregunta todavía en la actualidad no tiene una respuesta concreta; se plantean numerosos factores relacionados. Cualquiera de ellos puede estar reflejado en la historia de un individuo con SBA y no necesariamente aparecer en otro con el mismo diagnóstico.⁸

Se postula que tanto el comienzo como la perpetuación del cuadro tendrían un origen neuropático. El dolor de cualidad “ardiente” es característico de muchas condiciones de dolor crónico asociado a daño nervioso y anomalías somatosensoriales, tanto del sistema nervioso central (SNC) como del sistema nervioso periférico (SNP).³

Teniendo en cuenta todo esto, actualmente se acepta que en la etiopatogenia del SBA existe un componente neuropático, que puede ser tanto central como periférico, además de un componente psicógeno, factor común en las patologías de dolor crónico.³

Un hecho importante a señalar es que, en muchas ocasiones, corregir o eliminar estos agentes presuntamente causales no determinan la mejoría o desaparición de la sintomatología inicial. Los diferentes factores relacionados con la etiopatogenia de este síndrome se han dividido en: locales, sistémicos, psicológicos y neuropáticos.⁸

4.1 Factores Locales

La infección subclínica por candidiasis ha sido sugerida como uno de los factores en SBA. Terai y cols sugirieron que un posible método para diagnosticar la causa del dolor lingual es comparar la intensidad del dolor al comer y en reposo. Los resultados del estudio mostraron que el dolor lingual al comer era inducido por *Cándida*.¹⁰

- Helicobacter pylori. Los resultados de los estudios no confirman el rol causal de H. pylori en el SBA. Se consideran en este apartado factores capaces de desencadenar la sintomatología urente afectando la mucosa bucal directamente; generalmente actúan por irritación localizada de la misma y pueden ser de distinta naturaleza: físicos (mecánicos, térmicos, eléctricos), químicos (alcohol: contenido en bebidas o colutorios) o biológicos, entre los cuales se pueden incluir algunas bacterias y hongos.⁸
- Candidiasis. Gall Troselj y cols recolectaron muestras de la cara dorsal de la lengua mediante la "técnica del citobrush" a un grupo de 144 pacientes con SBA y H. pylori fue encontrado en 25 pacientes.¹⁰



Imagen 1: Candidiasis bucal.

- Mala higiene bucal. La acumulación de la placa y cálculo dental constituye un factor irritante para la encía y la mucosa bucal de muchas enfermedades de la boca, que incluyen también el SBA.¹⁰
- Hábitos parafuncionales. Varios estudios reportan hábitos parafuncionales en pacientes con SBA. La actividad parafuncional tal como: mordisqueo lingual, labial, yugal, movimientos compulsivos de la lengua, bruxismo y otros, están significativamente relacionados con

la ansiedad. Varios estudios han proporcionado evidencias de algunas alteraciones neurológicas en el SBA, en última instancia, es concebible que los hábitos parafuncionales pueden resultar de los cambios neurológicos.¹⁰



Imagen 2: Lesión traumática.

Autores afirman que los hábitos parafuncionales son clave en el SBA. La fricción repetitiva de diversas zonas de la mucosa oral (lengua, labios) con estructuras más duras próximas (mucosa masticatoria palatina, dientes, prótesis) provoca pequeños focos inflamatorios.¹⁰

- Galvanismo. Las reacciones electroquímicas que existen entre las diferentes restauraciones metálicas se reflejan en el SBA. La producción de corriente eléctrica causa una sensación de ardor con o sin sabor metálico.¹⁰



Imagen 3: Restauraciones con amalgama de plata

- Disfunción de las glándulas salivales. La saliva y el flujo salival juegan un papel importante en el SBA, en la iniciación y mantenimiento de los síntomas. La saliva constituye un medio de dispersión de sustancias que transmiten estímulos a la mucosa bucal. Una alteración en la concentración orgánica e inorgánica de ciertos componentes salivales por alteración de la secreción o disminución de la cantidad de saliva quizás pueda influenciar la captura de estímulos, recepción y alteración de la percepción de la mucosa bucal. Un aumento en la viscosidad salival produciría una película residual delgada y discontinua que fácilmente induciría una sensación de boca seca y los receptores de la lengua estarían más expuestos a estímulos que los de un individuo asintomático. Se puntualiza que la boca seca es un factor importante en la etiología del SBA y su asociación con la disminución del flujo salival.¹⁰
- Xerostomía. El consumo de medicamentos, la presencia de enfermedades sistémicas crónicas, la capacidad funcional del paciente y los estados psicológicos están implicados en la etiología de la xerostomía. La xerostomía subjetiva o sensación de boca seca es muy frecuente en los pacientes con SBA. Sin embargo, la mayoría de los estudios en los que se mide la tasa de flujo salival (en reposo y estimulado), no revelan diferencias significativas con los controles. Es decir, la capacidad funcional de las glándulas salivales está preservada.¹⁰



Imagen 4: Lengua con afectación por Xerostomía.

