



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SÍNDROME DE BOCA ARDOROSA Y SU
TERAPÉUTICA.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

PRESENTA:

PERLA GUADALUPE BRAVO RAMOS

TUTORA: Esp. ALBA ESTELA BASURTO CALVA

ASESORA: Dra. MIRELLA FEINGOLD STEINER



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

El secreto para una vida exitosa es
encontrar nuestro propósito y
luego hacerlo.

Henry Ford

En primer lugar le agradezco a mis padres *Crisino Bravo Muñoz* y *Juana Ramos Martínez* que siempre me han apoyado incondicionalmente para poder cumplir todas mis metas. Con su cariño me han ayudado a siempre perseguir mis metas y nunca abandonarlas pese a las adversidades. También son los que me han brindado el soporte material y económico para seguir con mis estudios y nunca abandonarlos.

A mi amiga *Montserrat Castro López* que estuvo conmigo en mis momentos de estrés, que siempre me dio su apoyo y confío en que yo iba a terminar la carrera y siempre estuvo orgullosa de mi.

A mi tutora la *Esp. Alba Estela Basurto Calva* por su dedicación y paciencia en la elaboración de este trabajo compartiendo su conocimiento. Gracias por su guía y todos sus consejos, los llevaré grabados para siempre en la memoria en mi futuro profesional”.

A la *Dra. Mirella Feingold Steiner* por asesorarme que sin sus palabras y correcciones precisas no hubiese podido lograr llegar a esta instancia tan anhelada.

A la Facultad de Odontología que me dio las herramientas para tener una buena educación y convertirme en un buen profesional. A la Universidad Autónoma de México que me ha exigido tanto, pero al mismo tiempo me ha permitido obtener mi tan ansiado título.

ÍNDICE

1.INTRODUCCIÓN.....	6
2.DEFINICIONES.....	7
3.CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.....	8
4.PREVALENCIA.....	10
5.CLASIFICACIÓN.....	11
5.1.Primario.....	11
5.2.Secundario.....	11
5.3.Tipos.....	12
6.DIAGNÓSTICO.....	14
7.FACTORES.....	19
7.1.Factores Locales.....	19
7.2.Factores Sistémicos.....	28
7.3.Factores Psicológicos.....	35
8.PREVENCIÓN.....	38
9.TERAPÉUTICA.....	39
9.1.Farmacológica.....	40
9.1.1. Benzodiacepinas.....	40
9.1.2. Anticonvulsivantes.....	42

9.1.3. Capsaicina.....	43
9.1.4. Antidepresivos.....	44
9.1.5. Antipsicóticos.....	45
9.2. Tratamiento Alternativo.....	45
9.2.1. Ácido alfa-lipoico.....	45
9.2.2. Terapia de reemplazo hormonal.....	48
9.2.3. Terapia con acupuntura.....	48
9.2.4. Láser de baja potencia.....	49
9.2.5. Naturales.....	51
9.2.6. Psicoterapia.....	54
10. CONCLUSIONES.....	56
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

1.INTRODUCCIÓN

A través del tiempo y en diferentes épocas se ha descrito lo que ahora se conoce como síndrome de boca ardorosa (SBA). Este es un síndrome de origen multifactorial complejo que se presta a confusión; se describe como sensación dolorosa o ardorosa u hormigueo, que se da sobre todo en las mujeres de 60 años o más y cuya duración es variable. La intención de este trabajo es dilucidar sus causas y efectos en la mucosa oral, para un mejor diagnóstico en la práctica.

En la literatura se le conoce también, con otros nombres: boca ardiente, disestesia oral, boca escaldada, boca urente, ardor bucal, glosodinia, glosopirosis, estomatodinia, estomatopirosis, dolor lingual, parestesia orolingual, dolor orolingual, disestesia orofacial.¹

2.DEFINICIONES

Síndrome de Boca Ardorosa

Se refiere al ardor o sensación dolorosa en la mucosa oral (lengua, labios, paladar) sin signos clínicos de patología o causas médicas o dentales identificables.²

La International Headache Society (IHS) describe el síndrome de boca ardiente (SBA) como una entidad nosológica caracterizada por un dolor o hormigueo no neuropático que persiste durante más de 4 a 6 meses. Puede ser una evolución acompañada de ardor y/o picor, o quemazón, a veces aspereza, junto con xerostomía (boca seca) y disgeusia (trastorno del sentido del gusto).³

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”⁴, con un dolor urente en la lengua u otras partes de la mucosa oral sin signos patológicos específicos. Después de al menos 4-6 meses de evolución”.⁴

3.CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

En el diagnóstico del (SBA) no existen criterios constantes que nos ayuden a identificar sin lugar a dudas, las manifestaciones de este síndrome que son: variables, inespecíficas y no presentan signos.

La presencia de dolor, alteración del paladar y de la salivación, sin lesiones clínicas detectables en la mucosa oral, se caracteriza por una triada patognomónica.⁵

Entre sus diferentes síntomas podemos encontrar ardor o quemazón, prurito, punzadas, disfagia, disgeusia, sensación de dolor o pegajosidad en la boca (xerostomía), no siempre asociada a hiposialia (disminución de la salivación), sensación de “arenilla” en la mucosa o sensación de cuerpo extraño en la boca, mal aliento (halitosis) etcétera.³

Los pacientes relacionan la aparición de los síntomas con un tratamiento odontológico, una enfermedad reciente o una medicación no habitual pero una vez que se presenta, la molestia puede durar desde meses hasta años.⁶

El ardor aumenta durante el día, y en la tarde llega a su punto máximo. Se ha observado que con la ingesta de alimentos y bebida, hay una disminución en el dolor así que durante el sueño, no se percibe.

Los síntomas pueden ser espontáneos y la molestia puede variar de intensidad. Son simétricos y bilaterales, ubicados en la lengua, los labios, especialmente el labio inferior y el paladar. Se localiza en las encías y la orofaringe con menos frecuencia.⁶

“A la exploración oral, es común la presencia de facetas de desgaste dental por apretamiento y / o rechinar con mordidas dentarias en la lengua o zonas laterales. También es común que las papilas fungiformes se encuentren eritematosas y sensibles, así como el hallazgo de lesiones en la mucosa yugal y los labios”.³

“La xerostomía es otro de los síntomas más extendidos y frecuentes en el síndrome de boca ardiente, arrojando cifras que varían entre el 34-39% en algunos estudios, hasta el 60.9% en otros.

Los cambios en el perfil psicológico también son frecuentes en los pacientes con SBA, tales como: ansiedad, depresión, cancerofobia o inestabilidad emocional. El perfil varía de acuerdo con la alimentación y el estado emocional, incrementando la intensidad del dolor de acuerdo con el nivel de estrés emocional en días concretos.³

4.PREVALENCIA

La prevalencia de SBA es de 3,7%, con una prevalencia por sexo de 1,6% para hombres y 5,5% para mujeres.³ La edad promedio de las mujeres es de 56 años.

Es más frecuente en las mujeres postmenopáusicas que en los hombres de edades similares y va aumentando con la edad. No ha sido nunca descrito en niños y adolescentes.

Se ha notado que en las mujeres peri (45 años) y post menopáusicas (51 años en promedio) es más frecuente que sufran del síndrome, sobre todo si también están diagnosticadas con un trastorno psicológico o con un cuadro ansioso-depresivo.⁸ Aproximadamente el 45 % de los pacientes con (SBA) ha sido diagnosticado, con alguna alteración de la personalidad.⁹

5. CLASIFICACIÓN

Scala y Col en 2003 clasifican al (SBA) en dos tipos desde una perspectiva clínico-patológica.

5.1 Primario.

También conocido como esencial o idiopático, no presenta ninguna alteración sistémica o local, puede estar involucrado con alguna causa neuropatológica y periférica central.

La mayoría de los pacientes con (SBA) presentan dolor neuropático. Se refieren a tipos de dolor neuropático subclínico: “El primer subgrupo (50-65%), se caracteriza por una neuropatía periférica de fibras de pequeño diámetro de la mucosa intraoral. El segundo subgrupo (20-25%), está formado por pacientes con patología subclínica del sistema lingual, mandibular o del trigémino, que puede identificarse con un examen neurofisiológico (electromiograma) pero que es clínicamente indistinguible del primer y tercer subgrupo. El tercer subgrupo (20-40%) representa un dolor central que puede estar relacionado con la hipofunción del sistema dopaminérgico”.¹¹

5.2 Secundario.

Presenta alguna variación por alteraciones sistémicas, locales o psicológicas: Imagen 1.

