

Estomatodinia: boca ardiente o quemante

Caballero Herrera R*

RESUMEN

El síndrome de estomatodinia es un proceso que requiere una exploración minuciosa, lenta, sin prisas, que para el odontólogo resulta la mayoría de las veces onerosa, por lo cual necesita de otros especialistas de la medicina para reunir los conocimientos necesarios y hallar la solución a un proceso de difícil tratamiento por las características especiales de los pacientes que padecen estas molestias.

Palabras Clave: Estomatodinia, boca ardiente, glosopirosis.

SUMMARY

The burning mouth syndrome requires a meticulous exploration by the odontologist. Frequently we need the aid and the knowledge from others specialist to look for a solution for these pathology which treatment is very difficult.

Key Words: Glosodynia, burning mouth.

Aceptado para publicación: Septiembre 1996.

* Catedrático de Medicina Bucal. Universidad de Barcelona.

Caballero Herrera R: Estomatodinia: boca ardiente o quemante. *Av Odontoestomatol* 1999; 15: 35-40.

INTRODUCCIÓN

Este síndrome es un trastorno intrabucal doloroso que no comporta signos clínicos aparentes (1, 2, 3). Años atrás se emplearon términos como glosodinia, glosopirosis, estomatopirosis, disestesias bucales, para describir a los pacientes que referían una sensación de malestar, dolor o quemazón intrabucal. Hoy en día hablamos de *estomatodinia* cuando se observa en más de dos lugares de la cavidad bucal, y empleamos el término de *glosodinia* cuando afecta sólo a la lengua.

PREVALENCIA

Observaciones realizadas en la última década han demostrado que este ardor bucal se aprecia sobre todo en muje-

res postmenopáusicas (11), con un promedio de un 12% de ellas, que llega hasta un 40% para algunos autores (2, 3, 4, 5), y lo padecen entre los 45 y los 65 años de edad, dato por supuesto variable.

En 60 pacientes a los que hemos hecho seguimiento en cinco años, la de menor edad tenía 34 años, estresada y deprimida, y el resto sobrepasaba los 50 años, hasta 6 de ellas que sobrepasaban los 70. En los varones, el promedio es de 1:7 con respecto a la mujer, y no se observa nunca en niños.

Historiando a esas pacientes, observamos que nos refieren la visita periódica a varios y diferentes médicos de distintas especialidades, quienes, después de una inspección bucal, no encontraron nada patológico que les lla-



Figura 1: Hombre de 33 años, depresivo, lengua saburral y fisurada, obsesivo de cancerofobia. Estomatodinia que mejoró con pricoterapia y buena higiene bucal.



Figura 2: Atrofia de papilas filiformes, hipertrofia de las fungiformes e identaciones linguales.

para la atención, y dedujeron que tan sólo se trataba de una enfermedad *psíquica* o *imaginaria* (1). Es evidente que existe un índice de remisión espontánea de la mitad a dos terceras partes en los pacientes a los seis o siete años de haber empezado con el síndrome, hasta quince años después. Algunas de estas pacientes fueron tratadas con hormonas y no mejoraron el cuadro clínico (13).

ETIOLOGÍA

Es variada, de difícil interpretación, por ser multifactorial. Causas: microorganismos, bacterias (estreptococos, estafilococos), xerostomia medicamentosa, alteraciones producidas por antihipertensivos, hiperglucemiantes, betabloqueantes, antiinflamatorios, trastornos nutricionales por deficiencia de vitaminas B, anemia ferropénica Vit B12 o folatos (4), traumas *mecánicos* por causas diversas (alergias al material acrílico de las prótesis, ausencia de espacio libre en las mismas), diabetes, causas idiopáticas, forman una panacea en su génesis.

SÍNTOMAS

Los pacientes se quejan de dolor *urente*, quemante, que suele aparecer de forma espontánea, aunque muchas veces el paciente nos refiere la coincidencia con un tratamiento protésico o restauraciones odontológicas. Varios son los lugares de la cavidad bucal que se encuentran afectados como son la *lengua*, el *paladar*, *cresta alveolar superior*, *labios* o aquellas *zonas de soporte de prótesis*, lo que nos indica la distribución de la región afecta, que suele ser bilateral.

