

SÍNDROME DE BOCA URENTE Y PERCEPCIÓN DE XEROSTOMÍA Y DISGEUSIA EN EL ADULTO MAYOR

AGUIRRE AGUILAR Antonio¹, ACEVEDO RODRIGUEZ Miguel²

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue determinar la frecuencia del Síndrome de Boca Urente (SBU) y su relación con la percepción de xerostomía y disgeusia en el Programa del Adulto Mayor EsSALUD H.V.L.E. de la ciudad de Trujillo 2007; este estudio de corte transversal, descriptivo y de exploración incluyó a un total de 124 usuarios, evaluándose 34 varones y 90 mujeres.

La prevalencia de SBU fue de 7.26%, correspondiendo un 1.61% para hombres y un 5.65% para mujeres; siendo en el rango de 60 a 64 años de edad en el que se manifiesta con mayor frecuencia. Asimismo, las características del ardor y/o quemazón más frecuentes fueron: según localización, en la lengua, con intensidad promedio de 42.78 ± 23.96 , de frecuencia continua y establecida durante el día. La percepción de xerostomía en la población fue de 36.29% y de disgeusia 24.19%.

Finalmente se concluye que existe asociación entre la frecuencia de SBU con las percepciones de: xerostomía ($p = 0.01112$) y disgeusia ($p = 0.03690$).

Palabras clave: Síndrome de Boca Urente, ardor y/o quemazón, Xerostomía, Disgeusia, SBU, SBA.

¹ Cirujano Dentista, Especialista en Odontopediatría y Mg. Docente de la Escuela de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo.

² Cirujano Dentista, Egresado de la Escuela de Estomatología de la Universidad Nacional de Trujillo.

BURNING MOUTH SYNDROME AND PERCEPTION OF XEROSTOMÍA AND DYSGEUSIA IN THE OLDER ADULT

ABSTRACT

The aim of the study was to determine the frequency of Burning Mouth Syndrome and its relationship with the perception of xerostomía and dysgeusia in the elderly EsSALUD H.V.L.E. Program in Trujillo city 2007. This transverse, descriptive and observational study had covered a group of 124 users, and they were evaluated as follows: 34 males and 90 females.

The frequency given by BMS was 7.26%, corresponding 1.61% for men and 5.65% for women. The average age in which is presented more frequently is from 60 to 64 years old. The burning characteristics more frequently seen were: according to the location; in the tongue the average intensity was 42.78 ± 23.96 which presented continuous frequency during the whole day. The perception of xerostomia in the population was 36.29% and dysgeusia was 24.19%.

We conclude that exist an association or relation between the frequency of BMS with the perception of xerostomia ($p = 0.01112$) and with the perception of dysgeusia ($p = 0.03690$).

Key words: Burning Mouth Syndrome, ardor y/o burning, Xerostomía, Dysgeusia, BMS, and AMS.

I. INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Boca Urente (SBU) es típicamente un desorden observado en individuos en un rango de edad de 38 a 78 años. Su ocurrencia en edades menores de 30 años es rara, siendo más prevalente en mujeres con una proporción por sexo aproximada de 7:1.^{1,2}

El SBU es caracterizado por sensación de ardor en la mucosa oral sin lesión clínicamente evidente, de etiología multifactorial y aún discutida.¹⁻¹⁴ Su prevalencia es de 12% a 40% en mujeres postmenopáusicas.³ El consenso de investigadores establecería que el SBU afecta más frecuentemente a personas mayores de 60 años y a mujeres posmenopáusicas.^{3,4}

El SBU también denominado síndrome de boca ardiente (SBA) se define como un trastorno intrabucal doloroso que no conlleva signos clínicos aparentes y se caracteriza por sensación de ardor en la cavidad bucal, observándose la mucosa normal clínicamente.^{3,5} En la última década, la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) ha identificado al SBU o SBA como una «entidad» nosológica distinta caracterizada por «incesante dolor oral que quema en ausencia de cambios clínicos de la mucosa oral».^{1,2}