Es susceptible al tratamiento específico de la causa.

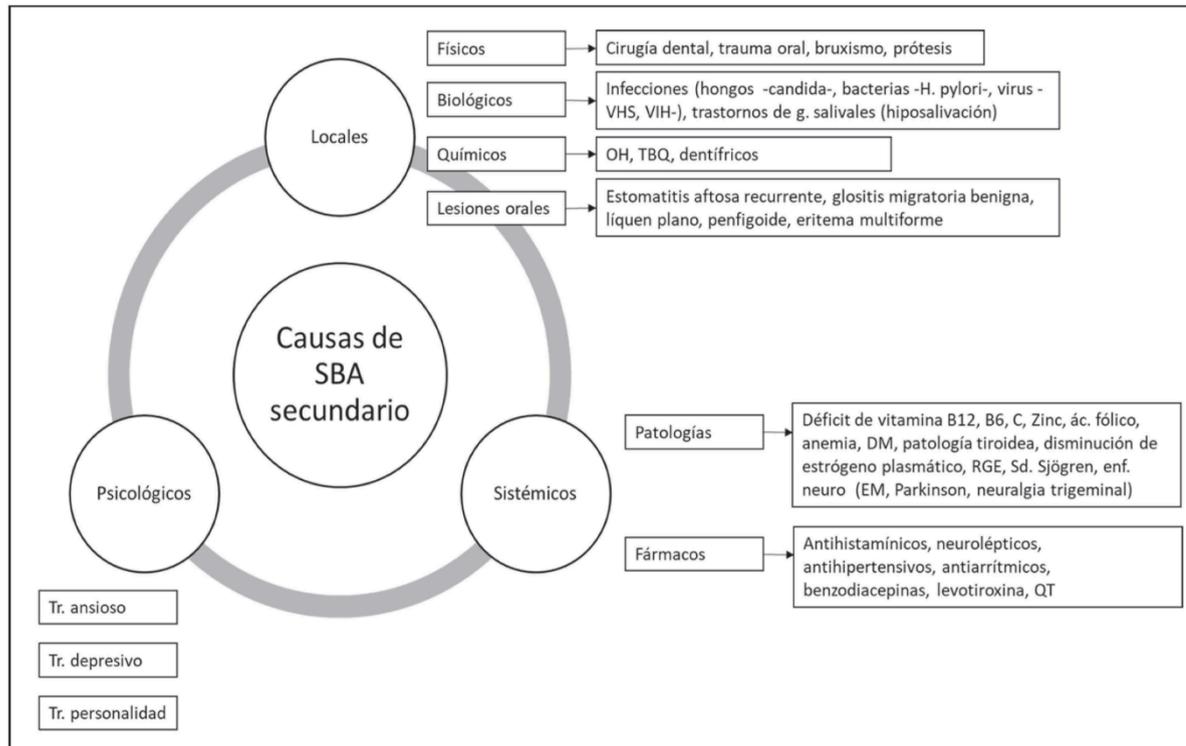


Imagen 1: "Causas de SBA secundario y tratamiento específico según causa específica (SBA = síndrome de boca ardiente; H. pylori = Helicobacter pylori; VHS = virus del herpes simple; VIH = virus de la inmunodeficiencia humana; g. = glándulas; OH = alcohol; TBQ = tabaco; ác. fólico = ácido fólico; DM = diabetes mellitus; RGE = reflujo gastroesofágico; Sd. = síndrome; enf. neuro. = enfermedad neurológica; EM = esclerosis múltiple; QT = quimioterapia; Tr. = trastorno)".

Fuente obtenida: Vicencio D, Reyes G, Alvo A, Garcia K. Síndrome de la boca ardiente: revisión de la literatura. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2022; 82: 86-94

5.3 Tipos.

Lamey y Lewis en 1989 dividen a los pacientes con (SBA) basándose

en la variación de los síntomas diarios:

Tipo I (35%): Pacientes que inician con pocos síntomas y en el transcurso del día van empeorando, su máxima intensidad llega en la tarde-noche.

Tipo II (55%): Pacientes con molestias considerables desde la mañana, que suelen mantenerse así durante todo el día.

Tipo III (10%): Pacientes con molestias intermitentes. Periodos con días libres de síntomas.

6. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, valorando la existencia de la sensación de ardor de al menos 4-6 meses de evolución, que no impide el sueño y mejora al comer o masticar, sin coexistir signos clínicos relevantes en el momento del examen y sin hallazgos de laboratorio que pudieran indicar una causa orgánica. Inicialmente se debe descartar cualquier motivo local, así como situaciones clínicas sistémicas.⁸

Existen diversos criterios de diagnóstico. En el 2003, Scala y cols, propusieron criterios fundamentales y adicionales, para diagnosticar en forma positiva el SBA:¹⁰

1. "Sensación de quemazón en la mucosa oral diaria y constantemente
2. Sensación urente por lo menos de 4 a 6 meses
3. Dolor de intensidad constante o que pueda aumentar durante el día
4. Dolor presente sin exacerbación, o que mejore durante la ingesta de comidas y líquidos
5. No presenta interferencia durante el sueño

Criterios adicionales:

1. Disgeusia (alteración de la percepción del gusto), xerostomía (sensación de sequedad en la boca)
2. Alteraciones sensoriales
3. Cambios psicopatológicos o del estado anímico".

En el año 2004, la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) plantea que sería un diagnóstico por descartación: ¹⁰

1. Dolor en boca que cumpla los siguientes criterios A y B
 - A. Recurrencia diaria del dolor mayor a dos horas de duración en un período superior a tres meses
 - B. El dolor presenta las dos características siguientes:
 - a. Carácter urente
 - b. Referido en la superficie de la mucosa bucal
2. Tanto el aspecto de la mucosa bucal en el examen clínico (incluyendo las pruebas sensitivas) son normales

La realización de una exhaustiva historia clínica en la primera visita es de primordial importancia y en donde la anamnesis juega un papel decisivo, esta debe centrarse en la aparición del dolor, duración, localización anatómica, el aumento de la sensibilidad al frío o calor, la pérdida del gusto, el aumento al contacto con ciertos

alimentos o la intolerancia a alguno en especial son de sumo interés.

Para el diagnóstico del SBA será necesario tomar en cuenta los siguientes datos: ¹⁰

- a) Historia clínica detallada médica, dental y psicológica.
- b) Medicamentos.
- c) Exploración de la mucosa.
- d) Exploración odontológica.
- e) Pruebas epicutáneas. (F. J. De la Torre Gomar, S. Heras González, R. González Pérez, 2019)
- f) Cultivos bacteriológicos y micológicos.
- g) Biopsia de lengua, inmunohistoquímica.
- h) Laboratorio: hemograma, glucemia, hierro, vitaminas, zinc, anticuerpos sérico del síndrome de Sjögren.
- i) Exploración gastroesofágica (presencia de *Helicobacter pylori*).
- j) Valoración psicológica-psiquiátrica

Historia Clínica.

Será imprescindible recabar tanto la historia dental, así como la médica y psicológica del paciente, " Romani y Chesa (2005) aconsejan un interrogatorio psiquiátrico básico que oriente hacia un trastorno depresivo: ¿duerme bien?, ¿te despiertas con ganas de empezar el día?, ¿alguna vez te has enojado hasta el punto de llorar"?.¹³

Exploración de la Mucosa Bucal

Está exploración se hace para excluir lesiones mucutáneas como eritema, erosiones, depapilacion de la lengua, cambios típicos del liquen plano, lengua fisurada, geográfica, cuya presencia invalidarían el diagnóstico de SBA".¹³



Imagen 2: Lengua fisurada

Fuente obtenida: <https://www.abadentistas.com/wp-content/uploads/2021/04/lengua-fisurada.jpg>

ntologica.com/ediciones/2013/4/art-17/2.jpg
fisurada.jpg



Imagen 3: Eritema

Fuente obtenida: <https://www.actaodontologica.com/wp-content/uploads/2021/04/lengua-eritema.jpg>

Exploración Odontológica.

Para detectar posibles lesiones, revisar las prótesis y la oclusión de las mismas, probable galvanismo y el flujo salival.

Pruebas de Laboratorio.