Otros enfermos comienzan con xerostomia, percepciones gustativas alteradas (*disgeusias*), sabor metálico, sabor amargo o combinaciones de varios de ellos, lo que les lleva a enjuagues continuos, a ingerir alimentos para disminuir estas sensaciones desagradable, líquidos fríos que la alivian; a veces refieren dolores en la ATM, cervicalgias, cefaleas, disfunciones musculares, linguales, lesiones mínimas en la mucosa bucal provocadas por irritación mecánica de la prótesis, traumas poco o nada visibles que producen lesiones en la mucosa bucal.

La duración del síndrome puede variar con la frecuencia, intensidad y duración del trauma, factores determinantes del dolor, empezando por los trastornos emocionales o problemas en el entorno familiar.

La distribución de las áreas afectadas nos puede servir de pista sobre los factores etiopatogénicos.

Si las molestias ocurren en la punta o bordes linguales, pueden ayudarnos a estudiar una posible *parafunción* a la que damos importancia primordial.

En la deglución atípica existe interposición lingual entre los dientes, si fuera en el dorso lingual pensar en una mala posición lingual, para sostener la prótesis no retentiva. Tom-Linhky, en un estudio realizado, observó que el 15% de los pacientes padecen alguna lesión bucal visible, que es más relevante en mujeres que en hombres.

El ardor bucal se observa entre el 45 y el 74% de casos para Grispan, que encuentra hormigueo, quemazón, saliva sala-

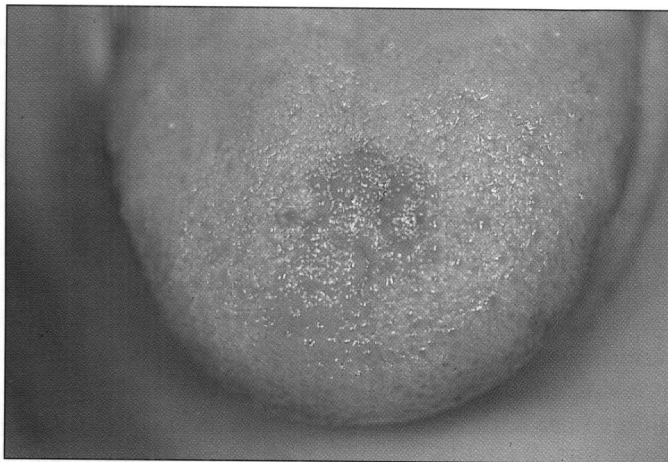


Figura 3: Depapilación lingual por deglución atípica. Joven de 27 años, estresada, glosospirosis; curó con psicoterapia complementada durante un mes con antidepresivos.

da, herida en boca, disgeusias, *bicho en boca que corre*, prurito, sialorrea o xerostomia, pues las alteraciones salivares encontradas parecen debidas a la sequedad bucal como consecuencias del envejecimiento (10), unido a los medicamentos anticolinérgicos que toman por la existencia de alteraciones en los elementos protectores, inmunoglobinas, fosfatos, pH salival, capacidad buffer de la misma, cambios que producen una saliva más espesa, pegajosa. La mucina afecta la mucosa bucal en cuanto a sus funciones de lubricación y protección, así como en la regulación y adhesión de los microorganismos.

Recordemos que en la lengua existen pequeñas erosiones o ulceraciones que sólo pueden ser identificadas con una lupa de buen aumento. Son las llamadas *úlceras imaginarias de Verneuil*, al igual que, si existen disestesias, se las conoce con el nombre de síndrome de Magnani (1).

Es del todo importante este detalle, pues a veces nuestra visión directa no es suficiente para detectar estos pequeños roces o úlceras de la mucosa bucal o lingual.

La naturaleza de los síntomas podemos clasificarlos en varios tipos (Laurey y Lewis) (Baket y col., moderados y graves):

Tipo I: El paciente no tiene ardor al despertar por la mañana; le comienza y sigue con el día, y empeora al atardecer y por la noche; es observable en el 65% de los pacientes.

Tipo II: Amanece con ardor, y éste persiste todo el día. El



Figura 4: Bruxómano; herida en la mejilla producida por dientes. Tratado con pulido de los mismos y ayudado por placa oclusal.

paciente presenta ansiedad, ardor que se manifiesta todos los días; suele observarse en el 26% de los pacientes.

Tipo III: Ardor intermitente, a cualquier hora y día; se asocia a alergias (medicamentosas o alimenticias) y a factores psicológicos. Observable en un 10% aproximadamente.

Ante estos hechos, vemos que, tanto en el tipo I como el tipo II, los síntomas no remiten y están presentes todo el día. Los del tipo III presentan días libres de síntomas, y señalan regiones poco habituales, como son el suelo de la boca o la garganta.