Este síndrome también es llamado glosodinia^{2,4,6}, glosopirosis^{2,4,6}, estomatodinia^{2,3,6,15}, estomatopirosis^{2,4,6}, parestesia o dolor orolingual^{2,6}, o disestesia orolingual u orofacial^{2,3,6} de acuerdo con la localización, el tipo de sensación, la extensión de la misma en la mucosa bucal y la presencia o no de lesión en la mucosa oral.³

Los factores etiológicos no están aún claramente establecidos considerándose el síndrome de origen multifactorial y son clasificados como locales, sistémicos y psicógenos.^{2-6,13} Entre los factores locales encontramos de tipo mecánico como prótesis mal ajustadas^{2-6,8,9,13}, disfunciones o hábitos anormales^{2-6,8,9}, alteraciones dentales^{2,3,5}, tratamiento dental previo^{2,3}, irritantes locales^{2,3,5,13} (térmicos, eléctricos o químicos), alergias locales^{2,3,5} (materiales dentales previos, restauraciones de metal), colonias de microorganismos como hifas de *Candida*^{2-6,8,9,13}, fusospiroquetas^{3,6} y otros; xerostomía (boca seca)^{2-6,8,9,13}, lengua geográfica^{3,13}, disgeusia^{2,3,5-9,13}. Los factores sistémicos involucrados son algunas deficiencias vitamínicas^{2-8,13}, alteraciones metabólicas

gastrointestinales y endocrinas^{3,5,6,8}, así como una frecuente terapia farmacológica^{2,3,5,6,13} y factores psicógenos (ansiedad, conflictos emocionales y depresión)^{2-6,8,9,13}.

Los síntomas que caracterizan el SBU son fundamentalmente descritos como una sensación de quemazón, ardor, escozor, hinchazón, picor o dolor en la mucosa bucal.^{2,4,5,7,13} Ocasionalmente el paciente puede referir una sensación de «boca escaldada», como si se hubiera quemado la mucosa con algún líquido caliente.⁶

En la mayoría de los pacientes con SBU, los síntomas urentes comienzan de modo espontáneo.^{2,3} Normalmente son simétricos y bilaterales, con localización más común en la lengua, seguido de la región alveolar superior, paladar, labios y región alveolar inferior. El dolor suele ser persistente, puede prolongarse por muchos años y la duración media es de 3.4 años. Las presentaciones más frecuentes incluyen la forma oligosintomática con dolor y disgeusia, o dolor y xerostomía y la monosintomática, con sólo dolor.²

Las alteraciones gustatorias en estos pacientes son complejas. La disgeusia afecta el 70% de los pacientes, quienes refieren un sabor metálico o amargo, con dificultad para captar los sabores dulces.²

La mayoría de especialistas coinciden en que el SBU tiene un carácter clínico sintomático y no signológico, es decir, especialmente subjetivo, lo que significa que indudablemente se presentará enriquecido en su fenomenología, por la personalidad del enfermo, quien relatará sus propias observaciones y manifestaciones con matices muy personales.^{5,16}

Según Soares M. en 2003⁶, se diagnostica el SBU cuando el paciente refiere el síntoma de quemazón y/o ardor bucal de un mes de evolución como mínimo. En cuanto al patrón de dolor, muchos estudios han informado que la mayoría de las personas con SBU refiere un dolor ardiente que empieza a media mañana o al inicio de la tarde y alcanza intensidad máxima al final de la tarde y en las demás el dolor es constante a lo largo del día.

La intensidad de los síntomas puede variar de leve a grave. Basker, Sturdee y Davenport la clasificaron en grados leve, moderado y severo. El grado

moderado es más frecuente, seguido del severo y del leve. La intensidad de los síntomas son cuantificados bajo una escala analógica visual graduada de 0 a 10. La media estimada es de 8, los síntomas son constantes, persisten por muchos años y en la mitad de los casos se puede observar remisión parcial o total tras 6-7 años.⁶

El criterio para establecer un diagnóstico «verdadero» de SBU es la presencia de sensación ardiente en una mucosa oral clínicamente saludable, además de la ausencia de todos los factores etiológicos locales y sistémicos mencionados.¹⁰ Dado que el SBU es una entidad patológica de etiología multifactorial y mal conocida, el tratamiento y manejo del paciente es frecuentemente difícil.^{2,6,7}

Los tratamientos del SBU normalmente son empíricos, o van dirigidos a corregir las causas orgánicas detectadas. Se han empleado varios regímenes terapéuticos, teniendo como base los factores más frecuentemente asociados a la condición.⁶ Los fármacos utilizados pueden ser los antidepresivos tricíclicos^{6,4,8,9}, benzodiacepinas^{6,4}, antifúngicos^{6,8,9}, antiinflamatorios, antihistamínicos, corticoides⁶, hormonas sexuales⁶, vitaminas y antioxidantes^{6,8,9}, entre otros.

