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. Universitas,

Muier de 60 años que acude presentar dolor. quemazón 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 Neuralgía 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
- - → Causa o consecuencia?????
- Sensación dolorosa o quemante en mucosa oral, generalmente en los dos tercios distales de la lengua y en la punta.
- Sensación de cuerpo extraño en el interior de la boca o de aspereza.
- 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...
- Hábitos parafuncionales que el paciente repite constantemente.
- 5. Halitosis (subjetiva e invalidante).
- 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,

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

Cultivo cándidas.

Pruebas epicutáneas a metales, alimentos, aditivos, conservantes,

fragancias...

Biopsia de lengua, inmunohistoquímica

Valoración psiquiátrica/psicológica.
MUJERES POSTMENOPÁUSICAS MAYOI

TRATAMIENTO

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

Tratamientos TÓPICOS: Capsaicina, tabasco, sialagogos Tratamiento SISTÉMICO:

Antidepresivos: tricíclicos a dosis bajas, ISRS, acción

Risperidona_0,5mg/día

Benzodiacepinas si ansiedad asociada

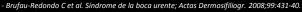
Gabapentina 300-1.600 mg/día (inicio 100) +/- BDZ;

Carbamacepina

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

Pramipexol (agonista de la dopamina)

Terapia COGNITIVO-CONDUCTUAL



- 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.

