

SÍNDROME DE LA BOCA URENTE

La sesión web de esta semana, va a tratar sobre una patología no muy frecuente, que puede pasar inadvertida, como es el síndrome de la boca urente. Es una entidad que se diagnostica tardíamente y que produce un deterioro de la calidad de vida de los que la padecen.

Se define como la sensación de dolor, ardor o escozor en la lengua o en otra zona de la cavidad oral, sin causa orgánica objetivable en la exploración física. Puede aparecer como síntoma en algunas enfermedades cutáneas o sistémicas, que habrá que descartar antes de establecer el diagnóstico.

El diagnóstico de boca urente, es un término que se refiere exclusivamente a las **formas idiopáticas**.

Patologías a descartar para realizar el diagnóstico de la boca urente:

<i>Enfermedades sistémicas</i>	<i>Enfermedades cutáneas</i>
Síndrome de Sjögren	Candidiasis oral
Diabetes	Liquen plano
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>	Lengua geográfica, fisurada
Neuralgias	Radioterapia
Deficiencias: Hierro, folatos, zinc, vitaminas	Enfermedades poco evidentes: Eczema de contacto, galvanismo

Se da mayoritariamente en **mujeres postmenopáusicas**, y muy frecuentemente se asocia a **alteraciones psíquicas o psiquiátricas** (mayoritariamente ansiedad y depresión). Realmente no está claro si los factores emocionales son causa o consecuencia o simplemente se exacerban mutuamente, siendo la asociación entre SBU (síndrome de la boca urente) y éstos del 62%.

Las **manifestaciones clínicas** no son constantes en su aparición ni en su intensidad. Entre las más frecuentes encontramos:

- Sensación dolorosa o quemante generalmente en la lengua pero también se puede dar en cualquier localización de la mucosa oral.
- Sensación de cuerpo extraño en el interior de la boca. Los pacientes relatan como si tuvieran arenilla, pasta, hilos, sensación de aspereza...
- Disgeusia que aumenta o disminuye al ingerir alimentos.

- Xerostomía (es vital descartar la toma de tratamientos hipotensores y diuréticos)
- Problemas dentales coexistentes que el paciente relaciona muchas veces de forma obsesiva con el inicio de sus molestias, pero que no se puede demostrar que tengan una relación causa-efecto.
- Síntomas psicológicos como ansiedad y depresión, y como se ha comentado anteriormente, no se sabe si es causa o consecuencia del síndrome.
- Halitosis. Es un síntoma muy subjetivo y hay que verificarlo preguntando a los familiares.

El diagnóstico de boca urente, es un **diagnóstico de exclusión**, donde la anamnesis y exploración física son vitales. Será conveniente realizar pruebas complementarias, y tendrá que valorarse la idoneidad de hacer pruebas invasivas. (más justificadas cuando se quiere descartar SBU secundario a otras patologías).

Tabla 1. Criterios desarrollados para el diagnóstico de síndrome de boca ardiente

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

Extraído y adaptado de Scala y cols.¹⁶

Tabla 2. Criterios desarrollados por la Sociedad Internacional de Cefaleas para el diagnóstico de síndrome de boca ardiente

- A. Dolor en boca que cumpla los criterios B y C
- B. Recurrencia diaria del dolor mayor a dos horas de duración en un período superior a tres meses
- C. El dolor presenta las dos características siguientes:
 1. Carácter urente
 2. Referido como superficial en la mucosa bucal
- D. Tanto el aspecto de la mucosa bucal como el examen clínico (incluyendo las pruebas sensitivas) son normales
- E. Ser el mejor diagnóstico posible dentro de los expuestos en la ICHD-III

ICHD-III = 3^{era} Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. Extraído desde Olesen y cols.¹⁷

Tabla 2. Diagnóstico del síndrome de la boca urente

Historia clínica detallada médica, dental y psicológica

Medicamentos

Exploración de la mucosa

Exploración odontológica

Pruebas epicutáneas. Metales, prótesis, alimentos (aditivos, conservantes, fragancias)

Cultivo bacteriológico y micológico

Biopsia de lengua, hematoxilina-eosina, inmunohistoquímica

Laboratorio: hemograma, glucemia, hierro, folatos, vitaminas B, zinc, anticuerpos séricos del síndrome de Sjögren

Exploración gastroenterológica. Investigación de *Helicobacter pylori*

Valoración psiquiátrica/psicológica

El tratamiento del SBU es variado, y lamentablemente la mejoría con ellos, es habitualmente escasa. El gran componente emocional que se liga a la patología es determinante para la evolución clínica.

Es imprescindible que el paciente entienda y acepte el diagnóstico, y que tenga clara cuales son las expectativas de curación. El abordaje emocional de la patología es vital.

Tratamiento:

- Empatía. Terapia cognitivo-conductual
- Capsaicina tópica
- Sialogogos
- ISRS
- Antidepresivos duales (duloxetina 30 a 60 mg/día)
- Antipsicótico (risperidona a dosis 0.5mg/día)
- BDZ (alprazolam 0.25 a 2mg/día)
- Gabapentina (300-1600mg/día)
- Amitriptilina 25-50mg/día y valorar aumento dependiendo de respuesta clínica

<https://www.actasdermo.org/es-sindrome-boca-urente-articulo-S0001731008747148>

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852003000400005

<https://www.scielo.cl/pdf/orl/v82n1/0718-4816-orl-82-01-0086.pdf>

Ana Garcés López R4 MFYC CS. Rafalafena