



PUESTA
AL DÍA



López Gil, Adela
Licenciada en Odontología.
Especialista Universitario en Medicina Oral.

Parral Sola, Gema M^a
Licenciada en Odontología. Especialista Universitario en Medicina Oral.

López Honduvilla, Blas
Licenciado en Medicina y Cirugía. Licenciado en Odontología. Unidad de Salud Bucodental Villarrobledo I.

Gil Atienzar, M^a Victoria
Licenciado en Medicina y Cirugía. Estomatóloga. Unidad de Salud Bucodental Albacete V. Unidad de Salud Bucodental Pacientes Especiales Albacete.

Somacarrera Pérez, M^a Luisa
Doctora en Medicina. Estomatóloga. Especialista en Medicina oral. Catedrática de Odontología Universidad Europea de Madrid.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:
Adela López Gil
Plaza de la Mancha 16, 6^oS
02001 Albacete
89adelalg@gmail.com
Tel.: 617 579 061

Fecha de recepción: 23 de junio de 2014.
Fecha de aceptación para su publicación:
29 de enero de 2015.

ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE

López Gil, A., Parral Sola, G. M^a, López Honduvilla, B., Gil Atienzar, M^a V., Somacarrera Pérez, M^a L.
Actualización del tratamiento del síndrome de boca ardiente. *Cient. Dent.* 2015; 12; 1: 21-28.

RESUMEN

El síndrome de boca ardiente se considera un "dolor urente en la lengua o en otra localización de la mucosa oral sin signos patológicos específicos con evolución de al menos 4-6 meses", según la Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP). La prevalencia oscila entre el 0,7% - 4,6%, siendo más frecuente en el sexo femenino (7:1) en la etapa peri-postmenopáusica. La etiología es multifactorial, por lo que debemos eliminar los factores locales, sistémicos y psicológicos que como factores precipitantes o consecuentes, están siempre presentes en esta entidad. En cuanto al tratamiento hemos de retirar los agentes causantes de la patología y disminuir en la medida de lo posible la sintomatología.

A pesar de haber obtenido resultados con las terapias descritas en las revisiones sistemáticas y en los estudios clínicos son necesarios más ensayos clínicos aleatorizados, con muestras homogéneas, diseños apropiados y periodos de seguimiento prolongados que permitan evaluar la eficacia clínica y los posibles efectos adversos a largo plazo.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de boca ardiente; Ensayos controlados aleatorizados; Tratamiento farmacológico; Terapia.

UPGRADE TREATMENT OF BURNING MOUTH SYNDROME

ABSTRACT

Burning mouth syndrome is considered a burning pain in the tongue or in another location of the oral mucosa without specific pathological features with the development in at least 4-6 months, according to the International Association for the Study of Pain (IASP). The prevalence ranges from 0.7% - 4.6%, being more common in females (7:1) in the peri-menopausal stage. The etiology is multifactorial, so we must delete local, systemic and psychological factors as precipitating or consequential factors are always present in this entity.

Despite of the results obtained with the therapies described in systematic reviews and clinical studies more randomized clinical trials with homogeneous samples, appropriate designs and longer follow-up periods to evaluate the clinical efficacy and potential adverse effects are needed long term.

KEY WORDS

Burning mouth syndrome; Randomized controlled trials; Pharmacological treatment; Therapy.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de la boca ardiente (SBA) se define por la Asociación Internacional para el estudio del dolor como un “*dolor urente en la lengua o en otra localización de la mucosa oral en ausencia de signos patológicos específicos con evolución de al menos 4-6 meses*”¹ en una mucosa aparentemente normal. El dolor puede en ocasiones estar asociado a otros síntomas como sequedad subjetiva de la boca, parestesias y alteraciones del gusto.

Existe una confusión en la taxonomía, no se trata de una entidad nosológica bien definida.

Otros términos que se han utilizado en la bibliografía para hacer referencia a este síndrome son: glosodinia, estomatodinia, glosopirosis, estomatopirosis, disestesia oral o glosalgia².

ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA

El SBA lo podemos clasificar según la variación diaria de síntomas que refiera el paciente o según la etiología³⁻⁷.

Lamey y Lewis clasificaron el síndrome en tres tipos dependiendo de la variación diaria de los síntomas que refieren los pacientes⁸.

- Tipo I (35%) síntomas empeoran a lo largo del día alcanzando un máximo a últimas horas de la tarde.
- Tipo II (55%): molestias persistentes desde la mañana que se mantienen a lo largo del día.
- Tipo III (10%): dolor intermitente con periodos libres de molestias.

Scala y cols., diferencian dos tipos de SBA según su etiología⁹.

