

Sindrome della bocca urente

Introduzione

Secondo il sistema di classificazione dell' *International Association for the Study of Pain*, per "*Burning Mouth Syndrome*" (BMS) si intende "un'entità nosologica distinta e caratterizzata dalla presenza di un bruciore persistente nel cavo orale in assenza di lesioni e/o alterazioni locali o sistemiche della mucosa orale". (2, 10).

Questa sindrome in letteratura è conosciuta anche con altri nomi quali "*stomatodinia*,"*stomatopirosi*," "*glossodinia*" e "*glossopirosi*" (1,10).

I pazienti affetti da BMS spesso descrivono una sensazione di bruciore del cavo orale associata a xerostomia, bocca dolorante, sapore amaro e metallico, formicolio, assenza della percezione dei sapori con disgeusia e/o ipoageusia, sensazione di punture di spillo; in aggiunta a questi sintomi si rileva inoltre di frequente un concomitante prurito cutaneo. In alcuni casi al bruciore, si possono associare altri sintomi come la secchezza delle fauci ed una difficoltà a deglutire. La sintomatologia della sindrome della bocca urente può essere talora esacerbata dall'assunzione di bevande alcoliche o di cibi piccanti o acidi (peperoncino, limone, pomodoro). A livello sistemico si riscontrano irritabilità, cambiamento delle abitudini alimentari, depressione e nei casi più gravi, un ridotto desiderio di socializzare.

Diversi siti orali sono coinvolti: il più comune è la lingua ma possono essere affetti da tale sindrome anche guance, palato e labbra.

La BMS non possiede delle specifiche caratteristiche; si tratta, infatti, di una sindrome idiopatica che deve essere distinta dal bruciore orale dovuto ad anomalie locali e sistemiche quali deficienze nutrizionali, cambiamenti ormonali dovuti alla menopausa, infezioni locali, lesioni da protesi incongrua, xerostomia, reazioni da ipersensibilità, trattamenti farmacologici ed infine patologie sistemiche come il diabete mellito. E' importante dunque effettuare diagnosi di BMS solamente dopo aver escluso tutte le patologie sopra indicate (10).

La BMS rappresenta una patologia molto comune: i dati osservati in studi recenti sulla sua prevalenza variano tra lo 0,7 % e il 4%, in virtù della mancanza di criteri diagnostici certi (10).

La BMS colpisce prevalentemente le donne nelle loro quarta/ quinta decade di vita (periodo post menopausa), con un rapporto femmine-maschi di 7:1. La sindrome sembra persistere in media dai 2 ai 3 anni (4,10).

Secondo un criterio eziologico la BMS può essere distinta in una forma *primaria* ed una *secondaria*. La forma primaria è idiopatica ed è a sua volta distinta in tre sottogruppi:

- **tipo I:** BMS con bruciore che aumenta progressivamente nell'arco della giornata, sino a raggiungere il suo acme in serata (prevalenza del 35%) ;
- **tipo II:** BMS con bruciore costante nell'arco della giornata (prevalenza del 55%); rappresenta la forma più resistente alla terapia;

- **tipo III:** BMS con bruciore che compare ad intervalli irregolari nell'arco della giornata coinvolgendo siti inusuali (10%).

La forma secondaria invece risulta correlata a fattori eziologici locali o sistemici conosciuti. (10).

Eziologia

Nell'eziologia della BMS sono stati chiamati in causa svariati fattori sistemici e locali (tab. 1). In alcuni pazienti è possibile identificare una o più cause ed in questi casi si parla di una forma secondaria ma nella maggior parte dei casi la malattia rimane idiopatica, ovvero una forma definita primaria.

Nella valutazione clinica della BMS i potenziali fattori eziologici non devono essere esclusi a priori e l'approccio diagnostico deve essere quanto più possibile approfondito. Ovviamente è molto importante escludere la presenza di lesioni mucose, valutare la sede e le caratteristiche dei sintomi e la loro associazione temporale con tutta una serie di possibili fattori eziologici sistemici e locali. L'esame obiettivo della cavità orale non è sufficiente e deve essere supportato da esami di laboratorio quali: biopsia, esami colturali, analisi della saliva, test allergici ed esami ematologici.

In primis va valutata la concomitante presenza nel singolo paziente di altre malattie come la sindrome di Sjögren , la sindrome di Plummer Vinson, caratterizzata da bocca urente, carenza di ferro, cheilite angolare e glossite.

La BMS si associa anche a gastrite cronica, a un'esofagite da reflusso, ad

infezione da *Helicobacter Pylorii*, ad anemia, a carenze vitaminiche e al diabete mellito. Le carenze vitaminiche e di ferro sono state chiamate in causa nella genesi della BMS, ma tali situazioni sono di raro riscontro. Tra le cause di origine sistemica è da citare anche il diabete che, attraverso un meccanismo patogenetico in parte relativo alla neuropatia e microangiopatia, potrebbe essere responsabile dell'insorgenza del bruciore.