Es importante resaltar, para su *evaluación pronóstica*, que este *ardor* continuo suele remitir por la noche, y permite descansar al paciente, que es capaz de lograr un sueño reparador, lo que nos conduce a descartar otros posibles procesos patológicos (8).

Ardor o dolor que es variado o cambiante, y que coincide con el estado de ánimo (irritabilidad, depresión, alteración en los hábitos sociales y alimenticios) (8, 9).

¿Cuál es el síntoma principal?

El dolor *urente*, semejante al que puede ocurrir al principio de muchas alteraciones nerviosas postraumáticas, anomalías sensoriales al tacto, discriminación entre dos puntos, percepción térmica, umbral doloroso, consiguen que la tolerancia al dolor pueda suceder en tales estados, aparte

del dolor *urente*. Recientemente, Grudhka no encontró cambios sustanciales equiparables en 8 puntos diferentes intrabucales. La única excepción fue la tolerancia al dolor térmico, que disminuyó en la punta de la lengua. Esto le hizo pensar que el cambio existe en la tolerancia al dolor térmico; pero no pasó el umbral, lo que pudo ser el resultado de los cambios del estímulo térmico (tiempo).

LESIONES CLÍNICAS

Es frecuente encontrar *eritema* en la lengua, especialmente en la punta, cara dorsal o bordes de la misma.

- Objetivable la irritación de las papilas linguales, con atrofia de las filiformes e hipertrofia de las fungiformes (12) (figura 2).
- Indentaciones de la lengua o en la mucosa yugal.
- Leucodema.
- Irritación de las papilas foliadas, isquemia por una menor irrigación lingual, arteritis de células gigantes, alergias, candidosis e infección por espiroquetas.
- Mucosa mordisqueada, frecuente en los labios, lengua o toda la cavidad bucal. Roce continuo de la lengua con las rugosidades palatinas (figuras 3 y 4).
- Conocer el estado nutricional, por si existiera deficiencia de vitaminas B1, B2, B6, B12.

Suelen ser pacientes ansiosos, estresados con un gran componente psicógeno, deprimidos, que suelen presentar queilitis, ardor de labios, hipocondríacos con problemas digestivos, palpitaciones, impetuosos (1, 9, 10).

Se pueden detectar indentaciones de la lengua sobre los molares, con ardor en la punta lingual, papilas fungiformes, rojas, que por irritación crónica a veces originan pseudopapilomas (figura 5).

En estos casos que estamos escrutando podemos encontrar:

- Funciones distorsionadas en el campo de la mímica.
- Movimientos no deseados, involuntarios, de los labios.
- Movimientos inadecuados de la musculatura facial (tics, disquinesias orofaciales).

Inquietudes psicósomática que provocan:

- Succión constante de mejillas, succión de la lengua (chasquidos).
- Deglución constante de saliva.

Es conocido que la lengua al *deglutir* debe tocar el paladar. Con la boca cerrada, los labios de ambas arcadas están en contacto y sólo trabajan activamente los músculos *maseteros*, nunca los orbiculares de los labios; este fenómeno ocurre tanto con los dientes naturales como con las dentaduras artificiales (removibles).

Sin embargo, en la *deglución atípica*, se interpone la lengua entre los incisivos, y queda una cámara superior vacía. Este hecho produce el roce de la punta lingual con los dientes, *mordida abierta*; en estos casos no intervienen los maseteros y sí entran en acción los orbiculares de los labios.

¿Cómo conocemos estos signos?

Por maniobras de detección:

- Palpación de la musculatura del cinturón labioyugal (contracción).
- Palpación de los músculos meseteros (carencia de contracciones).
- Apertura normal de los labios (contractura muscular peribucal).
- Observación del ascenso del hioides (ascenso brusco).
- Palpación de los incisivos (presión de la punta lingual).

¿Cómo eliminamos los factores traumáticos?

- Debemos controlar la placa bacteriana.
- Efectuar un buen pulido de los dientes para evitar roces inadecuados si hubiese bordes agudos.
- Pulido y adaptación de las prótesis nuevas.
- Nunca admitir en ningún paciente, y menos en éstos, prótesis viejas, defectuosas, mal ajustadas, porque pueden irritar la lengua o ésta buscar nuevas posiciones con respecto a la prótesis (evitar parafunciones).
- Tratar con hidrocortisona al 1% para evitar la sensación del ardor bucal doloroso.

¿Qué debe hacer un odontólogo ante estos pacientes?

