



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



FORO DE RESIDENTES

FR–Glosodinia: novedades terapéuticas

RF–Burning Mouth Syndrome: New Treatments

H. Cembrero-Saralegui y A. Imbernón-Moya*



Servicio de Dermatología, del Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Glosodinia;
Síndrome de la boca urente;
Tratamiento;
Ácido alfa-lipoico;
Clonazepam

KEYWORDS

Glossodynia;
Burning mouth syndrome;
Treatment;
 α -Lipoic acid;
Clonazepam

La glosodinia constituye una enfermedad médica de etiopatogenia desconocida, con un interés creciente en las últimas décadas. La prevalencia exacta no se conoce, pero se estima entre un 0,7-15% de la población general, siendo más frecuente en las mujeres posmenopáusicas¹. Esta entidad se define clínicamente como una sensación subjetiva diaria de quemazón, escozor y/o dolor asociado ocasionalmente a disgeusia y/o xerostomía, sin objetivarse lesiones en la mucosa oral. Se caracteriza por un curso cró-

nico, ausencia de enfermedad local o sistémica, y elevada prevalencia de comorbilidad psiquiátrica, siendo la depresión y la ansiedad los trastornos más frecuentes².

Actualmente no existen guías de consenso con respecto al manejo terapéutico. Sin embargo, se han utilizado diversas alternativas terapéuticas obteniendo unos resultados modestos con una evidencia científica escasa y de limitada calidad. Los resultados de los ensayos clínicos son de difícil comparación por la heterogeneidad de criterios de selección de pacientes, tratamientos, dosis y medidas de respuesta terapéutica utilizados³.

En la [tabla 1](#) resumimos los diversos tratamientos tópicos y orales que han sido utilizados. Actualmente, los tratamientos que presentan mayor evidencia científica son el ácido alfa-lipoico y el clonazepam³.

El ácido alfa-lipoico es un antioxidante y neuroprotector, que ha demostrado a dosis de 600 mg/día una mejoría de la sintomatología a corto plazo con una eficacia según los estudios entre el 55-90%^{3,4}. El clonazepam puede presentar una mejoría parcial entre el 70-80%, con una duración del efecto de 6 meses^{3,5}. Los factores predictores de mejor respuesta terapéutica al clonazepam incluyen un aumento del flujo salival, una sintomatología más intensa y la ausencia de uso concomitante de otros fármacos psicótropos¹.

La terapia cognitiva durante 6 meses puede ser una alternativa útil para disminuir la intensidad de la sintomatología en un 27% de los pacientes³.

Los inhibidores de la recaptación de la serotonina (ISRS), incluyendo la paroxetina y la sertralina, pueden ser útiles en casos de depresión asociada, siendo la paroxetina la que más evidencia presenta, con una respuesta parcial del 80%

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: adrian.imber88@hotmail.com
(A. Imbernón-Moya).

Tabla 1 Alternativas terapéuticas descritas en la literatura más utilizadas

Tratamientos tópicos	Tratamientos orales
Capsaicina 0,025% crema	Ácido alfa-lipoico 600–800 mg/día
Tabasco diluido en agua 1:8–1:1	Clonazepam 0,5–2 mg/día
Lidocaína 2% gel	Paroxetina 10–30 mg/día
Clonazepam 0,5 mg 1–3 veces al día	Sertralina 50 mg/día
Doxepina 10 mg/ml solución acuosa	Amitriptilina 5–100 mg/día
Sucralfato	Duloxetina 30–60 mg/día
Saliva artificial	Amisulpiride 10–150 mg/día
Sialogogo spray con ácido málico 1%	Gabapentina 300–900 mg/día
Sustitutivos salivales (carboximetilcelulosa y mucinas)	Pregabalina 25–300 mg/día
	Capsaicina 0,25% cápsulas Pilocarpina 5–30 mg/día

tras 12 semanas. Otra ventaja de los ISRS es la ausencia de efectos anticolinérgicos como la sequedad de boca¹.

Los antidepresivos tricíclicos, incluyendo amitriptilina y nortriptilina, y los inhibidores duales como la duloxetina son utilizados habitualmente en trastornos neuropáticos, y se ha sugerido su posible eficacia, pero no existen estudios que lo demuestren³.

Tampoco existen estudios que corroboren la eficacia de la gabapentina y la pregabalina.

Varios estudios demuestran una mejoría parcial con capsaicina tópica 0,02% por bloqueo de la sustancia P, siendo útiles los enjuagues con tabasco disuelto en agua con una proporción 1:8 a 1:1, aunque los resultados son poco significativos^{1,4}.

En conclusión, la glosodinia es un motivo de consulta común que requiere un abordaje terapéutico complejo y multidisciplinar entre distintos especialistas, siendo el dermatólogo un elemento clave. Los datos disponibles actualmente son insuficientes para definir recomendaciones de manejo específico, por lo que el tratamiento individualizado varía según las características del paciente, la comorbilidad, la duración e intensidad de los síntomas y la presencia de xerostomía.

Bibliografía

1. Miziara I, Chagury A, Vargas C, Freitas L, Mahmoud A. Therapeutic options in idiopathic burning mouth syndrome: Literature review. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2015;19:86–9.
2. Kamala KA, Sankethguddad S, Sujith SG, Tantradi P. Burning mouth syndrome. *Indian J Palliat Care.* 2016;22:74–9.
3. Zakrzewska J, Buchanan JA. Burning mouth syndrome. *BMJ Clin Evid.* 2016;2016:1301.
4. Brufau-Redondo C, Martín-Brufau R, Corbalán-Velez R, de Concepción-Salesa A. Síndrome de la boca urente. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:431–40.
5. Lewis AK, Prime SS, Cohen SN. An overview of burning mouth syndrome for the dermatologist. *Clin Exp Dermatol.* 2016;41:119–23.