- El SBA primario esencial o idiopático en el que no es posible encontrar causa orgánica subyacente identificable.
- El SBA secundario se caracteriza por presencia de quemazón oral, al cual le podremos atribuir factores etiológicos locales o sistémicos definidos.

El objetivo principal del diagnóstico es identificar los factores causantes o precipitantes ya que el del SBA secundario es susceptible al tratamiento de la etiología.

Distinguiremos entre factores que actúan a nivel local, sistémico y/o psicológico.

Factores a nivel local

• Xerostomía

La xerostomía se presenta en muchas ocasiones como efecto secundario de determinados fármacos (según Marques-Soares solamente los antihipertensivos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina -IECA- y diuréticos se presentaron como factor de riesgo para el síndrome de boca ardiente)¹⁰. También enfermedades sistémicas crónicas como el síndrome de Sjögren o la terapia de radiación cervicofacial, la función fisiológica de secreción salival con respecto a la edad y los estados psicológicos están implicados en la etiología de la xerostomía.

La xerostomía es un síntoma en los pacientes con este síndrome. Sin embargo, la mayoría de los estudios en los que se mide la tasa de flujo salival (en reposo y estimulado), no revelan diferencias significativas con los casos controles. Es decir, la capacidad funcional de las glándulas salivales está preservada¹⁰ (Figura 1).

• Irritación en la mucosa oral

La primera causa de irritación en la mucosa oral es debido a restauraciones dentales sin pulir y prótesis mal ajustadas. También la presencia de hábitos parafuncionales, como mordisqueo, pueden afectar a la mucosa oral. Otra causa puede ser la alimentación o enjuagues que contengan alcohol y productos de contenido ácido que pueden causar irritación de la mucosa oral¹¹. Por último, la existencia de reflujo gastroesofágico y los vómitos frecuentes afectan tanto a los tejidos blandos como a los tejidos duros de la cavidad oral.



Figura 1. Paciente con xerostomía y lengua urente. Depapilación en bordes laterales y fisuras.

Factores a nivel sistémico

• Enfermedades mucocutáneas

La candidosis oral es una patología común en estos pacientes.

Hemos de tener en cuenta que la *Candida Albicans* es un hongo comensal en la boca y que su mera presencia sin hallazgos clínicos no sirve para su diagnóstico. Si existe sospecha de candidosis daremos una terapia antifúngica (nistatina en suspensión oral 100.000 UI/4 veces/día) hasta que la lesión desaparezca, manteniendo el antifúngico el mismo tiempo que hayamos necesitado para resolver el proceso por posibles recidivas (Figura 2).

También hemos de tener en cuenta otras enfermedades mucocutáneas como el liquen plano, reacciones liquenoides, penfigoide benigno de las mucosas, el pénfigo y glositis migratoria.

• Trastornos nutricionales, metabólicos o endocrinos

Enfermedades como la diabetes, el hipotiroidismo, el déficit de hierro, zinc y las vitaminas del complejo B, especialmente vitamina B12 pueden provocar cambios en la mucosa oral y producir xerostomía y sensación de quemazón. Los niveles séricos de vitamina B12 se identificarán sólo en el 50% de los pacientes con enfermedad subclínica y por lo tanto la medición



Figura 2. Paciente con xerostomía y lengua saburral.

de ácido metilmalónico y homocisteína se recomienda como un método más sensible de detección de deficiencia de vitamina B12¹².

Lamey y cols., realizaron un estudio por el cual les administraron a los pacientes vitamina B1, B2 y B6 como tratamiento del SBA primario. Los pacientes con un déficit de vitamina B sintieron mejoría en el 88% de los casos, pero los pacientes sin déficit tan solo mejoraron el 3%⁸.

- La cantidad de ingesta diaria de agua (al menos 1,5-2 L diarios).

Factores psicológicos

Existen estudios que apoyan la etiología multifactorial del SBA, demostrando que la presencia de trastornos psicológicos tales como ansiedad, estrés, depresión, trastornos compulsivos y la cancerofobia afecta negativamente a la calidad de vida de estos pacientes, que por tener un dolor crónico como el que presentan en el SBA pueden agravar esta patología^{13,14}.

CLÍNICA

Los pacientes refieren un dolor urente en la mucosa oral que puede ser descrito como ardor, hormigueo o sensación de entumecimiento. También producirá disgeusia, (alteración de la percepción del gusto). Además de la sequedad oral muchos pacientes advierten tener sed, dolor de cabeza, dolor en la articulación temporomandibular, y sensibilidad o dolor en la masticación, en el cuello, en el hombro, y en los músculos suprahioides.

La intensidad del dolor es variable, oscila entre leve, moderada e intensa.

El dolor es de patrón continuo, paroxismo infrecuente. Puede aumentar en intensidad al final de cada día y rara vez interfiere con el sueño.