- Historia clínica minuciosa.
- Diagnóstico estomatológico.
- Tratar las lesiones odontológicas si las hubiera.
- Buscar posibles traumatismos, hábitos y la ayuda de una fonodióloga.
- Eliminación de factores coadyuvantes, traumatismos.
- Búsqueda y eliminación de alérgenos.

- Consultar con psicólogos.
- Autoayudas en equipo entre ellos.

¿Por qué un psicólogo?

Ya dijimos anteriormente que gran parte de este síndrome es de origen psicógeno, con graves problemas de soledad, angustia, depresiones, etcétera, de ahí la necesidad de contar con la ayuda de este tipo de profesional con sus conocimientos clínicos, y de tratar a estos pacientes en solitario o en equipo, buscando autoayudas entre ellos, y así conseguir, en muchas ocasiones mejorías sustanciales del síndrome. Evitar cancerofobias.

Los factores psíquicos importantes los padecen un 32% aproximadamente y suelen curarse; guardan un vínculo estrecho con el dolor crónico y habría que considerar la inclusión de la psicoterapia como parte del protocolo terapéutico en todo individuo con dichas formas de dolor. Incluso si el tratamiento medicamentoso lo mejora, es necesario o se sugiere insistir al paciente sobre los componentes conductuales posibles de su problema, y sugerir la psicoterapia, con la que le ofreceríamos un beneficio añadido para disminuir sus molestias afrontando estrategias. Desde luego, es muy difícil para el odontoestomatólogo iniciar estos contactos y conceptos, aún es más difícil que el paciente los acepte; sin embargo, poco a poco, se van introduciendo en servicios odontológicos dichos tratamientos combinados.

Hace unos cinco años que nosotros, en la Facultad de Odontología, venimos colaborando con psicólogos en algunas pacientes con resultados halagüeños.

¿Por qué la necesidad de fonodiólogas?

Es necesaria su colaboración con el odontoestomatólogo en algunas anomalías observadas en estos pacientes, para corregir parafunciones creadas por malos hábitos (tics, bruxómanos).

La existencia de deglución atípica, hábitos anormales frecuentes que producen presión lingual contra los incisivos o molares superiores o inferiores.

Cuando existen interposiciones linguales entre los incisivos anteriores e interposiciones anteriores o laterales, que provocan hernias o depresiones linguales o yugales que debemos evitar.

TRATAMIENTOS MÚLTIPLES

Diothepin: 75/150 miligramos al día. Antidepresivos tricíclicos: 255/75 miligramos al día. Imipramina. Talidomida. «Psicoterapia». Tratamientos que deben durar entre 18 y 24 meses.

Sedotime: 15 miligramos por la noche. Si no se alivia, otra de día. Trata la ansiedad.

Los antidepresivos tricíclicos, a dosis bajas, pueden funcionar como analgésicos. El clorodiacépxido y el diacepán, en comparación con la ADT amitriprilina, pueden producir resultados beneficiosos.

Los antidepresores, si no eliminan del todo el dolor crónico, sí lo disminuyen a niveles menores del 75%, en comparación con grupos similares que no usan dicho fármaco. Se administran durante la noche a dosis de 10 mg/día; dosis que van aumentándose de 10 mg/día.

Las benzodiazepinas no son útiles para combatir el dolor crónico; se suelen administrar para mejorar el sueño que constituye un problema a veces.

Muchos de los pacientes, después de un breve tiempo de la mejora del sueño, señalan la persistencia del insomnio a pesar de su administración.

Factores nutricionales: déficit de vitaminas B1, B6, B12, ácido fólico.

Dieta: Estos pacientes deben evitar ciertos alimentos que contienen tiramina, como son el vino, habas, judías, quesos duros, chocolate. No deben tomar alcohol. Se deben prescribir pautas de higiene bucal. Se deben evitar las parafunciones.

Es necesario tratar las alergias si existieran. «Psicoterapia», para evitar la ansiedad, depresiones, irritabilidad, etcétera.

Por todo lo expuesto, deducimos que una ocupación o entretenimiento sería necesaria para la mejoría de estos pacientes, sobre todo en el caso de los ancianos. Son muchas las personas mayores de 65 años que están solas muchas horas al día, y suelen añorar a los hijos o familiares que se han alejado de ellos por causas diversas. El 100% tiene problemas afectivos o depresiones más o menos graves.