- Estímulos y alergias. Los bordes de los dientes afilados, la caries, el sarro, los bordes de empastes que sobresalen, los bordes de las coronas que sobresalen, los aparatos de ortodoncia o el metal de los empastes pueden irritar, lesionar la lengua o la mucosa bucal o provocar alergias, pero su acción sobre los síntomas del SBA todavía no está clara.¹⁰

4.2 Factores Sistémicos

Gran variedad de entidades nosológicas sistémicas ha sido consideradas factores relacionados con la aparición del SBA.⁸

- Diabetes Mellitus. En los pacientes con diabetes mellitus se pueden encontrar diversas manifestaciones orales: hipo salivación o xerostomía asociada a boca ardiente, alteración del gusto (disgeusia), agrandamiento de la glándula parótida y candidiasis eritematosa. La DM juega un papel importante en el desarrollo del SBA. Autores reportaron que los síntomas de SBA en pacientes diabéticos mejoraron después de controlar la glicemia.¹⁰
- Farmacoterapia excesiva. Uno de los principales factores que pueden influir en la secreción de las glándulas salivales es el consumo de medicamentos. La xerostomía y la hipo salivación generan incomodidad en la cavidad bucal y pueden agravar el pronóstico del SBA. Entre las diversas categorías de fármacos, solamente los antihipertensivos y diuréticos se presentaron como factor de riesgo para el SBA.¹⁰
- Hipotiroidismo. Esta enfermedad puede tener una influencia negativa en el gusto (disgeusia) y provocar un aumento de la sensación

sensorial trigeminal (sensación táctil, térmica y dolorosa) con ardor bucal.¹⁰

- Neoplasias malignas. Los signos iniciales de mieloma múltiple podrían resultar de neuropatías sensoriales, con asociación con el SBA.¹⁰
- Reflujo gastroesofágico. El SBA está ocasionalmente asociado con el reflujo gastroesofágico, específicamente relacionada con la sintomatología de orofaringe y base de la lengua.¹⁰
- Síndrome de Sjögren. puede provocar un déficit en la producción de saliva en la boca para humedecer la mucosa bucal. Junto a la sequedad oral, la quemazón en la lengua puede ser una de sus consecuencias.¹⁰



Imagen 5: Síndrome de Sjögren.

4.3 Factores Psicológicos

Generalmente se ha asociado el SBA a un estado de ansiedad importante, que el paciente muestra al describir su proceso clínico desde el primer momento de la exploración. No se ha podido explicar con claridad la fisiopatología de esta relación, por lo cual no se sabe si aparece el ardor bucal a causa del trastorno psicológico, o éste es una consecuencia de la

sintomatología. Los factores psicológicos y sociológicos desempeñan un importante papel en los desórdenes dolorosos faciales y orofaciales⁸.

El empleo de diversas pruebas y escalas de valores ha demostrado una presencia frecuente de cambios psicológicos en estos pacientes.

Los cambios más comunes son: depresión, ansiedad, inadaptabilidad social e inestabilidad emocional. La personalidad de los pacientes con SBA es similar a la de otros individuos que padecen enfermedades con dolor crónico. Tienden a ser depresivos, sentirse molestos, son aprensivos e introvertidos, lo cual puede ser el resultado directo de la experiencia dolorosa.⁸

Los pacientes que padecen el síndrome suelen presentar tensión psíquica y ansiedad y el ardor bucal puede ser una somatización de sus conflictos internos.⁸

4.4 Factores Neuropáticos

La presencia de disgeusia y anomalías sensoriales indica que el SBA tiene una base neuropática.

Estudios neurofisiológicos sugieren que el sistema nervioso central o periférico están implicados en el dolor de la boca.

Tanto central y periférica, existe una hiperactividad del sistema motor y sensorial del nervio trigémino seguida de una inhibición central que a su vez lleva una respuesta más intensa a los irritantes orales, y finalmente conduce a la aparición de dolor oral fantasma como resultado de la alteración en el sentido del gusto.

Los pacientes con este tipo de alteración posiblemente muestren episodios intensos de dolor en la cavidad oral.¹

CAPÍTULO 5. ASPECTO PSICOLÓGICO

De acuerdo con los estudios de Bogetto y colaboradores en 1998, los desórdenes psicológicos prevalentes en el SBA son depresión y ansiedad, encontrando también relación entre los acontecimientos de elevado

componente emocional y este síndrome. El componente psicológico ha sido sugerido como factor etiológico, dada la frecuencia de la ansiedad, depresión y desórdenes de personalidad que caracterizan a los pacientes con SBA. Se ha encontrado un complejo espectro de disturbios sociales y psicológicos en pacientes con SBA.