Los datos de prevalencia disponibles sobre el SBU son escasos y muchos estudios presentan limitaciones metodológicas. El hecho de no existir un concepto unificado, ni criterios diagnósticos aceptados universalmente para definir y diferenciar el SBU o SBA, hace que los datos epidemiológicos sean heterogéneos y difíciles de comparar. Un reflejo de esa situación es que los informes disponibles en la literatura presentan una prevalencia que varía del 0,7% al 33%.⁶

En nuestro país, Sandra Barreda y cols.³ realizaron un estudio para determinar la frecuencia del Síndrome de Boca Urente y factores asociados en adultos mayores en el Servicio de Geriátrica del Hospital Nacional Cayetano Heredia (Abril-Junio 2006). De 590 adultos mayores 37 de ellos (6.3%) fueron diagnosticados con SBU, con prevalencia en mujeres: 7.2% y en hombres: 4.1% (media: 70.4 años, rango: 60-81 años).

Marques y cols.⁷ en el 2004 investigaron la asociación entre el SBA con xerostomía y medicamentos. La muestra de estudio estuvo constituida por 80

pacientes adultos seleccionados en la clínica Odontológica de la Universidad de Barcelona (un grupo de 40 casos de SBA, y un grupo control con 40 pacientes que no padecían el SBA). Los resultados del estudio fueron que 37 pacientes con SBA (92.5%) eran mujeres y tres (7.5%) varones, con una media de edad de 63 ± 11.8 años. Las sensaciones provocadas por el SBA fueron descritas como: sensación de quemazón (62.5%), ardor (57.5%), escozor (27.5%), picor (25%), dolor (17.5%), hinchazón (17.5%) y sensación de boca escaldada (15%). El ritmo de los síntomas fue relatado como continuo en el 62.5% de los casos e intermitente en el 37.5%. La intensidad de la sintomatología varió de 2 a 10, con promedio de 7.4 ± 2.1 , pudiéndose calificar como un síntoma de elevada intensidad. Los síntomas de alteración del gusto fueron muy frecuentes entre los pacientes con SBA (70%). La presencia de xerostomía subjetiva fue referida por el 75% de los pacientes con SBA y por el 45% de los pacientes del grupo control. El estudio concluye que entre todas las variables estudiadas sólo hubo asociación del SBA con la xerostomía subjetiva y con los hipotensores/diuréticos.

Palacios y cols.¹² en el 2004 realizaron un estudio retrospectivo de 140 casos en una muestra de la población catalana. Los resultados del estudio fueron que la mayoría de los casos de SBU (46.3%) están ubicados en el grupo de 65 a 74 años de edad. El grupo de edad de 75 a 84 años representa el 31.4%, mientras que en el grupo de edad de 55 a 64 años representa el 14.2%. En estos grupos de edad están concentrados la casi totalidad de casos estudiados (92.2%). Asimismo, se aprecia que los grupos de edad de 45 a 54 y > 85 años concentran el menor porcentaje de los casos estudiados (7.8%). En la distribución del número de casos con respecto al sexo, se puede observar que la casi totalidad corresponden al sexo femenino (96.4%). Por otro lado el sexo masculino está representado en sólo dos grupos de edad: 65 a 74 y 75 a 84; con un 2.1% y 1.4% respectivamente. Este estudio determina que la presencia de sensación de boca seca, sensación de quemazón, sensación de cuerpo extraño y cancerofobia están estrechamente asociadas al grupo SBA, mientras que ausencias de las mismas están relacionadas al grupo control.