La analítica sanguínea de 36 elementos, el flujo salival se mide en reposo y estado estimulado (valores inferiores a 0, 2 y 0, 7 mL/min, respectivamente, se consideran hiposialia), la evaluación del estado psicológico de un profesional, las pruebas de alergia para identificar los factores que pueden desencadenar SBA. Todas ellas son las pruebas diagnósticas más habituales que complementan la exploración, la anamnesis y el seguimiento del paciente.³

Otras exploraciones.

"La biopsia de la punta de la lengua puede ayudar al diagnóstico poniendo de manifiesto las alteraciones de las fibras nerviosas epiteliales y subpapilares, mediante estudios de inmunohistoquímica y microscopía, con disminución significativa de la densidad de las fibras nerviosas epiteliales, para otros la biopsia no es necesaria siempre y cuando la exploración sea suficientemente clara".¹³ Solo se debe de realizar en casos extremos.

7.FACTORES

7.1 Factores Locales

Irritación mecánica.

Provocados por hábitos parafuncionales como morderse y chupar los labios y mejillas, bruxismo y el uso de prótesis dentales mal ajustadas, pueden provocar microtraumatismos o enrojecimiento localizado.

Paterson y colaboradores en 1995, describen la causa de la restricción de los movimientos de la lengua en determinadas zonas provocada por la prótesis o la sobrecarga.

Lamey y Lewis (1989) consiguieron atenuar los síntomas del SBA en un 25% cambiando las prótesis mal ajustadas de la población afectada. Así mismo, se ha relacionado el uso incorrecto de aparatos de ortodoncia y / o presencia de cuerpos extraños en la boca, tales como piercings con la aparición de este padecimiento.

3

Bergdahl, Anneroth y Perris mencionan que el 50% de los pacientes presentan sensación de quemazón por una prótesis mal diseñada.¹²



Imagen 4: Irritación por prótesis dental.

Fuente obtenida: <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcSXW9gwqPqqipB-vaEb88XupPByABbvvg&usqp=CAU>

Galvanismo.

Se refiere a galvanismo cuando los metales poseen un potencial eléctrico diferente entre ellos (electrogalvanismo).^{3,6}

El galvanismo provoca un efecto de tipo electrotérmico y electroquímico lo que hace que se eleve la temperatura de alrededor de 2 o 3°C produciendo un efecto de electrólisis.



Imagen 5: Galvanismo

Fuente obtenida: <https://www.odontologosecuador.com/imagenes/pauta/articulos/32/odonto15.jpg>

Hábitos parafuncionales.

Paterson y colaboradores en 1995 afirman que el 61% de pacientes con SBA presentan un hábito parafuncional, relacionados con alteraciones neurológicas y también con factores psicológicos como: la ansiedad (mordisqueo, bruxismo, movimientos compulsivos, pacientes que presionan la lengua contra el mismo diente o realizan movimientos forzados con ella y que muerden la lengua, los labios, la mucosa yugal.³

El labio está descrito por Lamey y Lamb en 1994 como la zona generalmente más afectada en los pacientes con SBA, por la succión, presión y respiración oral que tiene lugar en estos pacientes.¹²

La fricción reiterada de mucosas con estructuras más duras como dientes o una prótesis, produce una inflamación local que se pueden detectar utilizando mediadores inflamatorios (IL- 2 e IL - 6), que promueven la aparición de neurocininas sobre todo la sustancia P, que es un neuropéptido implicado en la percepción del dolor. Algunos estudios revelan evidencias del origen de los hábitos parafuncionales, también puede ser causada por cambios neurológicos resultantes del síndrome de boca ardiente.³

Estímulos o Alergias

Son procesos donde un individuo reconoce alguna sustancia u objeto como extraño, produciendo una reacción exagerada del sistema inmunológico.

Se ha identificado que el 65% de los pacientes con (SBA) tipo III tienen problemas de alergias relacionados con colorantes alimentarios, aditivos y conservantes.¹²

Para considerar que es una alergia por materiales dentales se debe de confirmar con un test de alergia que corrobore los hallazgos clínicos.³

Productos odontológicos	Productos del Ámbito Alimenticio
Polimetilmetacrilato (prótesis), resinas epoxis, cromo (estructuras coladas que soportan prótesis dentales), cobalto, níquel (en alambres, banda y soportes de aparatología), cadmio, mercurio (amalgamas), oro (coronas), potasio (para el tratamiento de DH), paladio (restauraciones de metal-cerámica).	Ácido sórbico (conservante alimenticio), propilenglicol (adictivo), eugenol (antimicrobiano), ácido benzoico (conservante), menta, canela.

Tabla1: Alergenos asociados al SBA.

“Las reacciones alérgicas a comidas, como: extracto de cacahuete, canela, chocolate, pueden provocar edema y generalmente prurito a nivel lingual. Dentro de los alergen documentados, se incluyen el ácido sórbico, ácido nicotínico. Se ha estudiado su correlación con los síntomas del SBA. La mayoría de las alergias más severas generalmente están causadas por fármacos”.¹²

Los bordes de los dientes afilados, la caries, el sarro, los bordes salientes de las obturaciones y coronas, los aparatos de ortodoncia o el metal de las obturaciones pueden irritar, dañar la

lengua o la mucosa bucal o causar alergias, pero su relación con los síntomas del SBA aun no está clara. ⁹



Imagen 6: Lesión por una obturación
Fuente obtenida: <https://multimedia.elsevier.es/PublicationsMultimediaV1/item/multimedia/X0214098511068640:9v24n05-90006864fig4.jpg?iDApp=UINPBA00004N>



Imagen 7: Alergia en la mucosa oral
Fuente obtenida: <https://allermedica.com.mx/wp-content/uploads/lengua-geográfica.jpg>

Candidiasis

Es una infección primaria o secundaria, causada por un hongo levaduriforme del género *Candida*, cuyas manifestaciones clínicas son aguda, subaguda, crónica o episódica, en las que el hongo puede provocar lesiones cutáneas, mucocutáneas, profundas y diseminadas. ¹⁴

Existe una prevalencia del 32% de los pacientes con SBA que están infectados por *Candida*, principalmente *Candida albicans*. ³ Osaki y colaboradores, mencionaron que la candidiasis y la hiposalivación pueden causar dolor en la lengua, pero sin anomalías objetivas. La candidiasis es la infección más frecuentemente relacionada con el SBA.

Candidiasis pseudomembranosa aguda:

También conocida como muguet, se caracteriza por nódulos o placas blandas o gelatinosas de color blanco amarillento que crecen de manera centrífuga. Al rasparlos se separan fácilmente dejando una zona eritematosa, erosionada o ulcerada, dolorosa, con una mucosa adyacente normal en apariencia. Las lesiones pueden encontrarse en cualquier parte de la mucosa oral, pero predominan en la mucosa yugal, orofaringe y márgenes laterales de la lengua.¹⁵



Imagen 8: Candidiasis pseudomembranosa aguda

Fuente obtenida: <https://patoral.umayor.cl/wp-content/uploads/2013/10/Lesiones-Infeciosas16.jpg>

Candidiasis eritematosa:

Se observa clínicamente como un área lisa, roja con bordes mal definidos, sin la presencia de placas blanquecinas. Es más frecuente en el dorso de la lengua y en el paladar.



Imagen 9: Candidiasis eritematosas

Fuente obtenida: <https://www.odontologia33.com/upload/media/img/2012/03/27/fdd3a72a-613d-4148-914c-323c2af78245>

Los pacientes que presentan estos tipos de candidiasis tienen mayor prevalencia de padecer SBA.

Cantidad de Saliva

En estudios se ha encontrado que en el 34% de los pacientes con SBA ha habido disminución en la salivación o boca seca. La saliva diaria normal en los pacientes es de 500 a 700 ml, con un volumen de 1, 1 ml. Con la disminución queda con 170 a 238 ml.

Es difícil distinguir una sensación de la boca seca de una sensación de ardor o escozor, ya que la sequedad puede causar hormigueo y es difícil determinar cuál ocurrió primero. En general, si un paciente informa que tiene sequedad en la boca, esto puede detectarse objetivamente mediante medidas de investigación. También se observar una mucosa poco "brillosa", con saliva más viscosa, que forma grumos y es filante (hilos mucilaginosos); se pega el espejo de exploración a la lengua, al labio o a la mucosa yugal, siendo estas mucosas muy poco o nada resbaladizas, el

dorso lingual completamente seco, agrietado, resquebrajado, dolorido (muchas veces “quemante” según refiere el paciente). Esto suele ir acompañado de labios secos y agrietados, de molestias en los ojos (por xeroftalmia o sequedad conjuntival) y en otras mucosas (como la vaginal), con dificultad para deglutir o de molestias en la piel debidas a la sequedad.