Los factores psicológicos y psicosociales juegan un papel importante en el dolor facial y los desórdenes orofaciales.⁷

La prevalencia del SBA en la población general es mayor en mujeres en periodo peri-menopaúsico, el cual se considera como un periodo donde existen alteraciones psicógenas y son más frecuentes las dificultades de adaptación a una nueva condición física. Soto-Araya y colaboradores en 2004, sugieren la existencia de una relación positiva entre las alteraciones psicológicas y el SBA, con niveles significativos de depresión y ansiedad en estos pacientes. Grushka y colaboradores en 2002, manifiestan que la ansiedad crónica y la depresión son condiciones asociadas con el SBA. Pokupek-Gruden en el 2000, usando escalas psicológicas y test, establecen la presencia de cambios psicológicos en un elevado porcentaje de pacientes con SBA, manifestando que factores psicógenos como la depresión, ansiedad, adaptabilidad y estabilidad emocional, pueden tener un rol importante en el SBA.⁷

Los diferentes cambios en la personalidad y en el humor, que se asocian a ansiedad y depresión, han sido demostrados continuamente en pacientes con SBA, utilizándose para sugerir que la condición incluye un problema psicológico, sin embargo, la disfunción psicológica es común en pacientes con dolores crónicos pudiendo ser secundaria a la sensación dolorosa. Los reportes de técnicas bioconductuales en el tratamiento del SBA pueden estar más enfocados en disminuir el dolor, más que en curar el síndrome. De la misma forma, el uso de antidepresivos tricíclicos y algunas benzodiacepinas pueden estar relacionados con sus propiedades analgésicas y anticonvulsivas.⁹

5.1 Depresión

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en el 2022 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

La depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes durante la mayor parte del día.¹⁴

Ya sea causa o consecuencia, la depresión junto a la ansiedad son los dos factores psicológicos más importantes. Para algunos autores es más frecuente la depresión, para otros la ansiedad. Referente a estos aspectos se ha llegado a establecer un perfil psicopatológico de los pacientes con SBA, donde se les considera personas ansiosas con tendencia a la depresión.⁷

Grushka y colaboradores muestran características de personalidad en estos pacientes con SBA similares a otros pacientes con sintomatología de dolor crónico. Los pacientes con SBA tienden a la depresión, tristeza, son aprensivos e introvertidos como resultado directo de la experiencia dolorosa. La depresión y el dolor crónico están íntimamente relacionados. La edad es otro aspecto que no se puede obviar respecto a la depresión; teniendo en cuenta que suelen ser personas de edad media o avanzada, especialmente mujeres en las que el cuadro suele coincidir con una pérdida afectiva, ya sea por la pérdida real de un familiar, o por el distanciamiento de los hijos, lo que genera el síndrome del “nido vacío”.⁷

5.2 Estrés

El origen del término estrés se encuentra en el vocablo *distres*, que significa en inglés antiguo “pena o aflicción” el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias.

Se trata de un proceso adaptativo y de emergencia, siendo imprescindible para la supervivencia de la persona; éste no se considera una emoción en sí

mismo, sino que es el agente generador de las emociones. En todo caso, el estrés es una relación entre la persona y el ambiente, en la que el sujeto percibe en qué medida las demandas ambientales constituyen un peligro para su bienestar, si exceden o igualan sus recursos para enfrentarse a ellas.¹³

El dolor facial atípico aparece ligado al estrés personal y crónico. Son pacientes que responden exageradamente a situaciones estresantes, poniendo de manifiesto los síntomas del SBA, del mismo modo que mejoran sus síntomas cuando se resuelve la situación de estrés. Los pacientes con SBA presentan un perfil de personalidad, suelen ser reacios a cambios y tímidos. Estos pacientes son descritos como hostiles y agresivos por intervenciones de psicoterapia. En estos pacientes los factores emocionales son importantes.⁷

Merigo y colaboradores en el 2007, que evalúan los factores psicológicos en la etiopatogenia del SBA, sugiriendo en sus resultados una etiología para el SBA diferente de la hipótesis psicógena y haciendo hincapié en la necesidad de profundizar en la etiología neurológica del SBA.⁷

5.3 Ansiedad

Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986). En general, el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o

históricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles.¹³

Es uno de los factores emocionales que presenta una estrecha relación con el dolor. Ésta no sólo puede disminuir el umbral del dolor, sino que también puede actuar desencadenando la percepción dolorosa a estímulos que normalmente no provocan dolor. La ansiedad y depresión son más frecuentes en pacientes con SBA, pudiendo estar estas situaciones relacionadas con el dolor crónico y quemazón característicos en este síndrome.⁷

CAPÍTULO 6. SBA Y SU RELACION CON EL ESTRÉS

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5% respectivamente. En México, Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad.¹⁴

El estrés se caracteriza como una respuesta del organismo ante agresiones de origen físico, psíquico, infeccioso, entre otras, capaces de alterar el equilibrio cuerpo-mente. El exceso de estrés de gran intensidad y duración por parte del agente agresor, es capaz de producir en el organismo alteraciones a nivel neurológico, endocrino e inmune, estableciendo una relación estrés-dolencia, que explica la participación de factores psíquicos en el desarrollo de determinadas condiciones en la mucosa bucal.