La localización del dolor es independiente de la vía nerviosa, a menudo, bilateral y simétrica. Las localizaciones más frecuentes son:

- La lengua, en la punta y en los 2/3 anteriores y los bordes laterales.
- En la porción anterior paladar duro.
- En la mucosa labial-inferior.
- En la encía, la mucosa yugal y el suelo de la boca rara vez están implicados.

La presentación puede ser espontánea o estar relacionada en el tiempo con tratamientos odontológicos recientemente realizados o acontecimientos que provoquen alteraciones emocionales¹⁵.

Existen otros síntomas/signos asociados:

- Cefalea
- Xerostomía
- Odontalgia atípica
- Alteraciones emocionales

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El SBA es una entidad difícil de describir, explicar, diferenciar y clasificar al no haber unos criterios claros y concisos para el diagnóstico. Lo clasificaremos según la etiología, tomando especial interés en realizar una historia clínica completa, una exploración exhaustiva y las pruebas complementarias necesarias para poder establecer el diagnóstico definitivo¹⁶.

- El SBA primario

Identificar en cada caso los factores causantes o precipitantes

- El SBA secundario

Susceptible al tratamiento de la etiología

Realizaremos la **historia clínica** completa y detallada, tanto de las enfermedades sistémicas que padece como de los tratamientos farmacológicos que recibe, ya que algunos fármacos pueden estar implicados en la sensación de xerostomía que refieren en ciertas ocasiones.

Historia del dolor. Hemos de investigar sobre la naturaleza del dolor del paciente, esto puede ayudar a diferenciar la causa que lo provoca, ya que el diagnóstico del SBA se basa en ciertas características clínicas: el inicio del dolor, tanto repentino/intermitente, el aumento progresivo en el dolor durante el día, y la remisión del dolor al dormir, la presentación bilateral y al comer ciertos alimentos (aunque algunos pueden empeorar el dolor). El paciente también puede describir que la sequedad crece y mengua y la presencia de alteraciones del gusto^{17,18}.

En estos pacientes, debemos utilizar una escala para cuantificar el dolor.

La exploración clínica:

- Debemos descartar lesiones en la mucosa oral o signos de irritación.
- Valorar los posibles hábitos parafuncionales (bruxismo, pro-tracción lingual).
- Mediciones de flujo salival (< 0,7ml/min daremos sustitutos salivares).
- Comprobar el estado de las prótesis y adaptarlas si fuera necesario.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LOS COFACTORES LOCALES Y SISTÉMICOS RELACIONADOS CON EL SBA SECUNDARIO

En primer lugar hemos de examinar la cavidad oral, buscar y eliminar posibles causantes que provoquen o agraven la quemazón oral.

Después haremos una medición de los parámetros salivares, que como se explicó anteriormente no tienen por qué estar alterados.

Tras la medición de los parámetros salivares, mandaremos que realicen una analítica, prestando atención a los parámetros hematológicos, deficiencias nutricionales y alteraciones hormonales.

Buscaremos si puede estar causado o no por efectos secundarios a la medicación o debido a hábitos parafuncionales y si el paciente presenta alergias de contacto.

Por último, evaluar el estado psicológico del paciente¹⁹.

ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS DEL SBA

Tras haber descartado y/o eliminado las causas que justifiquen el síndrome de boca ardiente secundario y haber eliminado la causa subyacente, consideraremos que el paciente presenta un síndrome de boca ardiente primario.

Debemos informar al paciente del carácter crónico pero no maligno del síndrome para minimizar el componente psicológico.

El tratamiento del síndrome de boca ardiente está dirigido a la eliminación de la sintomatología. La literatura científica proporciona publicaciones con gran número de intervenciones que tratan de hallar el tratamiento eficaz. Los estudios que se van a incluir en el presente trabajo son ensayos clínicos aleatorizados y otras alternativas de tratamiento basadas en la experiencia clínica²⁰.

Ácido alfa lipoico (ALA)

El ALA es un potente antioxidante, su aplicación principal en la prevención y el tratamiento de neuropatía diabética mediante la disminución en el daño oxidativo del sistema nervioso.

Femiano y cols., han realizado varios estudios usando ALA sistémico o relacionándolo con fármacos tranquilizantes y psicoterapia. En 2004²¹ se realizó un estudio aleatorizado con grupo control con placebo para comprobar la eficacia del control de los síntomas con un tratamiento con psicoterapia durante dos sesiones semanales de una hora durante dos meses, a otros pacientes se les administró ALA 600 mg al día durante dos meses. A otros pacientes la combinación de la psicoterapia y los 600 mg al día de ALA durante dos meses. Al final se observó que se obtuvo el mayor beneficio con la terapia combinada. El seguimiento de estos pacientes fue de un año.