Algunos autores afirman que el SBA es una manifestación de la xerostomía y/o de la hiposalivación. Otros afirman que la hiposalivación es el factor causante más importante del SBA.

“Entre los hallazgos clínicos es frecuente encontrar entre los pacientes con SBA signos y síntomas de hiposalivación como saliva espesa, viscosa y espumosa, sensación de boca seca y lengua roja depapilada”.³

Un aumento de la viscosidad salival crea una película residual fina y discontinua que fácilmente inducirá sensación de sequedad en la boca, los receptores de la lengua estarían más expuestos a estímulos que los individuos sanos.⁸

La composición de la saliva del paciente puede estar alterada, como con aumento de la cantidad de potasio, proteínas y fosfatos haciendo la saliva más espesa y pegajosa.⁷ “Hye Ji y cols. encontraron mediante espectrometría, que la saliva de los pacientes con SBA expresan ciertas proteínas en cantidades mayores (alfa-enolasa, IL-18, KLK13) en comparación con los pacientes sanos”.¹⁰ Otro equipo de trabajo encontró otros biomarcadores (alfa-amilasa, inmunoglobulina A, MIP-4) en pacientes con (SBA) en relación con pacientes sanos.

Lamey y colaboradores (2001) demostraron que la mayoría de los pacientes con SBA manifiestan una tasa normal de flujo salival

parotídeo estimulado. Sin embargo, en algunos casos se puede reducir tomando medicamentos.

Lengua Geográfica

Es un proceso inflamatorio benigno de causa desconocida que afecta a la mucosa lingual. Se caracteriza por un cambio en su tamaño y morfología de un día a otro, eritema, parches hiperémicos en el dorso lingual rodeados o limitados por márgenes blancos o amarillos y elevados.^{3, 16}

Puede que exista sensación urente en las zonas depapiladas, debido a la mayor sensibilidad. Esta se agrava con el estrés.

Gorsky y colaboradores (1991) muestran la relación del 15% de pacientes que presentan la lengua geográfica y el SBA.



Imagen 10: Lengua geográfica

Fuente Obtenida: <https://dentalpyp.clinic/wp-content/uploads/2023/04/Diseno-sin-titulo-23-1.png>

Irritantes

La ingesta de bebidas alcohólicas, el emplear colutorios con alcohol, tabaquismo, productos con cafeína, alimentos muy condimentados, picantes, calientes, dulces, alimentos muy ácidos como el limón o la lima; vómitos frecuentes o reflujos gastroesofágicos. “En boca seca acaban convirtiéndose en ácidos con mayor rapidez por la acción de la flora bacteriana”.¹⁶

Algunas personas pueden padecer quemazón por algunos alimentos que contienen canela, que ocasiona una reacción alérgica que se manifiesta como ardor, picor e hinchazón.⁸

7.2 Factores Sistémicos

Déficit de vitaminas

“Las deficiencias vitamínicas pueden producir alteraciones linguales. Son fundamentalmente alteraciones de tipo carencial por falta de ácido ascórbico, riboflavina (vitamina B2), piridoxina (vitamina B6) o ácido nicotínico, que dan lugar a diferentes tipos de glositis; bien por trastorno de los receptores sensitivos o por un cierto grado de atrofia del epitelio oral, con una mayor predisposición a la irritación por agentes externos”.¹⁶

El déficit de vitamina B12 (anemia perniciosa) en el SBA es de 1.8% a 8% de prevalencia.

En los estudios que a continuación se muestran se observa que el déficit de zinc y las anemias son las alteraciones sistémicas más frecuentes en el SBA. Tabla 2.

ESTUDIOS	Deficit Hierro	Anemia Perniciosa	Déficit Ácido Fólico
Lamey y Lamb (1988)	5	8	0
Brooke y Segansky (1977)	53		
Basker y Cols (1978)		4,7	28,5
Main y Basker (1983)		3	14
Ali y Cols (1986)	9	4,5	
Zegarelli (1984)		1,8	

Tabla 2: Prevalencia de déficit vitamínicos y minerales.

Fuente obtenido: Ortiz Alves A. Establecimiento de un protocolo diagnóstico para el síndrome de boca ardiente.(tesis para obtener el grado de doctor en odontología) Sevilla: Universidad de Sevilla; 2015

En un 40% de los pacientes con déficit de vitamina B presentan sensación de ardor en la lengua. El dolor de lengua suele localizarse en la punta y puede causar atrofia papilar. El déficit de vitamina B12 y B6 es considerado un factor etiológico del SBA. Field y colaboradores (1995) encuentran una relación del SBA y su sintomatología con el déficit de vitamina B12.

El déficit de hierro también ha sido descrito como un posible factor etiológico, abarcando desde 5 % a un 53 % de la población con SBA. Sus posibles causas se pueden encontrar en cirugías de bypass gástricos, embarazo, pérdida de sangre gastrointestinales asociada a lesiones malignas y otras enfermedades. Pruebas de laboratorio (analítica) muestran un volumen corpuscular medio bajo, niveles de hierro y ferritina bajos causados por embarazos, pérdidas sanguíneas gastrointestinales.

Menopausia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la menopausia natural o fisiológica como el “cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas”. Se presenta en mujeres entre los 45 y 55 años; en México se ha observado que aparece a una edad promedio de 48 años.¹⁷

La menopausia tiene 3 etapas: la peri menopausia (climaterio), la menopausia y la posmenopausia.

La primera es la peri-menopausia (climaterio) que se caracteriza por la deficiencia de estrógeno, se manifiesta 1 año antes aproximadamente, cuando inician los cambios hormonales y síntomas que duran hasta un año después de la menopausia.

La menopausia es el último periodo que marca el cese de la función normal y clínica del ovario, los ovarios ya no secretan suficiente progesterona y estradiol, también hay una disminución en la producción de estrógeno, “al encontrarse disminuida la cantidad de estrógenos en el torrente sanguíneo (principalmente

estradiol), el hipotálamo libera más hormona liberadora de gonadotropina (GnRh) para que la adenohipófisis reciba la señal de liberar más hormona foliculoestimulante (FSH)".¹⁷

La posmenopausia comienza un año después de la menopausia, sigue habiendo un déficit de estrógeno y se acompaña de un incremento de trastornos médicos relacionados a la edad. Esto provoca resequedad en las mucosas lo que conduce a la degeneración de la mucosa oral y de las fibras nerviosas en las regiones del cerebro involucradas en las sensaciones somáticas en la boca, lo que puede provocar síntomas del SBA".³

Basker RM y colaboradores (1978), demuestran en un estudio de mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas que la deficiencia de estrógenos se asocia con síntomas oral, como alteraciones del gusto y sensación de ardor.¹⁶



Imagen.11: Menopausia

Fuente obtenida:<https://www.revistadiabetes.org/wp-content/uploads/Menopausia-diabetes-y-estilo-de-vida1.jpg>

Diabetes.

“Es una alteración metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia crónica que se acompaña, en mayor o menor medida, de alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de los lípidos”.¹⁸

Tiene una incidencia del 10 % al 37 % en los pacientes con SBA. La diabetes causa cambios en los pequeños capilares sanguíneos de la boca. La sintomatología del SBA mejora cuando el paciente mantiene controlada la glucemia.^{3, 6, 16}



Imagen 12: Diabetes

Fuente obtenida: https://medlineplus.gov/images/Diabetes_share.jpg

Farmacoterapia

Es frecuente que los pacientes con SBA esten polimedicados.

El 68.3 % de los pacientes con SBA consumen psicotrópicos esto en dicho de Somacarrera, Pinos, Hernandez, Lucas (1998) este hallazgo coincide con los de Laney, Murray, Eddie, Freeman (2001) con un 73% de consumo de estos medicamentos.

Marques-Soares y cols. ponen de manifiesto que de los fármacos que toman los pacientes con SBA solo los hipotensores y diuréticos se informan como factores de riesgo para el SBA. Esto concuerda con Hakeberg, Berggre, Hagglin, Ahlqwiste (1997) que también identificaron a los hipotensores y diuréticos como los medicamentos con mayor riesgo para los síntomas de SBA.

