

EL SÍNDROME DE LA BOCA URENTE

A propósito de un caso

(1) Muniesa Gracia, Paula; (1)Peralta Ginés, María; (2) Liévano Segundo, Paola; (3)Temporal Visus, Antonio;(3) Lizandra Fron, Pedro Manuel;(3) Aznar Tejero, Pilar.

1: Residente MFyC 1ºaño; 2: Residente MFyC 4º año; 3: Médico Atención Primaria. C.S. Universitat, Zaragoza.

Mujer de **60 años** que acude por presentar **dolor, quemazón y escozor** en boca desde hace dos meses

- Fallecimiento de su madre 6 meses antes.
 - Síntomas digestivos por mala ingesta debido al dolor.
 - Exploración física normal.
- Se descarta patología odontológica, neurológica y psiquiátrica y se remite de nuevo a su MAP.*

- Test del Aliento + → TTO erradicador no mejora la clínica.
- Cefalea frontal y periorbitaria → no responde a analgesia habitual ni a Amitriptilina.
- Dolor persistente *durante un año*.

Dolor en hemicara derecha de características neuropáticas → Neurología → Dx Neuralgia del Trigémino

CARBAMAZEPINA
→ Mejora sintomatología

¿Qué es el SBU?

- Sensación de dolor, ardor o escozor, localizado en la lengua o en otra zona de la cavidad oral, sin causa orgánica objetivable.
- Descartar enfermedades cutáneas o sistémicas
- Relación con alteraciones psíquicas → *psicodermatosis*
→ *Causa o consecuencia ????*

1. Sensación **dolorosa o quemante en mucosa oral**, generalmente en los dos tercios distales de la lengua y en la punta.
2. Sensación de **cuerpo extraño** en el interior de la boca o de **aspereza**.
3. Disgeusia que aumenta o disminuye al ingerir alimentos. Se manifiesta como **alteración de la percepción de la intensidad** de los sabores normales o como un sabor **extraño** en la boca: amargo, metálico...
4. Hábitos parafuncionales que el paciente repite constantemente.
5. Halitosis (subjettiva e invalidante).
6. Síntomas **psicológicos**.

- Síndromes mal definidos por **falta de criterios diagnósticos rigurosos** y cuyos síntomas pueden formar parte de otras patologías, que habrá que descartar.
- El SBU es un reto para los Médicos de Atención Primaria por su etiología compleja y multifactorial, siendo necesario en muchas ocasiones un **abordaje multidisciplinar**.

ETIOPATOGENIA PROBABLEMENTE MULTIFACTORIAL

Historia clínica detallada: médica, dental y psicológica

Intensidad dolor: EVA

Ingesta medicamentos → xerostomía

Exploración de la mucosa: descartar lesiones

Exploración **odontológica**.

Laboratorio: hemograma, glucemia, Fe y ferritina, folatos, vitaminas B, zinc...

Descartar patologías: infección por *Helicobacter pylori*, Sd Sjögren...

Cultivo candidas.

Pruebas epicutáneas a metales, alimentos, aditivos, conservantes, fragancias...

Biopsia de lengua, inmunohistoquímica

Valoración psiquiátrica/psicológica.

MUJERES POSTMENOPÁUSICAS MAYORES DE 55 AÑOS

TRATAMIENTO

SINTOMÁTICO → Buena relación médico-paciente: informar, empatía, eliminar cancerofobia.

Tratamientos TÓPICOS: Capsaicina, tabasco, sialagogos

Tratamiento SISTÉMICO:

Antidepresivos: tricíclicos a dosis bajas, ISRS, acción dual...

Risperidona 0,5mg/día

Benzodiazepinas si ansiedad asociada

Gabapentina 300-1.600 mg/día (inicio 100) +/- BDZ;

Carbamacepina

Ácido alfa-lipoico 600 mg/día (efecto antioxidante)

Pramipexol (agonista de la dopamina)

Terapia COGNITIVO-CONDUCTUAL

- Brufau-Redondo C et al. Síndrome de la boca urente; Actas Dermosifiliogr. 2008;99:431-40.

- Silvestre FJ, Silvestre-Rangil J, López-Jornet P. Síndrome de boca ardiente: revisión y puesta al día; Rev Neurol 2015; 60 (10): 457-463.

- E. Chimenos-Ku"stner et al. Med Clin (Barc). 2014;142(8):370-374.

- A. Cárcamo Fonfría et al. Síndrome de boca ardiente: descripción clínica, planteamiento fisiopatológico y una nueva opción terapéutica.