



XVII Congreso Virtual
Internacional de Psiquiatría

#interpsiquis - del 1 al 29 de Febrero

SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Blanca Sánchez Sánchez, Paloma Muñoz-Calero Franco, Belén Saínez de la Maza Cantero, Rubén Martín Aragón, Natalia Rodríguez Criado, Rocío Villameriel Carrión

Hospital Universitario de Móstoles

blanca.sanchez.cc@gmail.com

RESUMEN

Se realiza una revisión de lo publicado en torno al Síndrome de la Boca Ardiente o Urente a propósito de un caso clínico estudiado en las Consultas de Salud Mental. Se trata de una paciente que es derivada a nuestro servicio tras acudir previamente a otros especialistas para estudio de las características del cuadro bucal que presenta llegando a realizar un diagnóstico diferencial con patología psicótica. El Síndrome de la Boca Ardiente es una entidad nosológica caracterizada por dolor y ardor bucal, en ausencia de cambios o lesiones en la mucosa bucal. Se desconocen los mecanismos causantes de las sensaciones desagradables que lo caracterizan, parece jugar un papel muy importante el componente psicológico así como alteraciones del sistema nervioso central y periférico.

SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

INTRODUCCIÓN

Queremos ilustrar a partir de un caso clínico real las dificultades que pueden surgir a la hora de identificar, diferenciar, diagnosticar y tratar la sintomatología del denominado Síndrome de la Boca Urente o Ardiente. En nuestro caso debido a la evolución posterior, la respuesta a tratamiento y a las pruebas y estudios médicos realizados se confirmará, tras realizar un escrupuloso diagnóstico diferencial, la presencia en nuestra paciente de dicho síndrome. Finalmente haremos una pequeña discusión acerca de esta patología, profundizaremos en la variada clínica que puede asociar y como se reflejaba en nuestra paciente.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta

Paciente de 70 años derivada por su Médico de Atención Primaria a nuestro Centro de Salud Mental por "alteración del gusto ya estudiada en Neurología, digestivo y maxilofacial descartando patología orgánica. Se ha probado con varios fármacos estimulantes de la salivación sin mejoría tampoco. Habitualmente tomaba Lormetazepam 2mg/noche por problemas de insomnio que se ha ido bajando progresivamente a 1/4 por si tuviera relación la sintomatología que refiere. Toma Bromazepam 1.5mg por ansiedad. No ha presentado ninguna mejoría y continua con insomnio. Ha probado cambiar el Lormetazepam por Distraneurine, lorazepam y zolpidem sin resultados tampoco y sin mejoría del sueño, por lo que se remite para valoración de la conveniencia de utilizar algún antidepresivo que en su momento rechazó".

Antecedentes personales

Somáticos

- Alergia a Penicilina, derivados, Cefalosp y Antibioticos beta lactámicos
- HTA
- Hipercolesterolemia
- Asma. En seguimiento por Neumología
- Ingreso en Neumología (Marzo 2012) con JC: Broncoespasmo + Insuficiencia respiratoria secundaria + Hipoxemia al alta
- Hiponatremia e hipopotasemia leves
- Hipotiroidismo subclínico
- Hernia de Hiato con Reflujo Gastroesofágico, en seguimiento por digestivo
- IQ: Ca. Vesical intervenido (Sigue controles por Urología). Litiasis Renal. Amigdalectomía. Apendicectomía. Faquectomía bilateral.

SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Tratamiento previo

Simvastatina 20 mg: 0-0-1, Lacimen (Lacidipino) 4 mg: 1-0-0, Ác. Acetilsalicílico 100 mg: 1-0-0, Hidroferol 266 mcg amp: 1-0-0. Esomeprazol 40mg 1-0-0, paracetamol 1gr 1-0-1, Bromazepam 1,5 1-0-0.

Psiquiátricos

No refiere. Antecedentes de insomnio en tto con el MAP con lormetazepam 2mg, distraneurine, bromazepam 1,5mg, lorazepam 1mg y zolpidem 5mg.

Antecedentes familiares psiquiátricos

Hija menor en seguimiento en SM.

Tóxicos

Niega.

Biográficos

Natural de Madrid. 4º de una patría de 7 hermanos. Se casó con 22 años, viuda desde hace 19 años. 4 hijos, 6 nietos. Analfabeta (no sabe leer ni escribir), ama de casa. Cobra pensión de viudedad. Vive sola en casa pero recibe ayuda para tareas domésticas de la hija menor. Sale a la calle y tiene buenas relaciones con los vecinos.