Los antihipertensivos son los más asociados con la aparición de síntomas iguales al de SBA. Son los que actúan en el sistema angiotensina-renina.¹⁶

Tiroides

Las hormonas de la tiroides son importantes para la maduración de las papilas gustativas.

El hipotiroidismo genera disgeusia y un aumento de la sensación sensorial del trigémino (táctil, térmica y dolorosa).³

Cuando ocurre una hipofunción de la sensibilidad gustativa debido a un daño en el sistema del gusto, esto resulta en la inhibición de la sensibilidad somatosensorial del nervio trigémino del sistema nervioso central, que se ve afectado o se anula, y puede estar asociado con la exaltación en la boca de estímulos térmicos (sensación de ardor), táctiles (sensación de tumefacción) y dolor (sensación de ardor) que refieren estos pacientes.¹⁶

Síndrome de Sjögren.

Es una enfermedad inflamatoria crónica, sistémica, autoinmune que afecta a las glándulas exocrinas (glándulas salivales). Se presenta en mujeres de 40 años a 60 años de edad.

Manifiesta alteración en la calidad y cantidad de saliva dando como resultado sequedad oral y sensación de quemazón.^{16, 19}



Imagen 13: Síndrome de Sjogren.

Fuente Obtenida: <https://www.topdoctors.es/files/Image/large/b5909ab5eb1a70b1a514edec3aded4d1.png>

Fibromialgia.

El síndrome de fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica que causa dolor, se caracteriza por alteraciones del sueño, cansancio, fatiga, ansiedad, depresión. El criterio para su diagnóstico es que el dolor debe durar más de tres meses a la palpación en 11 o más de 18 puntos dolorosos (nuca, parte superior de los hombros, parte superior del pecho, caderas, rodillas, codos externos).^{16, 20}

En estudios se ha mostrado que el 32% de los pacientes con FS tienen SBA, con la xerostomía como el síntoma más frecuente, seguido de dolor orofacial, disfunción de la ATM, disfagia y disgeusia.¹⁶

7.3 Factores Psicológicos.

Grushka y colaboradores (2002), Pokupek-Gruden (2000), Bogetto y colaboradores (1998), proponen la presencia de sintomatología o componentes psicológicos en el SBA.

Los datos indican que los pacientes con SBA presentan un mayor desajuste emocional que causa estrés, ansiedad o algún padecimiento psicopatológico.

“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”.²²

Estrés

El estrés es un estado de tensión física, mental o emocional resultado de estímulos internos o externos del entorno, que puede afectar los sistemas fisiológicos de una persona.²³

El dolor facial atípico está relacionado al estrés personal y crónico. Son pacientes que responden de manera exacerbada a situaciones estresantes, manifestando los síntomas del SBA, se ha visto que cuando hay una mejoría en esta condición, se presenta una disminución en los síntomas. Los pacientes con SBA presentan un perfil de personalidad que se caracteriza porque son introvertidos y aprensivos. Estos pacientes pueden ser descritos como hostiles y agresivos. Por ser un trastorno psicósomático las intervenciones psicoterapéuticas son importantes ya que se experimenta una disminución significativa de los síntomas.²²

Hakeberg, Hallberg y Berggren en 2003, observaron que todas sus pacientes habían experimentados momentos de grandes tensiones o angustias emocionales durante sus vidas, terminando con la aparición del dolor bucal, sugiriendo una correlación entre el estrés y el SBA. ²²

Ansiedad

La ansiedad es una sensación de miedo por una tensión o amenaza, que surge de la recreación imaginaria por alguna experiencia pasada, presente o preocupación sobre el futuro. Es caracterizada por una sensación de inquietud, intranquilidad, inseguridad o desasosiego.

Es uno de los factores emocionales que tiene una estrecha relación con el dolor, ya que este desempeña una importante función en su modulación y su deseo de tolerancia.

Lamey y Lewis mencionan que la ansiedad es el factor más importante que la depresión en el origen del dolor. ²⁴

Depresión.

En la depresión se presentan cambios en el estado de ánimo y los sentimientos del día a día. Es la pérdida del placer o interés por actividades durante largos periodos de tiempo. ²⁵

Existe una correlación de la depresión con el dolor crónico, especialmente en mujeres que han experimentado acontecimientos angustiosos relacionados con conflictos familiares y laborales, asociado con pérdida de un familiar. ²¹

Cancerofobia

Es un factor en los pacientes con SBA por que esta estrechamente relacionado con un miedo extremo a la muerte, haciendo que los pacientes se comporten de manera irracional.

Lamey y Lamb consideran que la ansiedad, depresión y cancerofobia son factores importantes de SBA contribuyendo a la sintomatología.^{16, 26}

8.PREVENCIÓN

Actualmente no hay una forma específica de prevención del síndrome de boca ardorosa, dado que su causa aún es desconocida, pero se pueden seguir algunas recomendaciones para aliviar los síntomas de los pacientes o se evite que estos empeoren.²⁷

Tomar suficiente agua para “mantener la cavidad hidratada, para segregar los niveles óptimos de saliva”.²⁷

Evitar tomar bebidas carbonatadas, con cafeína (café, refresco), té.

Mantener los labios hidratados, con algún hidratante labial que no sea derivado del hidrocarburo.

Masticar chicle sin azúcar, a base de xilitol, esto ayuda a producir saliva.

Mantener una dieta equilibrada con proteínas variadas así como verduras y frutas, evitando el exceso de azúcares, picantes o demasiado ácidos, comidas muy condimentadas.

Evitar el consumo del tabaco y del alcohol ya que estos causan irritación en la mucosa oral.

Evitar en lo más posible situaciones que causen estrés.



Imagen 14: Chicles de xilitol

Fuente obtenida:https://higiene.dental/media/catalog/product/c/h/chicles-xilitol-todos_comp_ressed.jpg



Imagen 15: Labial humectante

Fuente obtenido:<https://encryptedtbn0.gstatic.com/images?q=tbn:And9GcQdiGYyBlamWJZA2SuzdfmjJpI8L7GTlehw&usqp=CAU>

9.TERAPÉUTICA

Lo más importante para el tratamiento clínico del síndrome de boca ardorosa es obtener el diagnóstico correcto. Lo principal es identificar el factor o los factores etiológicos y de ser posible, eliminarlos. El tratamiento es paliativo orientado hacia el manejo de los síntomas y características de cada paciente.^{6, 28}

Dependiendo de cuál es el SBA diagnosticado es como se va a tratar.

El tratamiento del SBA primario se establece por su sintomatología, y por lo tanto se suministra medicación o se realizan terapias con base en

los síntomas que el paciente presenta.²⁹

El tratamiento del SBA secundario se basa en la corrección de las condiciones asociadas, por lo que el tratamiento adecuado comienza con la eliminación o control del factor causante identificado.¹⁶

Como en el SBA inciden también factores psicológicos, tenemos que tener en cuenta que el abordaje será multidisciplinario. Se ha demostrado que cuanto antes se suministre el tratamiento, mejores son los resultados obtenidos.²⁸