Generalmente la causa es desconocida y se considera una hipótesis que esta condición estaría relacionada con factores psicológicos destacándose la ansiedad, la depresión y el estrés. En un estudio realizado por Hakeberg, Hallberg y Berggren en 2003, con relación al SBA y estrés, observaron que todas sus pacientes habían pasado por momentos de grandes tensiones o decepciones emocionales durante sus vidas, terminando con la aparición del dolor bucal, sugiriendo una relación entre el SBA y el estrés, siendo más frecuente en el sexo femenino a partir de la cuarta década de vida en adelante.¹⁵

Debido a las controversias acerca de si el factor psicológico es una causa o una consecuencia del SBA varios estudios apoyan la relación entre los factores psicológicos y el dolor crónico, sugiriendo que la enfermedad somatiza las experiencias de vida desfavorables, las cuales pueden influir tanto en los cambios del estado de ánimo como, en la personalidad de los pacientes; sin embargo, el inicio de los síntomas del SBA no necesariamente están relacionados con eventos estresantes de vida, a pesar de su elevada tensión psicológica. Los pacientes con SBA pueden ser particularmente vulnerables a problemas psicológicos como depresión, ansiedad, hostilidad, debido a las entidades características del SBA, tales como el dolor persistente crónico. Los factores fisiológicos y psicológicos perpetúan y exacerban el SBA; por lo tanto, ambos componentes deben ser atendidos.

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN

A lo largo de los años, el SBA ha sido frecuentemente asociado con factores psicológicos. Se han llevado a cabo múltiples estudios para intentar aclarar la relación existente entre ambos.

En 1987 fue llevado a cabo el primer estudio al respecto, utilizando el Inventario de Personalidad Multifásica de Minnessota.³

Desde entonces, se han realizado multitud de estudios utilizando distintos tipos de pruebas psicométricas (HADS, STAI, BDI, SCL-90-R, MINI-PLUS,

entre otros), obteniéndose altas puntuaciones de estos pacientes en las diferentes escalas y evidenciando una fuerte asociación entre el SBA y los factores psicológicos y comorbilidad con trastornos mentales. Se ha asociado al SBA con alteraciones psicológicas como la depresión, la ansiedad, la cancerofobia o la hipocondría. Además, se ha demostrado que estos pacientes tienen mayor tendencia a presentar ciertos síntomas psicopatológicos, como somatización, obsesión u hostilidad.³

De todas las alteraciones psicológicas, las que se asocian con mayor frecuencia al SBA son la ansiedad y la depresión, sobre todo en aquellos pacientes que presentan un SBA con alteración neuropática a nivel del SNC, pudiendo estar presentes en más del 50% de los casos. La prevalencia de la ansiedad oscila entre el 10,8 y el 73%, mientras que la depresión está entre el 13 y el 75%.³

Lamey y cols. sugieren que la ansiedad puede ser más importante que la depresión, en relación con la alta prevalencia de hábitos parafuncionales que presentan estos pacientes, aunque otros autores describen un predominio de la depresión. Múltiples estudios demuestran que los pacientes SBA presentan mayores niveles de ansiedad y depresión que los controles.

Además, Amenábar y cols. demuestran que estos pacientes presentan mayores niveles de ansiedad en asociación con mayores niveles de cortisol.³

Por otro lado, de Souza y cols. determinan que los pacientes con SBA tienen una frecuencia significativamente mayor que los controles tanto de trastorno depresivo mayor, pasado o presente, como de trastorno de ansiedad general. Aunque sigue la controversia sobre si la ansiedad y la depresión son causa o efecto del SBA, Taiminen y cols. encontraron que el inicio de los trastornos de depresión, ansiedad y de otras condiciones dolorosas distintas a los trastornos orofaciales precedían la aparición del SBA en casi el 80% de los casos. La cancerofobia puede estar presente en un 20-30% de estos pacientes y ser particularmente evidente en aquellos sujetos con

antecedentes familiares de cáncer de cabeza y cuello. Sardella y cols.no encontraron diferencias estadísticamente.³

Es un dato clásico en los pacientes con SBA, dada la estrecha relación de este aspecto con el miedo a la muerte, que provoca comportamientos irracionales en quien la sufre. Lamey y Lamb enfatizan como la ansiedad, depresión y cancerofobia contribuyen a la sintomatología del SBA.⁷

CAPÍTULO 8. PERFIL PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON SBA

Muchos investigadores tratan de explicar la relación entre los factores psicológicos y el SBA; por lo que han hecho una gran variedad de informes concernientes a la relación entre el SBA y las interrogantes psicológicas.

Hay un cúmulo de evidencias que indican que los pacientes con SBA difieren generalmente en sus perfiles psicopatológicos. En un estudio de casos y controles realizado por Pokupec-Gruden y cols., identificaron que la ansiedad y la depresión son más comunes en pacientes con SBA. El objetivo de esta investigación fue demostrar que los factores psicógenos son la causa de la sensación de ardor en el SBA. Los métodos que ayudaron a establecer la relación entre los factores psicógenos y el SBA fueron: la historia general de los encuestados, la historia clínica con evaluación objetiva y subjetiva, las escalas de evaluación psicológicas y las pruebas (tests).

Los resultados respecto a los factores psicógenos, permitieron establecer la presencia de cambios psíquicos en un alto porcentaje, tales como depresión, ansiedad, adaptabilidad y estabilidad emocional. Se estableció un diagnóstico sistemático y psiquiátrico necesario para tomar las decisiones correctas en el tratamiento de las personas con SBA.

