

Boca seca y boca ardiente

Dry mouth and burning mouth

Chimenos Küstner E*

RESUMEN

La saliva es esencial para mantener la salud oral. El 99% de su composición es agua. El desencadenante más común de boca seca es la toma de medicamentos, generalmente acompañada de escasa ingesta de líquidos. Entre sus complicaciones cabe destacar xerostomía, disgeusia y ardor bucal, entre otras. Estos síntomas son tríada frecuente del síndrome de boca ardiente (SBA). Su etiología es imprecisa y multifactorial, sin datos clínicos o de laboratorio específicos. En su patogenia intervienen factores locales, sistémicos y psicológicos. Es común la asociación de hábitos parafuncionales evidentes, dentarios y linguales, con repercusión en tejidos duros (desgaste, ATM) y blandos (lesiones facticias, irritación de papilas linguales). Afecta más a mujeres en edad perimenopáusica, en proporción hasta 7:1 respecto a los hombres. A menudo se asocian ansiedad o depresión. En este trabajo se propone la parafunción deglutoria como parte integrante del síndrome.

Palabras clave: Xerostomía, disgeusia, ardor bucal, parafunción.

SUMMARY

Saliva is essential to maintain the oral health. 99% of its composition is water. The most common trigger of dry mouth is taking medication, usually accompanied with low fluid intake. Its complications include xerostomia, dysgeusia and burning mouth, among others. These symptoms are a common triad of burning mouth syndrome (BMS). Its etiology is multifactorial, vague and without specific clinical or laboratorial data. In its pathogenesis are involved local, systemic and psychological factors. As common associations are evident dental and lingual parafunctional habits, with impact on hard tissues (dental wear, TMJ) and soft tissues (factitious injury, irritation of tongue papillae). BMS affects more women in perimenopausal age, in proportion up to 7:1 compared to men. Often anxiety or depression are associated. In this work the swallowing parafunction as part of the syndrome is discussed.

Key words: Xerostomia, dysgeusia, burning mouth, parafunction.

Fecha de recepción: 15 de enero de 2014.

Aceptado para publicación: 19 de marzo de 2014

* PhD, DDS, MD. Profesor Titular de Medicina Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Barcelona.
Email: echimenos@ub.edu

Chimenos Küstner E. Boca seca y boca ardiente. *Av. Odontoestomatol* 2014; 30 (3): 117-120.

CONSIDERACIONES PREVIAS

La saliva es esencial para mantener la salud oral. El 99% de su composición es agua. La deshidratación provoca hiposecreción salival, afectando primero las glándulas salivales menores y más tarde las mayores. Esta ecuación no depende de la edad. Es impor-

tante tener en cuenta que tanto para prevenir como para tratar la boca seca se requiere una ingesta de líquidos suficiente. El equilibrio hidrosalino viene regulado por (1,2):

1. El sistema nervioso central (SNC).
2. Mecanismos neurofisiológicos (sed/ingesta).
3. Mecanismos neuroendocrinos (hormona ADH).

4. Metabolismo de glúcidos y lípidos (agua endógena).
5. Eliminación (vía renal, respiratoria, sudoración, leche, aparato digestivo, etc.).
6. Aquaporinas 0-12 (proteínas de membrana) (3). El desencadenante más común de boca seca es la toma de medicamentos (Figura 1).

COMPLICACIONES DE LA BOCA SECA

Aunque es un tema que se trata en mayor detalle más adelante, cabe destacar como manifestaciones más frecuentes que complican el cuadro de la sequedad bucal las siguientes (4-6):

1. Xerostomía y xeroftalmía (sensación de sequedad de boca y ojos).
2. Ardor bucal (sensación de escozor y otras parestesias).
3. Disgeusia/halitosis (trastornos del gusto y mal aliento, real o supuesto).
4. Dificultad fonatoria.
5. Dificultad masticatoria.
6. Dificultad deglutoria.
7. Dificultad de adaptación a las prótesis.

SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE (SBA)

Se trata de una manifestación diagnosticada cada vez con mayor frecuencia, que puede acompañar a la boca seca. Recibe también otros nombres, como: boca escaldada, ardor bucal, glosodinia y estomatopirosis entre otros. Consiste en dolor urente o sensación de ardor, escozor o picazón, a veces aspereza, sobre todo en la lengua, paladar duro y labio inferior. Su etiología es imprecisa y multifactorial, sin datos clínicos o de laboratorio específicos. En su patogenia intervienen factores locales, sistémicos, psicológicos. Cabe destacar la asociación de diversos hábitos parafuncionales evidentes. Tiende a evolucionar de forma crónica, con períodos de exacerbación y mejoría, durante meses o años.

Epidemiología

Su prevalencia estimada varía entre el 0,7% y el 15%, aunque faltan criterios diagnósticos rigurosos que lo



Fig. 1. Paciente de 75 años, sometido a tratamiento crónico farmacológico múltiple, por enfermedad de Parkinson (EP) e hiperplasia benigna de próstata (HBP). Obsérvese la distribución (por zonas) y densidad de la saliva (grumosa).

corrobores. Afecta a mujeres en una proporción que varía entre 3:1 y 7:1 respecto a los hombres. La diferencia entre géneros podría atribuirse a factores biológicos, psicológicos y socioculturales, poco definidos. Es rara su presencia en pacientes menores de 30 años y no se ha descrito *nunca* en niños o adolescentes. Es más frecuente en mujeres peri o postmenopáusicas, que a menudo sufren ansiedad o depresión (7,8).

Aspectos clave del diagnóstico

Se manifiesta por dolor urente, picor o sensación de aspereza o arenosa en la lengua, los labios o cualquier otra localización mucosa. En ocasiones el paciente expresa sensación de boca seca, que no discrimina del ardor. Es común la percepción alterada de sabores (disgeusia). Con frecuencia existe el antecedente de un tratamiento odontológico reciente (*factor local*), que le ha comportado malestar. A menudo se trata de un paciente polimedicado (*factor sistémico*). Los fármacos provocan sequedad de boca y disfagia, desencadenando *parafunción deglutoria*. La deshidratación y una dieta inadecuada pueden agravar el cuadro. Suele acompañarse de ansiedad o depresión (*factor psicológico*), por situaciones de estrés crónico (problemas familiares, laborales o de otra índole), que inducen al paciente a

desarrollar ciertos hábitos estereotipados repetitivos o tics (*parafunción*), cerrando el círculo del SBA (Figura 2) (9).

Consecuencias

Al explorar la cavidad oral, se pueden observar signos de apretamiento o rechinamiento dentario (facetas de desgaste). En la lengua, es fácil identificar improntas dentarias o áreas mordisqueadas, así como la punta enrojecida. Las papilas fungiformes están eritematosas e hipersensibles. En la mucosa yugal y en los labios son frecuentes lesiones facticias. Todo ello puede tener mayor o menor repercusión sobre el complejo articular temporomandibular. En el transcurso del interrogatorio, es fácil observar al paciente tragando saliva de forma reiterativa o realizando movimientos compulsivos, que implican a diversas estructuras orofaciales (9,10).

Comentario final

Los hábitos parafuncionales son clave en el SBA (9). 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. Por ello se detectan mediadores de la inflamación como IL-2 y IL-6, que a su vez propician la aparición de neu-