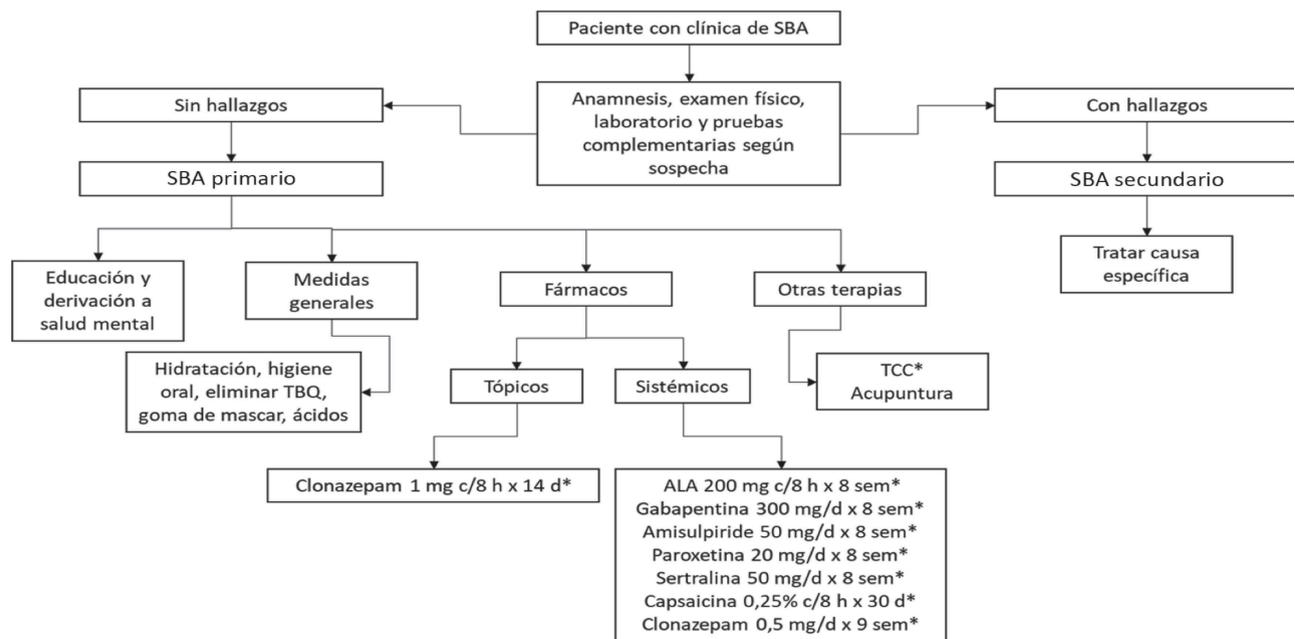


Imagen 16: Resumen del manejo recomendado para el SBA. (SBA = síndrome de boca ardiente;

TBQ = tabaco; TCC = terapia conductiva conductual; sem = semanas)

Fuente obtenida: Vicencio D, Reyes G, Alvo A, Garcia K. Síndrome de la boca ardiente: revisión de la literatura. Otorrinolaringol. Cir .Cabeza Cuello. 2022; 82: 86-94

9.1 Farmacológica

El hecho de optar por uno u otro fármaco, va a depender de las características que presente el paciente, su sintomatología y de los efectos secundarios del fármaco.¹⁶

9.1.1. Benzodiacepinas

Son medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central, con propiedades anticonvulsivantes, ansiolíticas,

sedantes y de relajación muscular. Es evidente que reduce los niveles de dolor. El clonazepam inhibe el sistema nervioso central, “también promueve la inhibición descendente del dolor y suprime la hiperactividad neuronal central espontánea, debido a la diferenciación”.²

Tratamiento	Estudio	Tratamiento/ Medicamentos	Dosis	Tiempo	Resultado
Benzodiace- Pinas	Gremeau- Richard, 2004	Clonazepam tópico	3 mg diarios	2 semanas	Efectivo
	Heckman, 2012	Clonazepam sistémico	0,5 mg diarios	9 semanas	Efectivo
	Rodriguez de Rivera-Ca mpillo, 2010	Clonazepam tópico	0,5-2 mg diarios	6 meses	Efectivo
	Grushka, 1998	Clonazepam sistémico	0,25 mg diarios, aumentando no más de 0,25 cada semana hasta una dosis máxima no mayor a 3 mg diarios divididas en 3 dosis	De 2 meses a 2 años	Efectivo

Tabla 3. Resultados de distintas alternativas de tratamiento².

Rodríguez de Rivera Campillo, realizó un estudio evaluando a 33 pacientes que recibieron clonazepam 0, 5 mg por día como enjuague, durante 3 minutos y 33 tabletas de placebo de la misma manera, con un periodo de seguimiento de 1 a 6 meses. Alrededor del 70% de los que tomaron clonazepam, mostraron una mejoría en los síntomas, y sólo el 15% de los pacientes tuvieron una remisión completa, Heckmann y col evaluaron a 20 pacientes con SBA durante 9 semanas en un estudio de casos y lo dividieron en dos grupos. El primer grupo estuvo formado por 10 pacientes que recibieron clonazepam 0, 5 mg por día y el segundo grupo recibió un placebo. No se observaron cambios fisiológicos significativos ni mejoras en las pruebas de sabor o el flujo salival en ninguno de los grupos. Sin embargo, el dolor se redujo significativamente en el grupo de experimental, y el estudio encontró que dosis bajas de clonazepam eran más efectivas en personas más jóvenes con una duración más corta de la enfermedad.³⁰

9.1.2 Anticonvulsivos

El medicamento mayormente usado es la gabapentina, teniendo un efecto analgésico, bloqueando los canales de sodio y calcio dependiendo de voltajes en neuronas periféricas.

López-D Alessandro usó la gabapentina 300 mg diarios durante 3 meses y sus resultados fueron efectivos para disminuir el dolor y el ardor en SBA.²

9.1.3 Capsaicina

La capsaicina es el ingrediente activo del chile (*Capsicum annuum*).

Los efectos de la capsaicina sobre el dolor del SBA dependen de los mecanismos fisiopatológicos implicados en el proceso de dolor del paciente. La capsaicina inhibe la acumulación de la sustancia P en las neuronas sensoriales periféricas. La sustancia P es un péptido de 11 aminoácidos que se cree que es el principal mediador del dolor en el sistema nervioso periférico.³⁰

Es importante que el paciente sepa que la capsaicina puede causar un aumento de ardor, que se da inmediatamente, pero se reduce como va pasando el tiempo.²⁹

“Según McMiller la capsaicina tópica es efectiva a largo plazo”.²

Tratamiento	Estudio	Tratamiento/ Medicamentos	Dosis	Tiempo	Resultado
Capsaicina	Marino, 2010	Capsaicina oral	250 mg en 50 ml de agua, 3 veces al día	2 meses	Efectivo
	Silvestre, 2012	Capsaicina oral	Enjuague de 0,02%, 3 veces al día	2 semanas	Efectivo
	Petruzzi, 2004	Capsaicina sistémica	Cápsula 0,25% t.i.d	4 semanas	Efectivo

Tabla 4. Resultados del tratamiento con capsaicina²

9.1.4. Antidepresivos

Actúan bloqueando los receptores del sistema nervioso central como la serotonina y la norepinefrina. Los antidepresivos tricíclicos actúan inhibiendo múltiples receptores del sistema nervioso central. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son selectivos en su efecto receptor, teniendo menos efectos adversos. Los ISRS (sertralina, paroxetina) ayudan y son efectivos en disminuir el dolor en pacientes con SBA en 8 semanas. Según McMillan la trazodona tiene efectos adversos como mareos, somnolencias y no tiene buenos resultados en disminuir el dolor en el SBA. ²

Tratamiento	Estudio	Tratamiento/ Medicamentos	Dosis	Tiempo	Resultado
Antidepresivos	Tammiala-Salonen, 1999	Trazodona	200 mg diarios	8 semanas	No efectivo
	Maina, 2002	Sertralina, Paroxetina	Paroxetina 20 mg diarios, Sertralina 50 mg diarios	8 semanas	Efectivo

Tabla 5. Resultados del tratamientos con antidepresivos ²

Yamazaki y col. realizaron un estudio piloto para evaluar la efectividad y la tolerabilidad de la paroxentina con duración de 12 semanas, a 71 pacientes con una dosis inicial de (10 o 20 mg/día). La dosis se aumentó hasta un máximo de 30 mg/día. De estos

pacientes, 52 estaban disponibles para examinar la eficacia del tratamiento en este estudio es decir, 80, 8%, hubo remisión total en un 70, 4%. Los efectos de la paroxetina fueron dependientes de la dosis.³⁰

9.1.4. Antipsicóticos

La amisulprida es un antagonista selectivo de la dopamina. Sin embargo, en dosis bajas (<50 mg / d) aumentan la transmisión dopaminérgica, principalmente bloqueando los autorreceptores D2, que regulan la síntesis y liberación de dopamina. La amisulprida puede mejorar la disfunción del sistema dopaminérgico en relación al SBA. Buchanan y Giuseppe Maina refieren que se redujo el dolor en 8 semanas después de empezar el tratamiento en una dosis de 50 mg.²

9.2. Tratamiento Alternativo

Existen tratamientos que nos ayudan a disminuir el dolor en los pacientes. Estos se pueden usar como complementos del tratamiento farmacológico.

9.2.1. Acido alfa-lipoico

El ácido alfa lipoico (ALA) es un antioxidante con una buena biodisponibilidad debido a sus propiedades hidrófilas y lipofílicas incrementando los niveles intracelulares de glutatión y elimina radicales libres, presentando un efecto neuroprotector.^{2, 16}

El cuerpo produce suficiente ácido lipoico para satisfacer sus necesidades, varias enfermedades parecen asociadas con niveles

bajos de ácido lipoico, específicamente la diabetes, cirrosis hepática y aterosclerosis.