Estas investigaciones mostraron que las alteraciones psicológicas, trastornos de la personalidad, inestabilidad emocional, aislamiento, introversión, baja autoestima, preocupación, nerviosismo, tensión, neurosis, vulnerabilidad, negatividad a los afectos, insatisfacción con su vida, excesiva preocupación

por su salud, pensamientos tristes, obsesión-compulsión, sensibilidad personal y psicosis, fueron asociados con SBA, en particular, los niveles de ansiedad, depresión, síntomas de somatización y frecuencia de eventos adversos en la vida de los pacientes con SBA fueron más altos que los del grupo control.

CAPÍTULO 9. SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS DE SEVERIDAD Y DURACIÓN DEL SBA.

Numerosos estudios sugieren un componente psicológico en pacientes con SBA, donde hay: alteraciones en los rasgos en la personalidad, cambios de humor en diferentes grados de ansiedad y depresión, disminución de la capacidad de socialización, mareos, psicastenia (dolencia de la psique caracterizada por fobias, obsesiones, compulsiones y ansiedad), preocupación exagerada por la salud, pensamientos tristes y falta de iniciativa entre otras.

Al Quran, midió 5 dominios de la personalidad, entre ellos: neurosis, extroversión, apertura, amabilidad, y escrupulosidad en pacientes con SBA. Los pacientes con SBA han registrado puntajes significativamente altos en todas las facetas de neurosis, que incluyen ansiedad, hostilidad, enojo, depresión, sentimientos de culpa, impulsividad y vulnerabilidad. La neurosis es la única dimensión de la personalidad que es correlacionada significativamente con la gravedad de la sensación de ardor, por lo que pueden ser indicadores de la gravedad de los síntomas del SBA.

También encontraron en los pacientes con SBA una puntuación más alta en las escalas de las características de la personalidad como el aumento del dolor. Estos trastornos psicológicos parecen ser independientes de la intensidad de los síntomas, pero en su mayoría parecen estar relacionados con un período prolongado de dolor y una larga historia de tratamientos exitosos 13,23 Los Cambios de humor se fundamentan en diferentes grados

de ansiedad y depresión, que dan por resultado una muy mala calidad de vida.⁹

CAPÍTULO 10. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del SBA es clínico y está basado en síntomas subjetivos de acuerdo con los criterios diagnósticos actuales

Es importante enfatizar que el diagnóstico del SBA es un diagnóstico por exclusión: solo debe establecerse después de que se hayan descartado todas las demás causas posibles ya que, actualmente, no disponemos de pruebas diagnósticas específicas para ello. La clave para realizar un correcto diagnóstico de SBA, al igual que en cualquier patología, es tener una historia clínica lo más completa posible que nos permita valorar diversos factores, locales o sistémicos, que pueden ser causantes de la sintomatología, que descarten el SBA y sean susceptibles de ser tratados.

Realizar una anamnesis detallada es imprescindible para identificar antecedentes médicos, personales y familiares, cuantificando la sensación dolorosa y describiendo la calidad, duración y cronología de los síntomas. Se debe prestar especial atención a la ingesta de fármacos que pudiesen producir hiposialia así como presencia de hábitos parafuncionales, que son aquellos del sistema masticatorio que no tienen sentido útil, que son involuntarios e incluso desconocidos para el paciente, como el bruxismo, morder los labios, mejillas, lengua entre otros. Es importante un interrogatorio psiquiátrico para descartar una patología del ánimo subyacente, siendo recomendable la evaluación por psiquiatría, ayudando a tener un enfoque distinto, aportando tanto para el diagnóstico como en tratamiento del SBU.¹⁷

Además, conocer el perfil que suelen tener estos pacientes puede ayudar en el diagnóstico:

- Presentan ardor en la cavidad oral sin lesiones clínicas objetivables a la exploración.
- Son pacientes de edad media o avanzada; más frecuentemente mujeres.
- Por lo general son pacientes que han sido derivados y referidos por lo que suelen presentar una actitud desconfiada.
- Han sido atendidos por numerosos especialistas y han tomado numerosos medicamentos sin resultados favorables.
- Presentan un componente ansioso o depresivo importante, a veces con cancerofobia.
- El ardor puede acompañarse de otros síntomas como xerostomía y/o disgeusia.
- Los síntomas pueden aparecer a raíz de un tratamiento odontológico o alguna experiencia en la vida.
- Pueden presentar una necesidad compulsiva de mirarse la lengua cada vez que se ponen delante del espejo.

Deben considerarse otras enfermedades sistémicas que pueden manifestar síntomas similares al SBA. Se debe prestar especial atención al uso de medicamentos que pueden producir xerostomía y a la presencia de hábitos parafuncionales. La historia clínica debe proporcionar información sobre los factores de estrés psicológico y psicosocial anteriores o actuales.³

Cuando se sospechan grandes comorbilidades psiquiátricas, es necesaria la consulta con el especialista. El examen clínico minucioso es indispensable para descartar cualquier posible factor local que pueda ser responsable de la sintomatología. A la inspección vemos una mucosa oral intacta y a la palpación no encontramos ningún signo de patología estructural intraoral. Se deben descartar posibles problemas dentales, revisando las prótesis y su oclusión.³

No existe ninguna prueba que pueda determinar si tienes síndrome de ardor bucal. En su lugar, el médico intentará descartar otros problemas antes de diagnosticar el síndrome de ardor bucal.⁴

La escala K-10 de Kessler es un instrumento que consta de 10 preguntas específicas sobre malestar psicológico que se refieren a los síntomas de ansiedad y de depresión que puede tener una persona durante las cuatro semanas previas a la aplicación. Las opciones de respuesta de las preguntas son tipo Likert, categorizadas en una escala ordinal de cinco niveles: siempre, casi siempre, a veces, casi nunca y nunca. A la respuesta «nunca» se le asigna el valor escalar de 1 y a la respuesta «siempre», de 5 puntos. La suma de las puntuaciones tiene un mínimo de 10 y un máximo de 50. Los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: bajo (10–15), moderado (16–21), alto (22–29), y muy alto (30–50). La consistencia interna del instrumento fue de $\alpha=0.90$.