Enfermedad actual

La paciente refiere que desde hace unos 15 meses comienza a sentir sabores dulces o amargos en los alimentos que no corresponden. Posteriormente según relata empezó a salivar en exceso y progresivamente ha ido tolerando peor los alimentos hasta el punto de restringir en gran medida su alimentación "el agua me sabe a aceite, la saliva se me hace espuma y estoy escupiéndola todo el rato, si me la trago me sienta mal al estómago y me produce gases, los caramelos me valen cuando los tengo en la boca pero después vuelve la espuma, la comida me sabe mal", "me lavo los dientes y me abrasa la boca, hago enjuagues que me recomendó el otorrino y tampoco me calma". También refiere que desde hace unos meses le "huele todo mal". Tras estudiarla en los Servicios de Neurología, Maxilofacial y Otorrinolaringología han descartado patología orgánica como causa de las alteraciones del gusto que presenta la paciente. Últimamente está peor de ánimo por este tema, piensa mucho en lo que le ocurre ya que le limita en gran medida su vida y le tiene "muy preocupada". Duerme muy mal de siempre pero desde hace unos meses aún peor, se despierta en varias ocasiones por la noche y a pesar de todas las medicaciones que ha probado sigue con insomnio. Asocia el comienzo de las alteraciones en el gusto al cambio de noctamid al genérico lormetazepam pero también afirma que ha preguntado al odontólogo si puede ser a causa de él "como me ha puesto implantes

SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

dentales hace pocos meses a ver si podía ser por eso..." Durante toda la entrevista la paciente permanece escupiendo saliva espesa que es objetivada visualmente.

Exploración física

- TA 134/70
- FC 77 lpm
- Tº 36,2º C - FR: 20 rpm
- Sat O2 97%
- Peso 59,1kg
- Consciente, orientada, eupnéica, afebril. Bien perfundida, hidratada y nutrida. Buena coloración mucocutánea
- Cabeza y cuello: Lengua de aspecto normal sin signos de glositis ni placas sugerentes de micosis. Sequedad de mucosas, otoscopia bilateral normal, carótidas simétricas y rítmicas, no soplos carotídeos, no adenopatías palpables, PVY normal
- AP: Eupneica. MVC sin ruidos añadidos
- AC: Rítmica a 80 lpm, no soplos ni extratonos.
- Abd.: RHA escasos. Blando, depresible, no doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias
- EE: No edemas en MMII. No signos de TVP. Pulsos periféricos presentes y simétricos - E. Neurológica: funciones corticales conservadas, lenguaje fluido y coherente, no afasias ni disartria. Pupilas isocóricas, normorreactivas, movimientos oculares externos conservados, campimetría por confrontación normal, resto de PPCC: normales. Fuerza Muscular 5/5. Sensibilidad conservada. ROT: +++/++++ simétricos. RCP flexor bilateral. Temblor leve postural bilateral. No hipocinesia. Leve rigidez bilateral, mayor izquierda. Marcha cautelosa, con leve aumento de la base de sustentación, braceo algo pobre. No signos meníngeos. No disimetrías ni disdiadococinesias.

Exploración psicopatológica

Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. Adecuada, abordable y colaboradora. No fallos mnésicos ni atencionales. Aspecto cuidado. No alteraciones de la psicomotricidad, deambula con bastón. Lenguaje coherente fluido y espontáneo centrado en la disgeusia y en sus repercusiones físicas. Ansiedad leve. Ánimo bajo reactivo a situación vital reciente. Ligera anhedonia, no apatía ni abulia. A valorar ideas obsesivas y de tipo rumiativo en torno a la alteración sensitiva. No alteraciones en la forma, curso o contenido del pensamiento. Alteración en el sentido del gusto y el olfato, a valorar percepción o interpretación delirante de la salivación. No autoheteroagresividad. No ideación autolítica estructurada en el momento actual. No ideas de muerte. Insomnio mixto. Hiporexia a causa de la disgeusia. Juicio de realidad conservado.

SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pruebas complementarias

Analítica de sangre

- Hemograma: sin alteraciones
- Bioquímica: colesterol 154; bilirrubina 1,3; Fe 184; transferrina y ferritina normales. Resto sin alteraciones
- Hb glicosilada: normal
- Hormonas tiroideas: normales

Resonancia magnética cerebral

Múltiples pequeñas lesiones hiperintensas en sustancia blanca de probable origen isquémico. Las estructuras de la base de cráneo no presentan alteraciones significativas. Los vasos del polígono de Willis y del sistema vértebro basilar, presentan vacío de señal que indica buen flujo en los mismos. No se observan alteraciones morfológicas ni de señal en el parénquima cerebeloso ni del tronco. El 4º ventrículo es de morfología, tamaño y situación normales. Supratentorialmente los ventrículos presentan morfología y tamaño normales. Se observan múltiples pequeñas lesiones hiperintensas, en secuencias potenciadas en T2 en sustancia blanca periventricular y de coronas radiadas, de características inespecíficas, aunque dada la edad del paciente sugieren origen isquémico. No colecciones intra o extraaxiales.

Eco-doppler de TSA: diagnostico

Mínima.ateromatosis de TSA. No estenosis hemodinamicamente significativas. COMENTARIO: En el modo B se aprecia placa ateromatosa de alta ecogenicidad de 7 mm en inicio de AC interna derecha. En el estudio con Doppler pulsado y color, el espectro y las velocidades de la curva de flujo tanto a nivel de ambas carótidas comunes como de las porciones visualizadas de ambas carótidas internas y externas están dentro de límites normales para la edad del paciente, incluso en las áreas donde se ha visualizado placa ateromatosa. En estas áreas, por lo tanto, no existe estenosis significativa. Se aprecia sentido normal de flujo en ambas arterias vertebrales.

Estudio video-eeg poligrafico de vigilia y sueño espontaneo diurno

SISTEMA DE REGISTRO Micromed- Video EEG digital, (electrodos de cápsula) MONTAJES EEG "sistema 10/20" (19 contactos) EMG, pneumograma torácico, ECG, EOG.

ACTIVACIONES Hiperventilación. Estimulación luminosa intermitente (en vigilia al despertar).

CONDICIONES Estudio realizado con buena colaboración.

- EEG DE VIGILIA
- EEG DE REPOSO: La electrogénesis cerebral de vigilia en condiciones basales de reposo con los párpados cerrados, muestra una actividad bioeléctrica cerebral de fondo formada básicamente en regiones parieto-occipitales por ritmo alfa a 8 Hz y de unos 50 microvoltios

SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

de amplitud media, bilaterales, con reactividad a la apertura y cierre de parpados. En áreas rolándicas se registran ritmos mi y ritmos beta.

- Anomalías intercríticas: En áreas Fronto-Temporales se registran algunos brotes de actividades lentas bilaterales o independientes en ambos hemisferios, aparentemente infraclínicos.
- Activaciones:
 - HIPERVENTILACIÓN. La hiperventilación produce una lentificación global en la actividad bioeléctrica cerebral de fondo que desaparece al final de la prueba.
 - ESTIMULACIÓN LUMINOSA INTERMITENTE (ELI):
 - La ELI a frecuencias de 2 y 3 destellos por segundo pone en evidencia potenciales evocados
 - La ELI a frecuencias de 6, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 21, 24, y 27 destellos por segundo provoca inducción occipital, bilateral y simétrica.
- EEG DE SUEÑO
- Se han registrado 2 ciclos de sueño (sueño NREM/sueño REM) y los grafoelementos específicos del sueño parecen estar bien representados, tanto en morfología como en localización.
- No se han objetivado alteraciones poligráficas específicas durante el sueño.
- Anomalías intercríticas. Durante el sueño se activan algunos paroxismos aislados de ondas agudas y ondas lentas/punta-onda en áreas Temporales/Fronto-Temporales, independientes en ambos hemisferios, aparentemente infraclínicos.
- CONCLUSIÓN
 - La electrogénesis cerebral de vigilia muestra la existencia de algunas anomalías focales lentas en áreas Fronto-temporales.
 - La electrogénesis cerebral de sueño muestra la existencia de algunas anomalías multifocales epileptiformes intercríticas (paroxismos de ondas agudas y ondas lentas/punta-onda) en áreas Temporales/Fronto-Temporales.

Diagnóstico

- Síndrome de la boca urente / ardiente
- Trastorno de Insomnio 307.42 (F51.01)
- Anomalías epileptiformes en EEG aparentemente subclínicas.

SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Tratamientos

Tratamiento psiquiátrico actual

Dormodor 30mg 0-0-0-1

Resto de tratamiento médico actual

Simvastatina 20mg 0-0-1

Lacidipino 4mg 1-0-0

AAS 100mg 1-0-0

Hidroferol 266mcg amp 1-0-0

Esomeprazol 40mg 1-0-0

Paracetamol 1gr 1-0-1

Tratamientos psiquiátricos previos con los que no se obtuvo mejoría clínica

Invega 3mg 1-0-0

Trazodona 100mg 0-0-0-1

Quetiapina 100mg 0-0-0-1

Lormetazepam 2mg 0-0-0-1

Bromazepam 1,5mg 0-0-0-1

Zolpidem 5mg 0-0-0-1

Tratamiento pautado por geriatría ante la sospecha de que la disgeusia pudiese ser consecuencia de una epilepsia del lóbulo temporal (tampoco se obtuvo mejoría)

Keppra 250mg 1-0-1

Evolución

La paciente es valorada quincenalmente en el Servicio de Salud Mental e inicialmente el principal objetivo de tratamiento es el insomnio ya que la paciente afirma que una posible causa de las alteraciones del gusto es el tratamiento pautado para el insomnio por su Médico de Atención Primaria, este le pauta "genéricos en vez de los fármacos con marca comercial", por lo tanto los primeros movimientos terapéuticos van encaminados a tratar el insomnio con Noctamid 2mg y Deprax 50mg/día. En las siguientes consultas la Médico de Atención Primaria ha retirado todos los genéricos del tratamiento de la paciente y esta sigue refiriendo las mismas alteraciones en el gusto, también en el olfato y sensaciones alteradas en la cavidad bucal "el agua es como aceite, la saliva se me hace espuma y la boca me sabe mal, he perdido apetito y apenas como porque la comida no me sabe bien así que no me apetece comer", además continua refiriendo insomnio. Ante la sospecha de una interpretación delirante de la salivación se pauta Invega 3mg/día y Deprax 100mg/día con lo que la paciente en la siguiente consulta refiere temblor en MMSS y MMII y dificultad para la marcha "no puedo ni hacerme un zumo porque tiemblo, he dejado de dar paseos porque me da miedo caerme", así como ninguna mejoría en lo referente

SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

a la alteración del gusto o del sueño. En esta visita a la paciente se le retira Invega y añadimos Quetiapina 25mg al acostarse. En las siguientes consultas la alteración del gusto se ha mantenido estable sin variaciones y también ha referido ocasionalmente alteraciones del olfato "todo me huele a aceite, hasta el agua no solo me sabe a aceite sino que también me huele". En lo que respecta al sueño se han ido haciendo diversas modificaciones en el tratamiento pues presentaba un insomnio resistente a pesar de dosis de Deprax 100mg/día y Quetiapina 100mg/día. En la última revisión la paciente refiere que "el tema del sueño está solucionado pero el otro problema está exactamente igual, tengo la boca llenita de grasa...", afirma que descansa una media de 7-8h al día y ha regulado el ciclo de vigilia-sueño con Dormodor 30mg/día y Quetiapina 50mg/día. Posteriormente a comenzar seguimiento en el Servicio de Salud Mental la paciente es valorada por el Servicio de Geriátrica quienes consideran oportuno que dada la clínica de la paciente (disgeusia y episodios de posible cacosmia que tienen como consecuencia pérdida de peso) sería conveniente solicitar un EEG para completar las pruebas complementarias que se poseían de la paciente. Con los resultados de dicho estudio plantean que el origen del cuadro podría estar en una Epilepsia del lóbulo Temporal y pautan Keppra 250mg 1-0-1, al mes de este tratamiento no se observa mejoría en las alteraciones en la percepción del gusto ni del olfato y los familiares refieren mayores dificultades para la marcha. Comentado el caso con el Servicio de Neurología consideran poco probable que estas alteraciones se puedan atribuir a una epilepsia del lóbulo temporal por lo que se suspende Keppra y se asume el diagnóstico de Síndrome de la Boca Urente para lo cual a día de hoy el tratamiento es controvertido y no existen resultados concluyentes.