In sede di anamnesi è necessario inoltre sempre accertarsi di eventuali terapie farmacologiche in atto che possono aver alterato il microambiente orale; diversi farmaci quali antidepressivi, antipertensivi, antistaminici, antibiotici, ipoglicemizzanti e β -bloccanti possono a volte indurre una secchezza eccessiva del cavo orale e predisporre alla sindrome della bocca urente.

Per quanto riguarda i fattori eziologici locali è necessari annoverare l'assunzione di determinati cibi e farmaci, trattamenti odontoiatrici recenti, presenza di protesi incongrue, la cui collocazione in bocca è correlabile temporalmente alla comparsa dei sintomi, e l'insorgenza di abitudini parafunzionali. Anche le allergie alimentari e/o a materiali estranei sono possibili fattori locali e tra questi sono da considerare l'allergia da contatto ai componenti acrilici di protesi mobili o ai materiali utilizzati in odontoiatria conservatrice. Queste forme di allergia sono comunque molto rare. Altre cause possono essere le irritazioni meccaniche provocate da protesi incongrue e abitudini masticatorie parafunzionali come serramento, digrignamento e ipermobilità

della lingua. La Candida albicans e alcune specie batteriche fusospirillari possono dare bruciore orale particolarmente nei portatori di protesi rimovibili.

Tra le possibili cause di BMS, ancora ricordiamo la lingua a carta geografica, l'eczema da contatto e il traumatismo cronico.

Tabella 1: Cause di stomatopirosi

<u>Fattori locali</u>	<u>Fattori sistemici</u>
Xerostomia (iatrogena o da sindrome di Sjögren)	Deficit vitaminici (B1 B2, B6, B12, acido folico e niacina)
Stomatite allergica da contatto	Anemia sideropenica
Traumatismo cronico	Menopausa
Abitudini parafunzionali (bruxismo, digrignamento, ipermobilità linguale)	Diabete
Lingua a carta geografica	Ipotiroidismo
Gastrite cronica e reflusso gastroesofageo	AIDS
Neuroma dei nervo acustico	Disordini di origine psicosomatica
Nevralgia trigeminale	Depressione
Disfunzioni dell'ATM Ansia	Ansia
	Cancerofobia
	Stress

Diagnosi differenziale

La Sindrome della bocca urente è caratterizzata da un corollario di segni e sintomi, spesso sfumati, per cui solo l'approccio multidisciplinare (odontostomatologo, patologo orale, neuropsichiatra, dermatologo) consente di inquadrare correttamente tale problema sul piano diagnostico, di escludere patologie di altra natura e permettere la diagnosi differenziale con altri quadri clinici come l'[infezione da candida](#), l'[eczema da contatto](#), l'[eritema polimorfo](#), l'[herpes simplex](#), il lichen planus, il pemfigo, la sindrome di Sjögren, il dolore oro-facciale e le odontalgie atipiche, che si presentano, allo stesso modo, con una sintomatologia urente diffusa.

Va detto, ai fini della diagnosi differenziale, che nella maggior parte dei casi di BMS al momento della visita odontostomatologica, il colore delle mucose appare essere normale, contrariamente a quanto avviene per le altre patologie del cavo orale sopra citate

Patogenesi

Secondo un prima ipotesi sembrerebbe giocare un ruolo fondamentale nella patogenesi della BMS una disfunzione della via dopaminergica nigrostriatale con una riduzione della inibizione dopaminergica ed un aumento dell'eccitabilità neuronale.

Secondo altri autori, invece, la BMS rappresenta una forma orale di “dolore fantasma” dovuta ad una lesione delle vie del gusto con conseguente danno al sistema somatosensoriale della lingua.

Secondo altri autori la patogenesi della malattia sarebbe da ricondurre ad alterazioni sensoriali a livello periferico. Recentemente è stato condotto uno studio su un piccolo

gruppo di pazienti affetti da BMS ai quali è stata effettuata una biopsia nel terzo anteriore della lingua; da tali esami è emersa una bassa densità e una degenerazione assonale delle fibre nervose epiteliali: questi dati suggeriscono che la BMS potrebbe essere causata da una neuropatia delle fibre sensoriali trigeminali. Altri studi, invece, hanno riportato un'anomalia nella densità e nell'attivazione dei recettori del dolore nella mucosa orale.