1- Escala De Malestar Psicológico De Kessler K10

Las siguientes preguntas describen formas en que la gente actúa o se siente. Marca la opción que mejor se adecue a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes.

(Por favor, marca una respuesta para cada inciso, si no estás seguro has tu mejor estimación).

EN EL ULTIMO MES	NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. ¿Con que frecuencia te has sentido cansado, sin alguna buena razón?					
2. ¿Con que frecuencia te has sentido nervioso?					
3. ¿Con que frecuencia te has sentido tan nervioso que nada te podía calmar?					
4. ¿Con que frecuencia te has sentido desesperado?					
5. ¿con que frecuencia te has sentido inquieto o intranquilo?					
6. ¿con que frecuencia te has sentido tan impaciente que no has podido mantenerte quieto?					
7. ¿Con que frecuencia te has sentido deprimido?					
8. ¿Con que frecuencia has sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?					
9. ¿Con que frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?					
10. ¿Con que frecuencia te has sentido inútil?					

Gask y Bower, proponen modelos en los que el médico de atención primaria tiene un papel determinante en la detección de los casos, así como en el establecimiento de un diagnóstico definitivo y un tratamiento oportuno. Una de las primeras actividades a desarrollar es la capacitación del médico para que estructure un diagnóstico confiable.¹⁸

CAPÍTULO 11. TRATAMIENTO

Se han propuesto diversos tratamientos para el SBA. Sin embargo, aún no existe ninguno que sea eficaz para todos los pacientes. Actualmente, el tratamiento es puramente sintomático y las expectativas del resultado de este tratamiento deberían ser realistas y apropiadas. El SBA es un síndrome de dolor crónico. Es necesario informar a los pacientes de una manera adecuada que se trata de un trastorno complejo para el que no existe una

cura definitiva. Es muy probable que estos pacientes hayan consultado a numerosos especialistas sin obtener una explicación clara de su problema, por lo que es importante proporcionarles información sobre la naturaleza de su enfermedad y darles tranquilidad. Los pacientes deben ser conscientes de que su sufrimiento es real, pero que no está relacionado con ninguna forma de cáncer o enfermedad grave, que el tratamiento será largo en el tiempo y que es muy posible que no todos los síntomas desaparezcan definitivamente.³

El tratamiento depende de si tienes síndrome de ardor bucal primario o secundario.

Terapia farmacológica

Como se considera que el origen del SBA es neuropático, los medicamentos utilizados para su tratamiento son similares a los que se utilizan para tratar otras patologías de este tipo.

- El clonazepam se utiliza tanto de forma tópica como sistémica. Es una benzodiazepina que se ha usado como medicamento de primera línea en el tratamiento del SBA y es la pauta terapéutica con más consenso en cuanto a la eficacia en la mejoría de las molestias de estos pacientes. También utilizado como fármaco antiepiléptico, actúa como un agonista GABAérgico que inhibe la transmisión dolorosa y suprime la hiperactividad neuronal (36,38,70). La administración sistémica de clonazepam (Rivotril® comprimidos 0,5-2mg o gotas orales en solución 2,5mg/mL) puede dar lugar a una inhibición leve de las funciones del SNC, que produce una acción anticonvulsiva, sedación ligera, relajación muscular y efecto tranquilizante. Es frecuente que el paciente refiera mejoría al poco tiempo de comenzar su uso. Sin embargo, su efecto generalmente es temporal, disminuye

gradualmente y, al igual que el resto de benzodiazepinas, presenta riesgo de dependencia.³

- El ácido alfa lipoico (ALA) es un potente antioxidante producido por el cuerpo de manera natural y que también se puede encontrar en algunos alimentos como patatas, tomates y espinacas. Su principal función es la disminución del envejecimiento cutáneo, ya que regenera y fortalece los efectos de otros antioxidantes biológicos. El ALA actúa como coenzima en la producción de energía y mejora el metabolismo de la glucosa

En sus estudios utilizan una dosis de unos 600mg/día demostrando que, a los dos meses, el 97% de los pacientes tratados con ALA experimenta una mejora en los síntomas que se mantiene durante el primer año en el 70% de los casos.