En otro de sus estudios²², se administró ALA sistémico a pacientes con síndrome de boca ardiente que previamente habían sido tratados con tranquilizantes (clordimetildiazepam, lorazepam, bromazepam, fluoxetina y clorhidrato de hidroxicina). Estos respondieron mal a la terapia con ácido alfa lipoico en comparación con aquellos que no habían recibido tratamiento psicotrópico anterior. Se les administró el tratamiento durante dos meses. Es un estudio aleatorizado con grupo control con placebo. La muestra fue de 40 pacientes y el seguimiento fue durante seis meses.

López-D'alessandro y cols., realizaron un estudio de tratamiento combinado con ácido alfa lipoico sistémico y gabapentina, en el cual encontraron que relacionando estos dos fármacos reducían un 70% las molestias orales. En tratamiento fue ALA 600 mg y GABA 300 mg día durante dos meses. La muestra fue de 120 pacientes, en un estudio aleatorizado con grupo control con placebo. El seguimiento de estos pacientes no está disponible en el artículo²³.

Sin embargo, en el estudio de Cavalcanti²⁴, un ensayo controlado con placebo, doble ciego y aleatorizado no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ALA sistémico (800 mg al día) y el grupo placebo. La muestra fue de 38 pacientes, la duración del tratamiento fue de ocho semanas y el seguimiento no está disponible en el artículo.

Capsaicina tópica

El compuesto químico capsaicina o capsáicina (8-metil-N-vanillil-6-nonenamida) es el componente activo de los pimientos picantes. Uno de sus usos en medicina es su acción analgésica. Su eficacia se basa en la estimulación selectiva de las neuronas de las fibras amielínicas C ya que produce la liberación de la sustancia P y también de otros neurotransmisores; para finalmente generar una depleción de la sustancia P, con lo que esto produciría una alteración de la transmisión del dolor a los sistemas centrales produciéndose un fenómeno de desensibilización al dolor.

Silvestre y cols., probaron en su estudio el enjuague de capsaicina al 0,02% tres veces al día durante una semana en 20 pacientes. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la capsaicina tópica y el placebo por la mañana y por la noche pero no por la tarde. Se dedujo que puede usarse para las molestias del síndrome de boca ardiente pero tiene limitaciones. No es de extrañar que se produzcan perio-

dos de mejoría durante la mañana y noche puesto que en la mayoría de los pacientes con síndrome de boca ardiente tienen un pico de dolor durante la tarde y disminuye durante el resto del día. Es un ensayo controlado con placebo, doble ciego y aleatorizado²⁵.

Capsaicina sistémica

Petruzzi y cols., realizaron un estudio comparando la capsaicina sistémica a 0,25% tres veces al día durante un mes con el grupo placebo. Encontraron mejoría significativa intensidad del dolor 80% pacientes La muestra es de 50 pacientes y el seguimiento de los pacientes no está disponible en el artículo. Es un ensayo controlado con placebo, doble ciego y aleatorizado.

El autor del estudio no aconseja tratamientos prolongados por dolor gástrico frecuente.

La capsaicina sistémica ayuda a aliviar los síntomas pero no es un tratamiento definitivo²⁶.

Clorhidrato de benzidamina

La bencidamina es un fármaco utilizado como antiinflamatorio y analgésico de uso tópico, de utilización sobre mucosas oral, genital y sobre la piel. También ejerce sus efectos tomado por vía oral, aunque en estas indicaciones ha sido desplazado totalmente por otros antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) más efectivos.

Sardella y cols., realizaron un estudio por el cual administraban enjuague bucal 0,15% tres veces al día durante cuatro semanas de clorhidrato de benzidamina en una muestra de 30 pacientes en un estudio controlado con placebo, doble ciego y aleatorizado. El seguimiento de los pacientes no está disponible en el artículo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estudio entre el grupo placebo, el grupo no tratado y el grupo al que le administraron el fármaco²⁷.

Gabapentina (GABA)

La GABA es un medicamento originalmente desarrollado para el tratamiento de epilepsia. Posteriormente la GABA se empezó a utilizar para el manejo del dolor, especialmente el de origen neuropático. Fue sintetizada inicialmente para mimetizar la estructura química del neurotransmisor ácido gamma-aminobutírico o GABA y se cree que actúa en los mismos receptores cerebrales. Su mecanismo de acción exacto es desconocido, pero se piensa que su acción terapéutica en el dolor neuropático implica los canales iónicos de calcio tipo N dependientes de voltaje.

Heckmann y cols., realizaron un estudio piloto, por el cual administraban a los pacientes 300 mg/día, máximo de 2.400 mg/día durante 3-4 semanas en 26 pacientes. No se obtuvo ningún efecto, esto puede ser debido a que el SBA no es resultado de disfunción neuropática.