DISCUSIÓN

El Síndrome de la Boca Ardiente es una entidad nosológica caracterizada por dolor y ardor bucal, en ausencia de cambios o lesiones en la mucosa bucal. El síntoma más referido por los pacientes es el de boca urente o ardiente, sobre todo en mujeres edad media donde coexisten otras situaciones como la presencia de candida, liquen plano, úlceras, lengua geográfica u otras, sin embargo, en otras ocasiones, no se objetiva ninguna causa, siendo lo más característico la sensación de ardor o quemazón en la cavidad oral, llegando a ser insoportable en algunos casos. Los pacientes identifican y describen la sensación de ardor de diversas formas: como escozor, quemazón, picor, prurito, aspereza, pastosidad y una larga lista de percepciones subjetivas. Este Síndrome ha sido descrito históricamente por los síntomas que lo caracterizan en vez de por sus diversas causas, esto hace que la condición física del paciente sea referida con términos diferentes como glosopirosis, estomatopirosis, glosodinia, estomatodinia, distesia oral, etc. Se desconocen los mecanismos causantes de las sensaciones desagradables que lo caracterizan pero parece jugar un papel muy importante el componente psicológico. A pesar de esto, la explicación de algunas características clínicas puede hallarse en alteraciones del sistema

SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

nervioso central y periférico, alteraciones nerviosas perivasculares y fenómenos vasculares tipo vasodilatación o isquemia. La causa última de esta entidad es desconocida en la actualidad pero se ha identificado una amplia asociación de factores locales, sistémicos y psicológicos que hacen suponer una etiología multifactorial, que se suele acompañar de boca seca, trastornos del gusto, polimedicación, etc., además de coexistir estados como ansiedad o depresión. Entre los factores locales podemos destacar: candidiasis bucal, *Helicobacter Pylori*, galvanismo (reacciones electroquímicas), mala higiene bucal (acumulación de placa), hábitos como mordisqueo lingual, labial, yugal, bruxismo, movimientos compulsivos de la lengua (todos relacionados de forma significativa con la ansiedad), reacciones alérgicas, hábito tabáquico, dentaduras mal adaptadas, disfunción de las glándulas salivales, reflujo gastroesofágico, ingesta de bebidas alcohólicas, con cafeína o excesivamente calientes, etc. Entre los factores sistémicos destacan: cambios hormonales (factor más importante, el 90% de las causas en el período menopáusico y postmenopáusico), Diabetes mellitus (neuropatía diabética), enfermedades malignas como el Mieloma Múltiple, nicturia, neurotoxinas (cigÜatera), marcadores tumorales (CEA, CA 19-9, AFP, etc), alteraciones tiroideas, deficiencias nutricionales, medicación (clonazepam, L- tiroxina, ansiolíticos, antidepresivos tricíclicos, anticoagulantes, psicotrópicos, etc), etc. Además en los pacientes con Síndrome de la Boca Ardiente se ha demostrado de manera regular cambios en la personalidad y el humor, destacando como factores psicológicos: depresión, ansiedad, psicosis, estrés, fobia al cáncer, etc., pero existen controversias en sí las alteraciones psicológicas constituyen un evento primario o secundario, ya que son comunes en pacientes con dolores crónicos, pudiendo resultar la causa de esta patología. Por otro lado, actualmente los conocimientos sobre viscosidad salival y su relación con alteraciones clínicas son escasos. Existen opiniones enfrentadas entre los investigadores acerca de la relación entre la viscosidad salival, la capacidad lubricante de la saliva y la humedad de la mucosa bucal. Se cree que los cambios en las características y propiedades de la saliva se ponen de manifiesto en las funciones que esta desempeña en la cavidad bucal; así, la saliva y el flujo salival podrían ser elementos fundamentales en el inicio y mantenimiento de los síntomas en el paciente con Síndrome de la Boca Ardiente. La alteración de la viscosidad, de la concentración de glucoproteínas, la hiposalivación o la hipersalivación probablemente contribuyan a alterar la función lubricante de la saliva y a una percepción alterada de la mucosa bucal. Por lo tanto, se considera que la forma adecuada de lograr el tratamiento más efectivo es identificar los factores que causan el síndrome y abordarlo desde un enfoque multidisciplinario. Así mismo, en estudios recientes se ha objetivado que compuestos como la Gabapentina en combinación con el Ácido Alfa Lipoico podrían ser de utilidad en el manejo terapéutico de esta patología.

SÍNDROME DE LA BOCA ARDIENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

BIBLIOGRAFÍA

1. Eduardo Chimenos Küstner, Maria Sueli Marques Soares . Boca ardiente y saliva. [Internet] Medicina y patología. medicina oral, 2002 [Consulta: 2015-04-22] [Disponibilidad: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v7i4/medoralv7i4p244.pdf>]
2. Luciano-Muscio, R.; Gésime Oviedo, JM.. SÍNDROME DE BOCA ARDIENTE Y SALIVA. [Internet] Acta Odontológica Venezolana VOL 51. N°2. Universidad Central