Peraza L. y cols.¹⁴ en el 2002 con el objetivo de describir las características clínicas, locales y generales, y los diferentes enfoques de tratamiento en el síndrome de la boca ardiente en pacientes

geriátricos realizaron una revisión de veintisiete bibliografías. Se determinó que el síndrome está presente fundamentalmente en personas de la tercera edad y en mujeres postmenopáusicas; se encuentra relacionado con componentes emocionales, stress psicológico, alteraciones parafuncionales, hormonales, por irritantes químicos, térmicos y acciones prolongadas de fármacos. Finalmente se determinó que esta enfermedad se caracteriza por un enrojecimiento, ardor, sequedad y dolor en la cavidad bucal; su tratamiento es fundamentalmente mediante el uso de antidepresivos y psicoterapia.

Tammiala-Salonen, Hiiidenkari y Parvinen¹⁷ en 1993 estudiaron la prevalencia de ardor bucal con muestreo representativo en la población finlandesa. Para ello realizaron anamnesis y examen clínico bucal en 431 personas mayores de 30 años de edad. La prevalencia observada varió del 14,8% al 0,7%, de acuerdo con el criterio diagnóstico. Así, el ardor bucal fue relatado por el 14,8% de la población en general. Pero descendió hasta 10,7% cuando, mediante el examen clínico, se eliminaron los dolores causados por lesiones en la mucosa bucal. Cuando se excluyó la infección bucal por *Candida*, la prevalencia descendió al 7,9% y sólo fue del 0,7%, cuando el paciente no presentaba ninguna causa orgánica notable y la mucosa bucal era clínicamente normal.

Thorstensson y Hugoson¹⁸ en 1996 determinaron una prevalencia de 3,4% del ardor bucal en la población sueca y correlacionaron este síntoma con alteraciones del gusto y salivales, disfunción de la articulación temporomandibular, número de dientes, caries, enfermedad periodontal y tabaquismo.⁶

El presente trabajo evalúa la Frecuencia del Síndrome de Boca Urente y percepción de xerostomía y disgeusia en el Programa del Adulto Mayor EsSALUD H.V.L.E. de la ciudad de Trujillo 2007.

II. MATERIAL Y MÉTODO

Teniendo una población de 981 usuarios del Programa del Adulto Mayor EsSALUD «Hospital Víctor Lazarte Echegaray» (H.V.L.E.) de la ciudad de Trujillo, según padrón de inscripción, y dada la homogeneidad de las principales características de los elementos bajo estudio, se hizo uso del muestreo aleatorio simple para evaluar variables cualitativas en un estudio descriptivo y correlacional; tomándose un solo grupo de estudio con distribución según las características de interés, determinándose una

muestra de 124 usuarios, la cual fue seleccionada aleatoriamente.

La captación de la información se realizó mediante el método de encuesta (entrevista no estructurada).¹⁹

Los datos obtenidos fueron registrados en una ficha que consideró: Datos generales del usuario, Percepción de xerostomía y disgeusia, Diagnóstico de SBU y finalmente las «Características del ardor y/o quemazón», referentes todas al síndrome, según el protocolo propuesto por Bergdahl y Anneroth¹ modificado por el autor.

Se informó a la institución (Programa del Adulto Mayor ESSALUD) los propósitos propuestos en la investigación y se solicitó su autorización, luego se coordinó con la institución para solicitar a cada usuario su consentimiento como voluntario para participar en el estudio, como prueba de ello firmaron una hoja de consentimiento informado, inmediatamente después se interrogó de forma directa al usuario, registrándose sus respuestas en fichas personales y luego se procedió al examen clínico de cavidad oral para establecer el diagnóstico de SBU o SBA considerando el criterio diagnóstico de Ship y cols. referido por Marques M.⁶ y otros autores³, determinando SBU cuando el paciente se queja de ardor y/o quemazón en la mucosa bucal, en ausencia de cualquier lesión o anomalía clínica de aparición menor al tiempo de aparición del ardor y de 1 mes mínimo de evolución.

En cuanto a las características del ardor y/o quemazón se establecieron indicadores de: localización, intensidad, frecuencia y momento del día en que ocurre el dolor -síntoma-, todo ello referido por el usuario, utilizando el protocolo propuesto por Bergdahl y Anneroth en Marques M⁶ modificado para los intereses del trabajo.