El seguimiento de los pacientes no está disponible en el artículo²⁸.

Clonazepam sistémico y tópico

El clonazepam es un fármaco que se fija a los receptores GABA-A a nivel central y periférico. Su mecanismo de acción consiste en la entrada de cloro a la célula, con lo que consigue una hiperpolarización, e inhibe la neurotransmisión. Provoca el efecto en el sistema nervioso central (SNC). Favorece la vía moduladora descendente del SNC.

- Aparente actividad local, el fármaco interacciona con los receptores periféricos presentes en la mucosa oral, influyendo en densidad y la actividad de receptores.
- Produce efecto ansiolítico, sedante, miorelajante y anticonvulsivante.

Woda y cols., realizaron un ensayo con 25 pacientes a los que se les administró clonazepam tópico 0,5-1 mg 2-3 veces al día durante tres meses. El 40% de los pacientes apreciaron una mejoría total, el 36% mejoría parcial y el 24% ninguna mejoría. Seguimiento no disponible en el artículo. El estudio no fue a doble ciego ni aleatorizado²⁹.

Con resultados semejantes Grushka y cols., realizaron un ensayo con 30 pacientes y le administraron clonazepam sistémico. La dosis inicial fue de 0,25 mg al día, con un incremento en la dosis de 0,25 mg una vez por semana si los síntomas continuaban. El tratamiento fue de dos años. El 43% de los pacientes apreciaron una mejoría total, el 27% mejoría parcial y el 30% ninguna mejoría. El estudio no fue a doble ciego ni aleatorizado³⁰.

Ji-Young y cols., realizaron un estudio con 100 pacientes a los cuales les administraron 0,5 mg de clonazepam sistémico una o dos veces al día durante cuatro semana comparándolo con el grupo placebo. El 75% de los pacientes obtuvo mejoría con el tratamiento. Es un ensayo controlado con placebo, doble ciego y aleatorizado. El seguimiento de los pacientes no está disponible en el artículo³¹.

En éste estudio además de analizar la eficacia del clonazepam sistémico como fármaco para el tratamiento de síndrome de boca ardiente comprobaron que el estado psicológico, la gravedad de los síntomas iniciales y la presencia de xerostomía y/o alteración del gusto pueden servir como predictores del resultado de la terapia de clonazepam en los pacientes con síndrome de boca ardiente, por los cuales si presentan uno o más de estos factores disminuirá la eficacia del tratamiento.

Greteau-Richard y cols., realizaron un estudio con 48 pacientes a los cuales se les administró 3 mg al día de clonazepam tópico durante dos meses comparándolo con el grupo placebo. El 72% de los pacientes obtuvo mejoría con el tratamiento. El seguimiento de los pacientes fue de seis meses. Es un ensayo controlado con placebo, doble ciego y aleatorizado. Como efectos secundarios los pacientes refirieron adormecimiento, aumento de quemazón oral y sequedad oral³².

Vitaminas B

La carencia de la vitamina B o tiamina provoca enfermedades como el beriberi y el síndrome de Korsakoff. Otras deficiencias

no muy severas incluyen problemas conductuales a nivel del sistema nervioso, irritabilidad, depresión, falta de memoria y capacidad de concentración. Una de las pruebas que diagnostica la deficiencia de tiamina, consiste en medir la actividad de las transacetilasas en los eritrocitos.

La vitamina B2 o riboflavina es necesaria para la integridad de la piel y las mucosas. En humanos, los signos y síntomas observados en la deficiencia de riboflavina incluyen labios agrietados y rojos, inflamación de la lengua, agrietamiento en los ángulos de la boca (queilitis angular), úlceras en la boca y garganta adolorida. La deficiencia también puede causar piel seca, fluidos en las membranas mucosas y anemia por deficiencia de hierro.

La vitamina B6 o piridoxina interviene en la elaboración de sustancias cerebrales que regulan el estado de ánimo, como la serotonina, pudiendo ayudar, en algunas personas, en casos de depresión, estrés y alteraciones del sueño. Además interviene en la síntesis de GABA, neurotransmisor inhibitorio muy importante del cerebro.

Lamey y cols., realizaron un estudio por el cual le administraron a los pacientes tiamina, riboflavina, piridoxina para tratar el síndrome de boca ardiente. Los pacientes con un déficit de vitamina B sintieron mejoría en el 88% de los casos, pero los pacientes sin déficit tan solo mejoraron el 3%⁸.