Un estudio de Felice Feminiano manifiesta posible beneficio del ALA en las disgeusias idiopáticas en un estudio realizado a un grupo de 44 adultos, el tratamiento aplicado consistió en 200 mg de ALA cada ocho horas y 100 mg de celulosa en el grupo control, lo que resulten en una diferencia significativa en ALA en comparación con el grupo control.

López-D' Alessandro (2001), observó la eficacia del ALA conjuntamente con la gabapentina, comprobándose la eficacia de ambos fármacos, ya que hubo una mejoría en el 70% de los pacientes que lo tomaron. ³¹



Imagen 17: Ácido alfa lipoico

Fuente obtenida: <https://bionatura.com.mx/wp-content/uploads/2023/07/95879.webp>

Tratamiento	Estudio	Tratamiento/ Medicamentos	Dosis	Tiempo	Resultado
Ácido alfa lipoico	Cavalcanti , 2009	Ácido alfa lipoico	600 mg diarios	30 días	No efectivo
	Carbone, 2009	Ácido alfa lipoico	800 mg diarios	8 semanas	No efectivo
	López-D alessandro , 2011	Ácido alfa lipoico	600 mg diarios	2 meses	Efectivo
	Femiano, 2000	Ácido alfa lipoico	600 mg diarios X 20 días/ 200 mg diarios X 10 días	30 días	Efectivo
	Femiano, 2002	Ácido alfa lipoico	600 mg diarios	2 meses	Efectivo
	Femiano, 2002	Ácido alfa lipoico	600 mg diarios	2 meses	Efectivo
	Femiano, 2004	Ácido alfa lipoico	600 mg diarios	2 meses	Efectivo
	Mariano, 2010	Ácido alfa lipoico	800 mg diarios	2 meses	Efectivo
	Lopez-Jornet, 2009	Ácido alfa lipoico	800 mg diarios	8 semanas	No efectivo
	Palacios Sanchez, 2015	Ácido alfa lipoico	600 mg diarios	2 meses	Efectivo

Tabla 6. Resultados del tratamientos con ácido alfa-lipoico ².

9.2.2.Terapia de reemplazo hormonal

“Peng (2001), evaluó la terapia de reemplazo hormonal en mujeres postmenopáusicas, en donde se comparó el efecto de la tibolona aristo con el gamma orysanol más vitamina E, siendo la Tibolona más efectiva en un plazo de 6 meses en mujeres postmenopáusicas con SBA”.² Buchanan menciona que los pacientes que fueron tratados con tibolona aristo mostraron una mejoría estadísticamente significativa.

“Wardrop y colaboradores en 1989, afirman una mejoría de la sintomatología de SBA en pacientes con tratamiento de terapia de reposición hormonal”.²¹

Hackenberg y colaboradores en 1997, presentan que si favorecen las terapias con hormonas sexuales.¹⁶

9.2.3.Terapia con acupuntura

La acupuntura es un método de tratamiento muy antiguo que se ha utilizado en China durante siglos, para el tratar y la prevenir enfermedades.

Zan y col, realizaron una revisión de artículos chinos sobre el SBA y la acupuntura, en siete de los nueve ensayos el empleo de la acupuntura se observó una mejoría significativa de los síntomas en los pacientes con SBA, en comparación con el grupo control.³⁰

Giuseppe Alessandro Scardina, A Ruggieri, F Provenzano, P Messina han investigado el uso de la acupuntura demostrando que ejerce un efecto modulador en la microcirculación. Los resultados dejan entrever que no se observa una mejoría significativa, aunque los sujetos que reciben tratamiento con

acupuntura presentan mayor capacidad de hacer frente a sus síntomas orales.^{16, 32}



Imagen 18: Acupuntura

Fuente obtenida: https://www.centraldaacupuntura.com.br/bd_imagens/872014101556.jpg

9.2.4. Láser de baja frecuencia

La palabra láser es un acrónimo de “Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation” cuyo significado es “amplificación de luz por emisión estimulada de radiaciones”.³¹

Los láseres son de baja frecuencia terapéutico (LLLT) y se utilizan para un procedimiento de bioestimulación celular. Se usa para ayudar a la regeneración, cicatrización, disminuyendo el dolor y la inflamación. “Actúa mejorando la liberación de endorfinas, inhibiendo por los tanto, las señales nociceptivas y de los mediadores del control del dolor, produciendo un efecto analgésico”.³¹

Santos y colaboradores, evaluaron la terapia con láser de baja intensidad (láser terapia) en el tratamiento de los pacientes con SBA, y obtuvieron resultados positivos, al igual que Kato, Pellegrini, Prates, Wetter, Sugaya quienes tras su aplicación y estudio, concluyen que es una alternativa valiosa para el tratamiento del SBA. ¹⁶



Imagen 19: Láser de baja potencia

Fuente obtenida: https://mafercamargo.com/wp-content/uploads/2020/12/5.implementacion_del_laser_tratar_Trismus.jpg

Tratamiento	Estudio	Tratamiento/ Medicamentos	Dosis	Tiempo	Resultado
Láser de baja potencia	Spangenberg, 2015	Láser infrarrojo	3 veces por semana / 1 vez por semana	9 sesiones/ 10 sesiones	Efectivo
	Yang, 2011	Láser de baja potencia	1-7 sesiones	-	Efectivo

Tabla 7. Resultados del tratamientos con láser de baja potencia ²

Se ha demostrado en los estudios de la tabla 7 que los pacientes tienen una mejoría estadísticamente significativa, mejora la calidad de vida y es efectivo a corto plazo. ²

9.2.5. Naturales

Es una terapéutica que nos ayuda a mejorar nuestra salud con sustancias naturales (alimentos, plantas, el sol, minerales etcétera).

Chamaemelum nobile

Es mejor conocido como manzanilla romana o camomila, es una planta muy utilizada en la medicina tradicional, principalmente como antiinflamatorio, fungicida, antiespasmódico, sedante, antiséptico. También se usa en polvo para tratar heridas que tardan en sanar, erupciones de la piel, e infecciones, tales como herpes zóster. Las flores de manzanilla contienen 1-2% de aceites volátiles incluidos alfa-bisabolol, óxidos de alfa-bisabolol A y B, camazuleno.³¹

Ramos-e-Silva M y cols (2006) realizaron un estudio en el que evaluaron la eficacia de la manzanilla para el alivio del dolor en pacientes con estomatitis aftosa, y otras úlceras de la mucosa oral. Por su efecto analgésico, mejora la calidad de vida de los pacientes.³¹



Imagen 20. Manzanilla

Fuente obtenida: https://www.regionalconservation.org/images/PlantImages/Chamnobi_Pi_1.jpg

Catuama

Es una mezcla de cuatro plantas: Paullinia cupana (guaraná), Trichilia catigua (catuaba), Zingiber officinale (gengibre), y Ptychopetalum olacoides (muira pauma). Tiene propiedades antidepressivas, analgésicas.

Spanemberg y col, 2012, realizaron un estudio a 72 pacientes con SBA, que debían tomar dos cápsulas al día durante 8 semanas de Catuama. Al terminar el tratamiento se observó que los síntomas se redujeron en un 52,4%.^{2, 30}



Imagen 21: Catuama

Fuente obtenida: https://uploads.consultaremedios.com.br/product_variation_images/full/0a2f1e28dec35e2791b87cf42c22d216a9bf2b99.jpg?1654720880

Aloe vera

“Pía López-Jornet realizó un estudio, utilizando aplicación tópica de Aloe vera tres veces al día combinado con un protector lingual. El estudio tuvo una duración de 12 semanas. Los pacientes con SBA fueron divididos en tres grupos: para el # I se utilizaron solamente protector lingual; el grupo II los pacientes que utilizaron AV y un protector lingual; el grupo III utilizaron un protector lingual y un placebo. Se observó en todos los grupos, una mejoría en la puntuación en la prueba de la escala visual analógica (EVA) para la valoración de la intensidad del dolor, no hubo diferencias evidentes entre los grupos.”³³ Al utilizarlo con el protector lingual hay una efectividad a corto plazo.



Imagen 22: Aloe vera

Fuente obtenido:https://www.cuerpomente.com/medio/2022/12/21/aloe-vera-propiedades-y-cuidados_8d58a79f.jpg

Hypericum perforatum

Es una planta llamada hipérico, hipericón, corazoncillo o hierba de San Juan.³⁰

Es utilizado para la depresión, Sardella en el 2008 realizó un estudio donde se tenían que tomar 300 mg tres veces al día durante 12 semanas pero no se obtuvieron resultados positivos.