- La capsaicina actúa sobre las neuronas sensoriales aferentes. Se ha utilizado de forma tópica en dosis de 0,025-0,075% dos o tres veces al día como un agente desensibilizante o analgésico en el SBA. El uso de enjuague de capsaicina produce mejoría en más del 75% de los pacientes tras 8 semanas de tratamiento sin efectos secundarios significativos. Sin embargo, no suele ser bien aceptada por los pacientes por su sabor y porque, al comienzo del tratamiento, puede provocar un aumento de la sensación de ardor intraoral.
- Aloe vera en el tratamiento del SBA. Es una planta miembro de la familia de las Liliaceas con capacidad para promover el proceso de curación en el tratamiento de quemaduras, psoriasis. López-Jormet y cols. demostraron en un ensayo clínico que la aplicación tópica de 0,5mL de un gel de Aloe vera al 70% en las áreas dolorosas de la lengua 3 veces/día en asociación con un protector lingual es efectiva para reducir el dolor y la sensación de ardor intraoral.

Terapia psicológica/psiquiátrica

Se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual (TCC), ya sea individual o en pequeños grupos, sola o asociada con medicamentos, reduce la intensidad del dolor del SBA en un número significativo de pacientes. La TCC es un tratamiento psicológico dirigido, estructurado y a corto plazo cuyo objetivo es corregir respuestas emocionales disfuncionales como el dolor, el miedo, la impotencia, la vulnerabilidad o el agotamiento, mediante el cambio de pensamientos y comportamientos.

Esta terapia se basa en el concepto de que la cognición, la emoción y el comportamiento están interrelacionados formando un "sistema adaptativo complejo". Las modificaciones que se realicen en la cognición o el comportamiento disfuncional pueden ser beneficiosas para corregir respuestas emocionales irracionales, y la modificación de la cognición puede corregir el comportamiento disfuncional.

El objetivo de la TCC es identificar pensamientos dañinos y comportamientos problemáticos, para explicar al paciente la relación disfuncional entre causa y respuesta emocional desordenada. La comprensión de los mecanismos que impulsan las relaciones desreguladas entre pensamiento, comportamiento y emoción puede

Terapia con láser de baja potencia (LLLT)

La terapia con láser de baja potencia (LLLT) fue desarrollada en 1965 por Sinclair y Knoll. Este tipo de láseres, que son capaces de penetrar en los tejidos, se utilizan en medicina por su efecto analgésico, antiinflamatorio y reparador. El efecto analgésico de la radiación láser es debido a la inhibición de mediadores nociceptivos junto con la liberación de sustancias analgésicas

endógenas, como las endorfinas, por el SNC, lo que inhibe la transmisión de estímulos dolorosos. Numerosos estudios han reportado que la LLLT puede ser efectiva para disminuir los síntomas de los pacientes SBA. Es un tratamiento no invasivo y bien tolerado por los pacientes. Sin embargo, debido a que no existe una técnica de aplicación estandarizada, son necesarios más estudios para determinar la eficacia real de LLLT en el tratamiento del SBA.

Estilo de vida y remedios caseros

Además del tratamiento médico y los medicamentos recetados, estas medidas de autoayuda pueden reducir los síntomas y el malestar en la boca como beber mucho líquido para ayudar a disminuir la sensación de boca seca o chupar hielo en copos, evitar líquidos y alimentos ácidos, como tomate, jugo de naranja, bebidas carbonadas y café, evitar el alcohol y los productos con alcohol, ya que pueden irritar el revestimiento de la boca, no usar productos a base de tabaco, evitar los alimentos picantes, evitar los productos con canela o menta, probar diferentes pastas dentales sin sabor o suaves, como una para dientes sensibles o una sin menta ni canela, tomar medidas para reducir el estrés.⁴

Estrategias de afrontamiento y apoyo

El síndrome de ardor bucal puede ser incómodo y frustrante. Puede reducir la calidad de vida si no se toman medidas para permanecer positivo y esperanzado.

Considera algunas de estas técnicas para ayudarte a sobrellevar la incomodidad.⁴

CONCLUSIONES

En el síndrome de boca ardiente, lograr la empatía médico-paciente, el control de factores locales y generales, la combinación de fármacos demostrada por varios autores (anticonvulsionantes y antidepresivos).

El SBA sigue siendo un reto para los médicos implicados en la asistencia a estos pacientes: odontólogos, otorrinolaringólogos, dermatólogos y médicos familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zaragoza MG. Actualización del Síndrome de Boca Ardiente, manejo y tratamiento multidisciplinario. [Online].; 2016 [cited 2021 12 29. Available from: HYPERLINK "<http://132.248.9.195/ptd2016/octubre/0751976/0751976.pdf>"
<http://132.248.9.195/ptd2016/octubre/0751976/0751976.pdf>.
2. Sánchez BP. Eficacia del ácido alfa lipóico en el síndrome de boca ardiente. [Online].; 2010 [cited 2021 11 30. Available from: HYPERLINK "<https://eprints.ucm.es/id/eprint/11708/1/T32266.pdf>"
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/11708/1/T32266.pdf>.
3. Matesanz MM. Valoración de los factores psicológicos, bioquímicos y de sensibilización central en el Síndrome de Boca Ardiente. [Online].; 2020 [cited 2021 11 30. Available from: HYPERLINK "<file:///F:/ART%C3%8DCULOS/Valoraci%C3%B3n%20de%20los%20factores%20psicol%C3%B3gicos....pdf>"
<file:///F:/ART%C3%8DCULOS/Valoraci%C3%B3n%20de%20los%20factores%20psicol%C3%B3gicos.pdf>.
4. Clinica Mayo. Síndrome de boca ardiente. [Online].; 2019 [cited 2021 10 20. Available from: HYPERLINK "<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/burning-mouth-syndrome/symptoms-causes/syc-20350911>" <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/burning-mouth-syndrome/symptoms-causes/syc-20350911>.
5. C. Brufau-Redondoa RMBRCV y AdCS. Síndrome de la boca urente. [Online].; 2008 [cited 2021 10 20. Available from: HYPERLINK "http://www.carmenbrufau.es/images/Sindrome_de_la_boca_urente.pdf"
http://www.carmenbrufau.es/images/Sindrome_de_la_boca_urente.pdf.
6. Castillo F AB. Factores asociados a síndrome de boca dolorosa en una población de mujeres mexicanas y su relación con el climaterio. [Online].; 2006 [cited 2021 10 20. Available from: HYPERLINK "https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-