Hormonas

La mayor parte de los pacientes que tienen síndrome de boca ardiente son mujeres peri-postmenopáusicas. En esa etapa de la vida, las mujeres sufren grandes cambios fisiológicos y alteraciones psicológicas que agravan la patología. Se ha propuesto administrar terapia de reemplazo de estrógenos debido a la deficiencia de hormonas ováricas y a los cambios atróficos en mucosa oral³³.

Antipsicóticos

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) son una clase de compuestos típicamente usados como antidepresivos en el tratamiento de cuadros depresivos, trastornos de ansiedad, y algunos trastornos de personalidad.

La amisulprida es un fármaco antipsicótico con afinidad a D2/D3 del receptor dopaminérgico. A dosis bajas, se bloquean preferentemente los receptores D2/D3 presinápticos y produce secreción de dopamina responsables de sus efectos desinhibitorios. Se utiliza para el tratamiento de la esquizofrenia.

Maina y cols., realizaron un ensayo controlado sin placebo, doble ciego aleatorizado, utilizando amisulprida 50 mg al día e inhibidores selectivos de la serotonina (ISRS): paroxetina 20 mg al día, sertralina 50 mg al día en 76 pacientes durante ocho semanas.

Los pacientes a los que se les administró sertralina y la paroxetina mejoraron un 70% y un 72% tras varias semanas. La amisulprida alivió los síntomas del SBA la primera semana de tratamiento en el 70% de los pacientes, por lo tanto es un fármaco que actúa rápidamente en la cavidad oral³⁴.

La olanzapina es un antipsicótico atípico, aprobado por la FDA para el tratamiento de la esquizofrenia o algún otro trastorno de agresividad patológica como episodios depresivos asociados con el trastorno bipolar.

Este fármaco tiene una menor afinidad por los receptores de la histamina, los muscarínicos y α -adrenérgicos.

Nobuhisa Ueda., probó la olanzapina como fármaco para el tratamiento del síndrome de boca ardiente. Dos mujeres, una de 54 años que tras el fracaso del tratamiento con milnazipram le administraron durante una semana 2,5 mg al día de olanzapina, y una mujer de 51 años a la que le administraron 2,5 mg al día durante una y la semana siguiente se le aumentó a 5,0 mg/día. Las pacientes notaron una reducción en los síntomas sin experimentar síntomas graves. En artículo no está disponible el tiempo de seguimiento de estas pacientes.

Este fármaco puede ser una alternativa terapéutica pero se deben realizar ensayos clínicos aleatorizados para comprobar su verdadera eficacia³⁵.

Antidepresivos

La trazodona es un fármaco antidepresivo de segunda generación del grupo de las fenilpiperacinas de los antagonistas e inhibidores de la recaptación de serotonina, con efecto ansiolítico e hipnótico. Funciona al aumentar la cantidad de serotonina en el cerebro.

Tammiala-Salonen y cols., realizaron un ensayo controlado sin placebo, doble ciego y aleatorizado, utilizando trazodona 200 mg/día durante ocho semanas en 37 pacientes. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre trazodona y placebo. El artículo no refiere el tiempo de seguimiento de estos pacientes³⁶.

Psicoterapia

Las terapias cognitivo-conductuales son orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición.

Komiyama y cols., realizaron un estudio para el tratamiento del síndrome de boca ardiente primario a partir de terapia cognitivo-conductual en 24 pacientes. Los pacientes tuvieron dos sesiones de terapia, separadas en el tiempo seis meses. La intensidad del dolor y la ansiedad había disminuido después de ambas sesiones en los pacientes. No es un estudio aleatorizado, doble ciego³⁷.

Miziara y cols., realizaron un estudio para el tratamiento del SBA primario a partir de terapia cognitivo-conductual en 44 pacientes (24 recibieron terapia y 20 el placebo). De los pacientes que recibieron la terapia, el 70,8% obtuvieron alguna mejoría. No es un estudio aleatorizado, doble ciego³⁸.

NUEVAS TERAPIAS ALTERNATIVAS

Acupuntura

Saradella y cols., realizaron un estudio piloto utilizando la acupuntura como método para eliminar los síntomas del SBA. La muestra para el estudio fue de 10 pacientes diagnosticados de ésta patología. Midieron el dolor oral mediante la escala analógica visual (VAS). El tratamiento consistió en 20 sesiones de acupuntura durante ocho semanas. La mejoría de estos pacientes fue estadísticamente significativa.

Este estudio piloto tiene varios errores, en primer lugar no fue aleatorio, ciego o controlado con placebo, la muestra es demasiado pequeña y ocho semanas de acupuntura son muy pocas para que haga efecto el tratamiento. Se necesitan más ensayos para comprobar la eficacia del tratamiento³⁹.