La localización consideró 6 indicadores: lengua, región alveolar superior, paladar, labios, región alveolar inferior y en toda la boca. La intensidad de los síntomas referidos por estos pacientes fue estimada a través de una escala numérica con valores de 0 a 100, donde el 0 representaba ausencia de ardor y/o quemazón y el 100 ardor y/o quemazón máximos -Escala Visual Análoga del Dolor- mediante la cual el usuario eligió el valor numérico que correspondió a su estimación.²⁰⁻²² La frecuencia se estimó dentro de cuatro indicadores: Muy raramente / intermitente, raramente / intermitente, frecuentemente / intermitente y continua. Finalmente

en cuanto al momento del día en el que ocurren los síntomas se estimó dentro de cinco indicadores: Mañana, durante el día, tarde, durante la noche y todo el día y la noche. Se consideró la posibilidad de alternativas múltiples en todas las características del ardor y/o quemazón.

La valoración de percepción de Xerostomía empleó la pregunta dicotómica «¿Nota normalmente su boca seca?». Los pacientes que contestaron afirmativamente fueron considerados con una percepción positiva de padecimiento de xerostomía.⁶ Para el estudio se emplearon los indicadores Sí y No.

Para la percepción de Disgeusia se empleó la pregunta dicotómica «¿Ha notado cualquier alteración del gusto?». Los pacientes que contestaron afirmativamente fueron considerados con una percepción positiva de padecimiento de disgeusia.⁶ Para el estudio se emplearon los indicadores Sí y No.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para determinar la relación de xerostomía y disgeusia con el Síndrome de Boca Urente se empleó la prueba no paramétrica de independencia de criterios, ya sea utilizando la distribución chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher con un nivel de significancia del 5% ($p < 0,05$).

III. RESULTADOS

El SBU se registró en 9 usuarios estableciéndose su frecuencia en 7.26% (Gráfico 1), en la que el 1.61% corresponde al género masculino y el 5.65% al género femenino ($p = 0.5309$) (Tabla 1 - A). Por otro lado, en la distribución de los usuarios según edad, se aprecia que el rango de edad en el que se presenta con mayor frecuencia es de 60 a 64 años (3.23%), seguidos de los de 71 a 75 años y 76 a 81 años (1.61%), finalizando con los de 65 a 70 años (0.81%) ($p = 0.4839^*$) (Tabla 1 - B).

Al determinar la frecuencia de los usuarios con SBU según las características del ardor y/o quemazón, el de mayor frecuencia según localización es: lengua con 44.45%, seguido de paladar y labios con 22.22% por igual y en región alveolar superior con 11.11%. La intensidad promedio fue de 42.78 ± 23.96 , mientras que la frecuencia es: continua (55.56%), seguidos de muy raramente intermitente y raramente intermitente con 22.22%; y según momento: durante el día con 66.67%, seguidos de mañana, tarde y

durante la noche con 11.11 % (Tabla 2).

Al establecer la frecuencia de los usuarios según la percepción de xerostomía, ésta fue de 36.29% (Tabla 3).

Observando la frecuencia de los usuarios según la percepción de disgeusia, fue de 24.19% (Tabla 4).

Con respecto a la distribución de los usuarios con SBU en relación con la percepción de xerostomía, el 5.65% es para los usuarios con percepción de padecimiento de xerostomía y el 1.61% para los usuarios sin percepción de padecimiento de xerostomía ($p = 0.01112$) (Tabla 5).

Finalmente la distribución de los usuarios con SBU en relación con la percepción de disgeusia, el 4.03% es para los usuarios que tienen la percepción de padecimiento de disgeusia y el 3.23% para los usuarios que no la tienen ($p = 0.03690$) (Tabla 6).

GRÁFICO 1

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BOCA URENTE EN USUARIOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EsSALUD H.V.L.E.