12852006000300004" https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000300004.

7. Alves AO. ESTABLECIMIENTO DE UN PROTOCOLO DIAGNÓSTICO PARA EL SINDROME DE BOCA ARDIENTE. [Online].; 2015 [cited 2021 10 27. Available from: HYPERLINK "https://core.ac.uk/download/pdf/51397543.pdf" <https://core.ac.uk/download/pdf/51397543.pdf> .
8. Perdomo Lovera M CKE. Síndrome de Boca Ardiente: actualización. [Online].; 2003 [cited 2021 10 20. Available from: HYPERLINK "https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852003000400005" https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852003000400005 .
9. Luciano Muscio Rosa GOJM. Aspectos psicológicos del síndrome de boca ardiente. Revisión de la literatura. [Online].; 2016 [cited 2021 10 20. Available from: HYPERLINK "https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/2/art-9/" <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/2/art-9/> .
- 10 Aymé Cepero Santos MLALR. Síndrome de boca ardiente: actualización. [Online].; 2016 . [cited 2021 10 20. Available from: HYPERLINK "http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v20n4/rpr22416.pdf" <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v20n4/rpr22416.pdf> .
- 11 Guerrero JCM. Síndrome de boca ardiente, diagnóstico tratamiento.. [Online].; 2015 [cited . 2021 12 1.
- 12 A. Martínez-Salio JJZ. Dolor. [Online].; 2018 [cited 2021 12 1. Available from: HYPERLINK . "file:///F:/PATOLOG%C3%8DA/3-s2.0-B9788491130710000131%20DOLOR.pdf" <file:///F:/PATOLOG%C3%8DA/3-s2.0-B9788491130710000131%20DOLOR.pdf> .
- 13 Sierra JC, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. . Revista Mal-estar E Subjetividad. 2003 marzo; 3(1).
- 14 Mariana Belló ERMEMMRL. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en

- . México. [Online].; 2005 [cited 2021 12 02. Available from: HYPERLINK
 "file:///F:/ART%C3%8DCULOS/DEPRISION%20EN%20MEXICO.pdf"
<file:///F:/ART%C3%8DCULOS/DEPRISION%20EN%20MEXICO.pdf> .
- 15 Luciano Muscio Rosa GOJM. Condiciones bucales y su relación con el estrés. Revisión
 . actualizada. [Online].; 2016 [cited 2021 10 20. Available from: HYPERLINK
 "https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/2/art-10/"
<https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/2/art-10/> .
- 16 Matesanz MM. Valoración de los factores psicológicos, bioquímicos y de. [Online].; 2020
 . [cited 2021 10 27. Available from: HYPERLINK
 "https://eprints.ucm.es/id/eprint/66853/1/T42536.pdf"
<https://eprints.ucm.es/id/eprint/66853/1/T42536.pdf> .
- 17 Rubén González GR. Enfrentamiento Práctico del Paciente con Síndrome de Boca Urente,
 . una Propuesta para el Estudio y Tratamiento. [Online].; 2018 [cited 2021 12 01. Available
 from: HYPERLINK
 "file:///F:/ART%C3%8DCULOS/Enfrentamiento%20pr%C3%A1ctico%20del%20paciente%20
 con%20SBU.pdf"
[file:///F:/ART%C3%8DCULOS/Enfrentamiento%20pr%C3%A1ctico%20del%20paciente%20
 on%20SBU.pdf](file:///F:/ART%C3%8DCULOS/Enfrentamiento%20pr%C3%A1ctico%20del%20paciente%20con%20SBU.pdf) .
- 18 Blanca Estela Vargas Terrez VVSCREJPRJCS. Validación de la escala K alidación de la escala
 . Kessler 10 (Kessler 10 (K-10) en la detección -10) en la detección resión y ansiedad en el
 primer nivel de atención. [Online].; 2011 [cited 2021 11 30.
- 19 Eduardo Chimenos-Küstner FdLMMSSERdRCAMPPJLL. Síndrome de boca ardiente y
 . factores asociados: estudio retrospectivo de casos y controles. [Online].; 2016 [cited 2021
 10 20. Available from: HYPERLINK
 "http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/110763/1/667364.pdf"
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/110763/1/667364.pdf> .