Hipnosis

Abrahamsen y cols., realizaron un estudio en 2008 utilizando la hipnosis como método para eliminar los síntomas del síndrome de boca ardiente. Es un estudio ciego, controlado, compuesto por 41 pacientes con dolor orofacial ideopático persistente (PIOP) en el que se probó el efecto de la hipnosis durante cinco sesiones individuales durante una hora en comparación con el placebo, que tan solo utilizaron técnicas de relajación.

Resultados estadísticamente no significativos pero si positivos. Estudio no aleatorizado, no doble ciego⁴⁰.

Aloe vera

López-Jornet y cols., realizaron un estudio en 2013 utilizando 0,5 mg de aloe vera y un protector lingual como método para eliminar los síntomas del SBA en 75 pacientes durante tres

meses. Dividieron en tres grupos el estudio, al primero solo le dieron un protector lingual, al segundo protector lingual y aloe vera y al tercero solo un placebo. Los síntomas de los tres grupos fueron evaluados mediante la escala analógica visual, mientras que los perfiles psicológicos de pacientes fueron evaluados utilizando la escala Hospital de Ansiedad-Depresión y su calidad de vida mediante el Perfil de Impacto de Salud Oral 49 (OHIP-49). Los resultados no fueron estadísticamente significativos en ninguno de los grupos pero se obtuvieron resultados positivos. Es un ensayo controlado con placebo, doble ciego y aleatorizado⁴¹.

CONCLUSIONES

El SBA tiene una etiología incierta, por lo que es difícil definir un único protocolo de tratamiento.

Es fundamental la unificación de criterios definitorios y la búsqueda de métodos clínicos que permitan establecer un diagnóstico preciso.

Es importante proporcionar la información adecuada al paciente para reducir el estrés y la ansiedad que, como factores precipitantes o consecuentes, están siempre presentes en esta entidad.

A pesar de haber obtenido resultados con las terapias descritas en las revisiones sistemáticas y en los estudios clínicos son necesarios más ensayos clínicos aleatorizados, con muestras homogéneas, diseños apropiados y periodos de seguimiento prolongados que permitan evaluar la eficacia clínica y los posibles efectos adversos a largo plazo.



BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.iasp-pain.org//AM/Template.cfm?Section=Home>
2. Fedele S, Fricchione G, Porter S R Burning mouth syndrome (stomatodynia). *Q J Med* 2007; 100: 527-530.
3. Maltsman-Tseikhin A, Moricca P, Niv D. Burning mouth syndrome: will better understanding yield better management? *Pain Pract* 2007; 7(2): 151-62.
4. Hakeberg M, Hallberg LR-M, Berggren U. Burning mouth syndrome: experiences from the perspective of female patients. *Eur J Oral Sci* 2003; 111(4): 305-11.
5. Wardrop RW, Hailes J, Burger H, et al. Oral discomfort at the menopause. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1989; 67: 535-540.
6. Vlaho Brailo, Vanja Vuèæviæ-Boras, Iva Z Alajbeg, Ivan Alajbeg. Significado de diferentes variables en 150 pacientes con síntomas de ardor oral y síndrome de boca ardiente. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 12(3): 159-163.
7. Buchanan J, Zakrzewska J. Burning mouth syndrome. *BMJ Clin Evid* 2008; 3: 1301.
8. Lamey PJ, Lewis MAO. Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. *Br Dent J* 1989; 23: 187-200.
9. Scala A, Checchi L, Montevecchi M, Marini I. Update on burning mouth syndrome: overview and patient management. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14(4): 275-291.
10. Marques-Soares MS, Chimenos-Küstner E, Subirá-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.
11. Mock D, Chugh D. Burning Mouth Syndrome. *Int J Oral Sci* 2010; 2(1): 1-4.
12. Silvestre-Rangil J, Silvestre FJ, Tamarit-Santafé C, Bautista D. Burning mouth syndrome: Correlation of treatment to clinical variables of the disease. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(7): 890-4.
13. Chimenos E, Marques MS. Boca ardiente y saliva. *Med Oral* 2002; 7: 244-53.
14. Torgerson R. Burning mouth syndrome. *Dermatol Ther* 2010; 23: 291-298.
15. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Andujar-Mateos P, Sánchez-Siles M, Gómez-García F. Burning mouth syndrome: Update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 15(4): 562-8.
16. Scala A, Checchi L, Montevecchi, Marini I, Giamberardino M.A. Update on Burning Mouth Syndrome: Overview and Patient Management. *Crit Rev Oral Biol Med* 2003; 14(4): 275-291.
17. Rivinius C. Burning mouth syndrome: Identification, diagnosis, and treatment. *J Am Assoc Nurse Pract* 2009; 2: 423-429
18. Souza F. The impact of burning mouth syndrome on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9: 57-62.
19. Cassol Spanemberg J, Cherubini K, Zancano de Figueiredo M.A, Soares Yurgel L, Goncalves Salum F. Aetiology and therapeutics of burning mouth syndrome. *Gerodontology* 2012; 29: 84-89.
20. Moraes M, do Amaral Bezerra B.A, Pedro Carlos da Rocha Neto, Azevedo de Oliveira Soares A.C, Pereira Pinto L, de Lisboa Lopes Costa A. Randomized trials for the treatment of burning mouth syndrome: an evidence-based review of the literature. *Oral Pathol Med* 2012; 41: 281-287.
21. Femiano F, Gombos F, Scully C. Burning mouth syndrome: the efficacy of lipoic acid on subgroups. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18:676-678.
22. Femiano F, Gombos F, Scully C. Síndrome de boca ardiente. Estudio de la psicoterapia, medicación con ácido alfa- lipoico y combinación de terapias. *Med Oral* 2004; 9: 8-13.
23. López-D'alessandro E, Escovich L. Combination of alpha lipoic acid and gabapentin, its efficacy in the treatment of Burning Mouth Syndrome: A randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2011; 16(5): 635-40.
24. Cavalcanti and FRX da Silveira Alpha lipoic acid in burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med* 2009; 38: 254-261.
25. Silvestre FJ, Silvestre-Rangil J, Tamarit-Santafé C, Bautista D. Application of a capsaicin rinse in the treatment of burning mouth syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2012; 17(1): 1-4.
26. Petruzzi M. Systemic capsaicine burning mouth syndrome: short-term of a study pilot. *J Oral Pathol Med* 2004; 33:111-4.
27. Sardella A, Uglietti D, Demarosi F. Benzydamine hydrochloride oral rinses in management of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 88: 683-6.
28. Heckmanna S.M, Heckmann J.G, Ungethuma A, Hujolc P, Hummel T. Gabapentin has little or no effect in the treatment of burning mouth syndrome - results of an open-label pilot study. *Eur J Neurol* 2006; 13: 6-7.
29. Woda A, Navez ML, Picard P, Gremeau C, Pichard-Leandri E. A Possible therapeutic solution for stomatodynia (burning mouth syndrome). *J Orofac Pain* 1998; 12: 1-6.
30. Grushka M, Epstein J, Moot A. An open label, dose escalation. Pilot study of the effect of clonazepam in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 131: 442-446.
31. Ji-Young K, Moon-Jong K, Sang-Goo L, Hong-Seop K. Outcome predictors affecting the efficacy of clonazepam therapy for the management of burning mouth syndrome. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55: 755-761.
32. Gremeau-Richarda C, Wodaa A, Navezb M, Attalc N, Bouhassirac D, Gagnieud MC, Lalluquee JC, Picardf P, Pionchona P, Tuberta S. Topical clonazepam in stomatodynia: a randomized placebo-controlled study. *Pain* 2004; 108, 51-57.
33. Ros Lluch N, Chimenos Küstner E, López López J, Rodríguez de Rivera Campillo ME. Síndrome de ardor bucal: actualización diagnóstica y terapéutica. *Av Odontostomatol* 2008; 24(5): 313-321.
34. Maina G, Vitalucci A, Gandolfo S, Bogetto. Eficacia comparativa de los ISRS y amisulprida en síndrome de boca ardiente: un estudio simple ciego. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 38-43.
35. Nobuhisa U. Two cases of burning mouth syndrome treated with olanzapine. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 62: 359-361.
36. Tammiala-Salonen T, Forsell H. Trazodone in burning mouth pain: a placebo-controlled, double-blind study. *J Orofac Pain* 1999; 13(2): 83-8.
37. Komiyama O, Nishimura H, Makiyama Y, Iida T, Obara R, Shinoda M, Kobayashi M, Noboru. Group cognitive-behavioral intervention for patients with burning mouth syndrome. *J Oral Sci* 2013; 1: 17-22.
38. Miziara ID, Filho BC, Oliveira R. Group psychotherapy: an additional approach to burning mouth syndrome. *Psychosom Res* 2009; 67(5): 443-8.
39. Sardella A, Lodi G, Tarozzi M, Varoni E, Franchini R, Carrassi A. Acupuncture and Burning Mouth Syndrome: A Pilot Study. *Pain Practice*. *Pain Pract* 2013; 13: 1530-7085.
40. Abrahamsen R, Baad-Hansen E, Svensson P. Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain - Clinical and psychosocial findings. *Pain* 2008; 13644-52.
41. López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Molino-Pagan D. Prospective, randomized, double-blind, clinical evaluation of Aloe vera Barbardensis, applied in combination with a tongue protector to treat burning mouth syndrome. *J Oral Pathol Med* 2013; 42(4): 295-301.