ropéptidos (sustancia P, neurocininas). El proceso inflamatorio de las papilas gustativas explica cómo el factor mecánico altera la percepción de los sabores. El paciente no suele mantener parafunción 24 horas al día, en función de su estado emocional, los tics vienen o se van. De ahí la intermitencia y fluctuación del dolor, que ha llevado a las distintas clasificaciones. Para cuantificar las molestias es útil recurrir a una escala visual analógica, desde el 0 hasta el 10 (nulo a máximo dolor imaginable), que completan la descripción del cuadro y permite evaluar la evolución del mismo en respuesta a los tratamientos que se instauren (11-14).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ship JA, Fischer DJ. The relationship between dehydration and parotid salivary gland function in young and older healthy adults. *J Gerontol* 1997;52A:M310-9.
2. Eliasson L, Carlén A. An update on minor salivary gland secretions. *Eur J Oral Sci.* 2010;118:435-42.
3. Baum BJ, Zheng C, Cotrim AP, McCullagh L, Goldsmith CM, Brahim JS, et al. Aquaporin-1 gene transfer to correct radiation-induced salivary hypofunction. *Handb Exp Pharmacol* 2009;190:403-18.
4. Marques-Soares MS, Chimenos-Küstner E, Subirà-Pifarré C, Rodríguez de Rivera-Campillo ME, López-López J. Association of burning mouth syndrome with xerostomia and medicines. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005;10:301-8.
5. Pascual-Cruz M, Chimenos-Küstner E, García-Vicente JA, Mezquiriz-Ferrero X, Borrell-Thio E, López-López J. Adverse side effects of statins in the oral cavity. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2008;13:E98-101.
6. Agar M, Currow D, Plummer J, Seidel R, Carnahan R, Abernethy AP. Changes in anticholinergic load from regular prescribed medications in palliative care as death approaches. *Palliat Med* 2009;23:257-65.

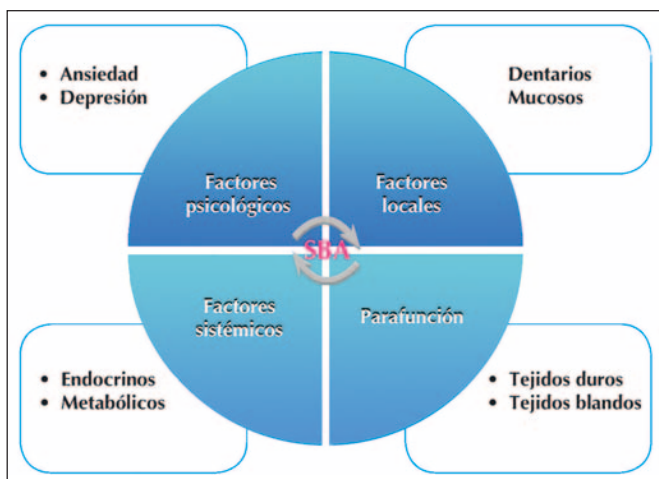


Fig. 2. Factores implicados en el desarrollo del SBA.

7. Chimenos E, Marques MS. Boca ardiente y saliva. *Med Oral* 2002;7:244-53.
8. Femiano F, Lanza A, Buonaiuto C, Gombos F, Cirillo N. Síndrome de boca ardiente (SBA) y alteraciones del gusto: Una hipótesis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009;14 Supl 2:85-90.
9. Chimenos-Küstner E, Arcos-Guerra C, Marques-Soares MS. Síndrome de boca ardiente: claves diagnósticas y terapéuticas. *Med Clin (Barc)*, 2013 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2013.09.027>).
10. Chimenos-Küstner E. El síndrome de boca ardiente en la práctica clínica. *JANO*. 2008;1712:31-4.
11. Rodríguez de Rivera-Campillo E, López-López J. Evaluation of the response to treatment and clinical evolution in patients with burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2013 May 1;18:e403-10.
12. Simcic D, Pezelj-Ribaric S, Grzic R, Horvat, J, Brumini G, Muhvic-Urek M. Detection of Salivary Interleukin 2 and Interleukin 6 in Patients With Burning Mouth Syndrome. *Mediators Inflamm*. 2006;ID54632:1-4.
13. Boras VV, Savage NW, Brailo V, Lukac J, Lukac M, Alajbeg IZ. Salivary and serum levels of substance P, neurokinin A and calcitonin gene related peptide in burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010;15:e427-31.
14. Camacho-Alonso F, López-Jornet P, Molino-Pagán D. Fungiform papillae density in patients with burning mouth syndrome and xerostomia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2012;17:e362-6.

CORRESPONDENCIA

Dr. Eduardo Chimenos Küstner
Campus Universitario de Bellvitge
Departamento de Odontología
Facultad de Odontología
Pabellón de Gobierno
Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

Correo electrónico: echimenos@ub.edu