Imagen 23: Hierba de San Juan

Fuente obtenido: https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/47/Saint_John%27s_wort_flowers.jpg

9.2.6. Psicoterapia

“La terapia cognitiva conductual es una terapia activa, directiva, estructurada y limitada en el tiempo, utilizada para tratar diversos trastornos mentales, incluyendo depresión, ansiedad, fobias y trastornos temporomandibulares y de otro tipo; y se acepta como un componente del manejo multidisciplinario del dolor crónico”.²

La psicoterapia es efectiva a largo plazo.^{2, 30}

Bergdhal J y cols, 1995 realizaron un estudio con 30 pacientes donde tenían terapia una vez por semana durante 10-15 semanas.

Siendo efectivos en disminuir la sintomatología.²

Tratamiento	Estudio	Tratamiento/ Medicamentos	Dosis	Tiempo	Resultado
Psicoterapia	Bergdahl, 1995	Terapia cognitiva	1 hora a la semana	12-15 semanas	Efectivo
	Femiano, 2004	Psicoterapia	2 sesiones semanales de dos horas	2 meses	Efectivo

Tabla 8. Resultados del tratamientos con psicoterapia ²

10.CONCLUSIONES

El síndrome de boca ardorosa es multifactorial, sin signos clínicos evidentes por lo tanto es difícil diagnosticarlo. Se debe de tener una exploración minuciosa y una buena historia clínica. El SBA presenta un curso evolutivo crónico. En algunos casos puede haber una remisión espontánea de los síntomas.

El tratamiento debe de ser multidisciplinario para el manejo de este síndrome ya que de esto dependerá la eficacia del mismo. Dependiendo del factor (local, sistémico o psicológico) es cómo se va a abordar el tratamiento, en el SBA primario se establece por la sintomatología, en el secundario se basa en la corrección o control de los factores identificados. Cuantos antes se empiece con el tratamiento se van a tener más satisfactorios resultados mejorando la calidad de vida de los pacientes.

No existe una forma para prevenir el SBA, pero hay algunas recomendaciones para disminuir el malestar o evitar que empeoren, se debe evitar comidas irritantes, alimentos muy ácidos, el consumo del alcohol, el tabaco y el vapor. Y mejorar nuestra alimentación, tomar abundante agua.

REFERENCIAS

- 1 Mevil Y, Fernandez C, Canales J, Chacon M, Garcia J. Síndrome de boca ardiente, actualización diagnóstico y terapéutica. GerolInfo. 2019; 14(3).
- 2 Hempel G, Díaz R. Enfoque terapéutico para el síndrome de boca urente. Dolor [Internet]. 2016 [citado el 26 de noviembre de 2023]; 30–7. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096098>
- 3 Síndrome de boca ardiente y su relación con las prótesis removibles. [trabajo de fin de grado] Madrid: Universidad Europea; 2020/2021.
- 4 <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/tipos-de-dolor/nueva-definicion-dolor>
- 5 Henrique G, Sivieri M. Diagnostico y tratamiento de la síndrome de ardor bucal. REFACS. 2016; 4 (1): 26-32.
- 6 Cepero A, Millo S, Lopez A. Síndrome de boca ardiente: actualización. Ciencias Medicas de Pinar del Rio. 2016;20(4):530-542.
- 7 Henrique G, Sivieri M. Diagnostico y tratamiento de la síndrome de ardor bucal. REFACS. 2016; 4 (1): 26-32.
- 8 Tejero Romero A. Enfoque fisiopatológico del síndrome de ardor bucal en las enfermedades sistémicas. Universidad de

sevilla. 2020.

- 9 Gomez Ayala A. Glosodinia. Farmacia comunitaria. 2008; 22(3).
- 10 Vicencio D, Reyes G, Alvo A, Garcia K. Síndrome de la boca ardiente: revisión de la literatura. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2022; 82: 86-94.
- 11 Carvalho da Silva L. Síndrome de la boca ardiente. [Máster en Investigación en Neurociencias] España: Universidad de Oviedo; 2021.
- 12 García Zaragoza M. Actualización del síndrome de boca ardiente, manejo y tratamiento multidisciplinario. [tesis para obtener el título de Licenciatura en Cirujano Dentista] CDMX: Universidad Nacional Autónoma de México; 2016.
- 13 Moreno Guerrero J. Síndrome de boca ardiente, diagnóstico y tratamiento [tesis para obtener el título de Licenciatura en Cirujano Dentista]. CDMX: Universidad Nacional Autónoma de México; 2015.
- 14 Biasoli Maria. Candidiasis. Centro de Referencia de Micología
- 15 Aguirre Urizar J. Candidiasis orales. Iberoam Micol 2002; 19: 17-21.

- 16 Ortiz Alves A. Establecimiento de un protocolo diagnóstico para el síndrome de boca ardiente. [tesis para obtener el grado de doctor en odontología] Sevilla: Universidad de Sevilla; 2015
- 17 Torres A, Torres M. Climaterio y menopausia. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2018 Abr [citado 2023 Nov 20]; 61(2): 51-58. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051&lng=es.
- 18 Conget I, Diagnóstico, clasificación y patogenia de la Diabetes Mellitus, Revista Española de Cardiología, 2002. Volume 55, Pages 528-535. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300893202766463>
- 19 Anaya J-M, Sarmiento-Monroy JC, García-Carrasco M. Síndrome de Sjögren. Segunda edición. Editorial Universidad del Rosario; 2017.
- 20 Chavez Hidalgo D. Actualización en fibromialgia. Med Leg Costa Rica [Internet]. 2013 [citado el 27 de noviembre de 2023]; 30(1): 83–8. Disponible en:
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152013000100011&script=sci_arttext
- 21 Andreu Soria L, Mujer y salud: correlatos psicosociales del Síndrome de la boca ardiente, [Tesis doctoral] Valencia, España: Universidad de Valencia; 2016.

- 22 Dominguez Contreras M, Impacto del estado psiquiátrico para el diagnóstico del síndrome de boca ardorosa [tesis para obtener el título de Licenciatura en Cirujano Dentista]. CDMX: Universidad Nacional Autónoma de México; 2022
- 23 <http://www.massaludfacmed.unam.mx/index.php/sobre-el-estres-y-sus-consecuencias/>
- 24 Lamey PJ, Lewis MA. Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. Br Dent J [Internet]. 1989 [citado el 27 de noviembre de 2023]; 167(6): 197–200. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2789896/>
- 25 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/n-depression>
- 26 Lamey P-J, Lamb AB. The usefulness of the HAD scale in Assessing anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol [Internet]. 1989; 67(4): 390–2. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220\(89\)90379-4](http://dx.doi.org/10.1016/0030-4220(89)90379-4)
- 27 Tapia Arzate I, Estudio del síndrome de la glosodinia [tesis para obtener el título de Licenciatura en Cirujano Dentista]. CDMX: Universidad Nacional Autónoma de México; 2020.

- 28 Chimenos E, Arcos C, Marques M. Síndrome de boca ardiente: claves diagnósticas y terapéuticas. Med Clin. 2013 [citado el 10 de noviembre de 2023]; 5.
- 29 Vista de Educación y salud en la tercera edad. Estudio sobre los factores que generan el síndrome de boca ardiente, una herramienta para una mejor calidad de vida [Internet]. Dilemas contemporaneos educacion politica y valores.com. [citado el 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3347/331>
- 30 Síndrome de boca ardiente, posibles factores etiológicos, Diagnóstico y tendencias en el tratamiento. Revisión actualizada [Internet]. Actaodontologica.com. [citado el 27 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/2/art-18/>
- 31 Valenzuela Serrano S. Alternativas Terapéuticas para el Síndrome de Boca Ardiente. [tesis doctoral] España: Universidad de Murcia; 2017.
- 32 Scardina GA, Ruggieri A, Provenzano F, Messina P. The Effect of acupuncture on oral microcirculation in healthy volunteers: An exploratory study. Acupunct Med [Internet]. 2009 [citado el 27 de noviembre de 2023]; 27(3): 114–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19734381/>
- 33 Molino Pagán D. Estudio clínico randomizado doble-ciego para valorar la eficacia del aloe vera barbadensis versus

placebo en pacientes con síndrome de boca ardiente [tesis doctoral] España: Universidad de Murcia; 2011.