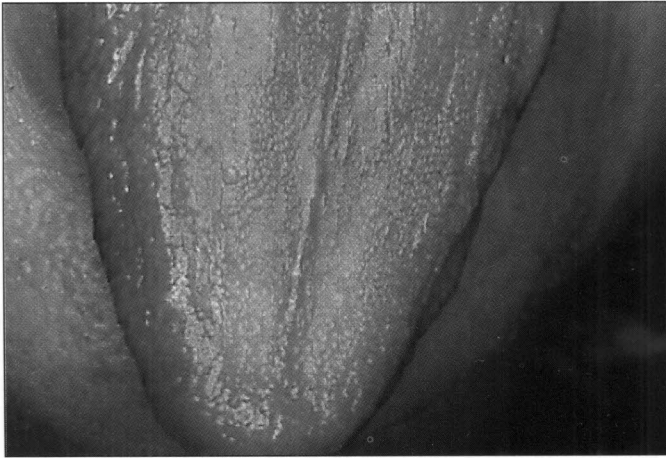


Figura 5: Anemia ferropénica y queilitis angular.

Soledad, drogas, vicios de familiares, suelen ser las causas primordiales. En estas páginas queda reflejado cuanto hemos podido conocer hasta hoy. Nuevas investigaciones y avances en el estudio nos irán aclarando este campo aún oscuro, en cuanto a la génesis y tratamiento de la enfermedad.

CORRESPONDENCIA

Rafael Caballero Herrera. Facultad de Odontología.
Universidad de Barcelona. Feixa Llarga, s/n.
Campus Universitario de Bellvitge. 08907 Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Begdhal J, Anneroth G, Perris H: Personality Characteristics of patients with resistant burning mouth syndrome. *Acta Odontol Scand*, Oslo, 1995; 53: 7-11.
2. Begdhal J, Anneroth G, Anneroth I: Clinical study of patients with burning mouth. *Scand J Res, Munksgaard* 1994; 102: 299-305.
3. Lamey P J: Síndrome de estomatodinia. *Arch Odontostomatol*; MAO Lewis 1989; 5: 554-8.
4. Presman S. Tomo VI. Editado en 1991.
5. Grispan J. Tomo I, pág. 170. Edición de 1971.
6. Bardley R M, Sturdee D W, Davenport J C: *Patients*

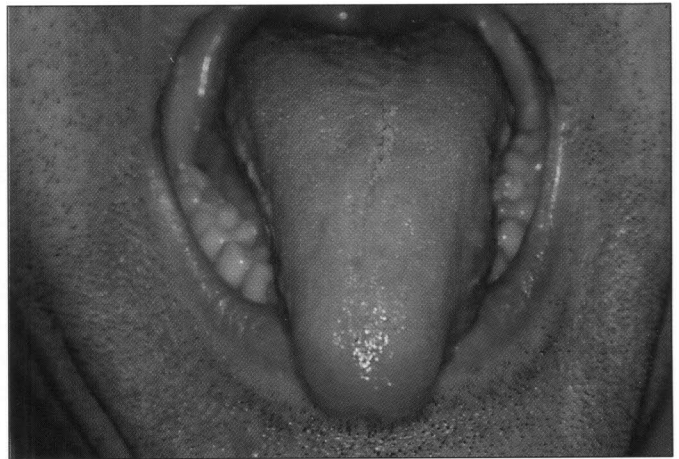


Figura 6: Lengua depapilada, roja, por roce con incisivos inferiores; mujer ansiosa. Se quejaba de glosopirosis.

with burning mouth: A clinical investigation of causative factors, including the climateric and diabetes. Págs. 145-9, 1978.

7. Bardley R M: *Salivary Secretion. Smell and Taste in Health and Diseases.* Raven Pres, Nueva York, 1991, pág. 127.
8. Gilpn S F: Glosodynia. *Jawa* 1936; 106: 1722.
9. Grushk: Clinical features of burning mouth syndrome, 1987; 63: 30.
10. Lamey P J: The ness of the scale in assessing anxiety and depression in patients with burning mouth syndrome. *Oral Med Oral Pathol* 1989; 67: 390-2.
11. Ralph W J, Pearson J R: Burning mouth. *Acad Report. Gerontodontics* 1988; 4: 41-2.
12. Wardrop R W, Hailes J, Burger H: Read Pc. Oral discomfort at menopause. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67: 535, 4.^a.
13. Domb G H, Cholera: Ther burning mouth and tongue. *Ear Nose Throat J* 1981; 60: 310-4.
14. Litle J W: The effect of steroid hormones on buccal mucose of menopausal women. *Oral Surg* 1975; 40: 346-53.