Queste osservazioni ci orientano verso una eziopatogenesi su base neuropatica centrale e/o periferica, ma certamente non chiariscono definitivamente il meccanismo patogenetico di tale sindrome. Inoltre queste alterazioni nella neurotrasmissione nervosa sono presenti anche in altre condizioni psichiatriche ed in alcune forme di depressione.

La questione dell'eziopatogenesi su base psicologica o su base organica è stata affrontata in molte sindromi caratterizzate dalla presenza di un dolore cronico così come nella BMS. Grazie alle nuove tecniche di imaging e di diagnostica molecolare è ormai accertata la presenza di alterazioni organiche nel sistema nervoso centrale o periferico in pazienti con sintomatologia cronica tradizionalmente considerata su base psicosomatica. Se quindi la patogenesi della BMS rimane sconosciuta, la questione se la patologia sia su base psicologica o organica è del tutto irrilevante in quanto nei disturbi con dolore cronico ormai le alterazioni psicologiche e le alterazioni fisiche del sistema della neurotrasmissione sono considerati sintomi e segni di una stessa patologia.

Vista la maggiore frequenza della BMS nel sesso femminile in postmenopausa, è stato a lungo studiato il legame con il deficit estrogenico. Un'associazione tra variazioni dell'assetto estrogenico, alterata funzione delle ghiandole salivari (con modificazioni qualitative e quantitative della saliva) e presenza di bruciore orale è stata osservata in alcune pazienti, ma questi dati non sono stati sempre confermati. La sindrome della bocca che brucia, come molte altre patologie, risente molto della componente emotiva del soggetto: si osserva di frequente un'associazione con disordini di origine psicosomatica. Questi pazienti hanno una personalità ansiosa, introversa, tendente alla depressione, all'ipocondria e allo stress. Alcuni profili di personalità come la tendenza alla somatizzazione, depressione, ostilità, isolamento sociale, disturbo ossessivo compulsivo, ipocondria, cancerofobia, possono talora predisporre a tale fenomeno. Queste alterazioni su base psicosomatica si riscontrano in modo specifico nelle donne in menopausa e vengono aggravate dalla percezione della perdita della propria identità femminile; si è ipotizzata per questo motivo una diretta correlazione tra le variazioni ormonali, in particolare i picchi estrogenici caratterizzanti il periodo della menopausa, e l'alterazione della componente psicosomatica della paziente. Tutto questo comporta in donne già sofferenti l'esacerbazione del bruciore e dei sintomi caratteristici della BMS. I meccanismi attraverso cui queste alterazioni della sfera psicologica possano tradursi in un disturbo somatico come la BMS sono del tutto ignoti. Resta il fatto che essa risponde positivamente all'impiego di psicofarmaci come le benzodiazepine e gli antidepressivi triciclici.

Terapia

Non esiste un trattamento specifico e risolutivo della BMS. Di volta in volta per ogni singolo paziente vanno individuati i fattori causali e quindi l'approccio terapeutico deve essere consequenziale.

E' fondamentale informare il paziente sulla natura dei suoi disturbi e, specie nei pazienti cancerofobici, rassicurare che il bruciore orale non è causato da una neoplasia o da altre gravi malattie di origine sistemica.

Molti farmaci sono stati impiegati nel trattamento della BMS ma spesso in maniera del tutto empirica e con risultati variabili (tab. 2). Gli antistaminici, gli anestetici locali e gli antimicotici possono essere di aiuto a calmare almeno temporaneamente il bruciore. Utile è talvolta la somministrazione di farmaci a scopo di placebo. Nelle forme su base psicosomatica l'approccio al paziente, prima ancora che farmacologico, deve essere di tipo psicologico. Informare e tranquillizzare il paziente circa la benignità della propria condizione può servire a ridurre l'apprensione e il livello di ansia. La somministrazione di ansiolitici determina in circa il 70% dei casi un miglioramento del bruciore. Il farmaco di scelta è il clordiazepossido in dosi variabili da 5 a 10 mg 3 volte al giorno. Un altro farmaco utile è il diazepam con dosaggi compresi fra 6 e 15 mg al giorno. Nei casi resistenti al trattamento con le benzodiazepine è ragionevole suggerire l'uso di farmaci antidepressivi sotto la guida del neuropsichiatra.

Tabella 2: Farmaci utili nella terapia della BMS

Difenidramina sciroppo

Xilocaina soluzione

viscosa

1 cucchiaino come sciacquo X 2-3 min, poi deglutire
(prima dei pasti)

Nistatina sospensione

orale

Applicazioni topiche 2-3 volte/die

Ketoconazolo compresse

Sciacqui per 4-5 volte/die

Clordiazepossido

1 cpr/die per 7 giorni

compresse

5-10 mq per os 3 volte/die

Diazepam gocce o

6-15 mg/die per os

compresse

25-75 mg /die per os

Amitriptilina compresse