2007

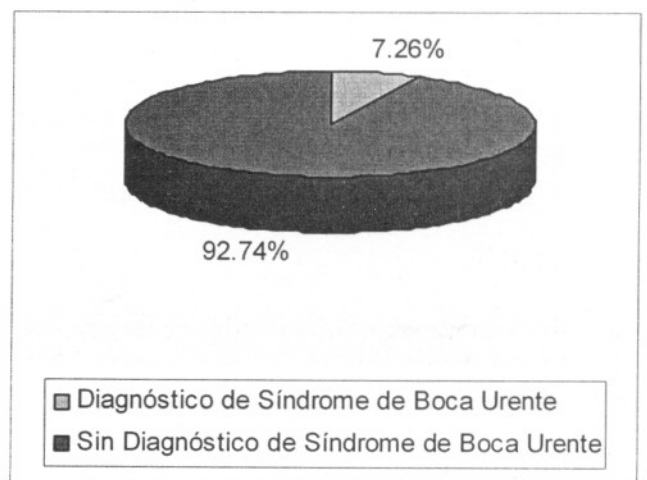


TABLA 1 – A

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BOCA URENTE Y GENERO, EN USUARIOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EsSALUD H.V.L.E. 2007

GENERO	SÍNDROME DE BOCA URENTE					
	Si		No		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Masculino	2	1.61	32	25.81	34	27.42
Femenino	7	5.65	83	66.93	90	72.58
TOTAL	9	7.26	115	92.74	124	100.00

$$x^2 = 0.132$$

$$p = 0.5309$$

TABLA 1 – B

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BOCA URENTE Y EDAD, EN USUARIOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EsSALUD H.V.L.E. 2007

EDAD	SÍNDROME DE BOCA URENTE					
	Si		No		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< - 60	0	0	16	12.9	16	12.9
60 - 64	4	3.22	21	16.94	25	20.17
65 - 70	1	0.81	44	35.48	45	36.29
71 - 75	2	1.61	18	14.52	20	16.13
76 - 81	2	1.61	13	10.48	15	12.09
81 - >	0	0	3	2.42	3	2.42
TOTAL	9	7.26	115	92.74	124	100.00

$$x^2 = 7.07$$

$$p = 0.2157$$

$$*x^2 = 1.45$$

$$p = 0.4839$$

* Se agruparon las categorías secuencialmente de 2 en 2 para el análisis estadístico.

TABLA 2

CARACTERÍSTICAS DEL ARDOR Y/O QUEMAZÓN EN USUARIOS CON SÍNDROME DE BOCA URENTE, DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EsSALUD H.V.L.E. 2007.

CARACTERÍSTICAS DEL ARDOR Y/O QUEMAZÓN		Nº	%
	Lengua	4	44.45
	Región alveolar superior	1	11.11
1. Localización	Paladar	2	22.22
	Labios	2	22.22
	Región alveolar inferior	0	0.00
	Toda la boca	0	0.00
2. Intensidad:	X ± S		42.78 ± 23.96
3. Frecuencia	Muy raramente / intermitente	2	22.22
	Raramente / intermitente	2	22.22
	Frecuentemente / intermitente	0	0.00
	Continua	5	55.56
4. Momento	Mañana	1	11.11
	Durante el día	6	66.67
	Tarde	1	11.11
	Durante la noche	1	11.11
	Todo el día y la noche	0	0.00

TABLA 3

FRECUENCIA DE PERCEPCIÓN DE XEROSTOMIA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EsSALUD H.V.L.E. 2007

PERCEPCIÓN DE XEROSTOMIA	Nº	%
Sí	45	36.29
No	79	53.71
TOTAL	124	100.00

TABLA 4

FRECUENCIA DE PERCEPCIÓN DE DISGEUSIA EN USUARIOS DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EsSALUD H.V.L.E. 2007

PERCEPCIÓN DE DISGEUSIA	Nº	%
Sí	30	24.19
No	94	75.18
TOTAL	124	100.00

TABLA 5

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BOCA URENTE Y PERCEPCION DE XEROSTOMÍA, PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EsSALUD H.V.L.E. 2007

SINDROME DE BOCA URENTE	PERCEPCIÓN DE XEROSTOMIA					
	si		No		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	7	5.65	2	1.61	9	7.26
No	38	30.65	77	62.09	115	92.74
TOTAL	45	36.30	79	63.70	124	100.00

$$x^2 = 5.419 \quad p = 0.01112$$

TABLA 6

FRECUENCIA DE SÍNDROME DE BOCA URENTE Y PERCEPCIÓN DE DISGEUSIA, PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EsSALUD H.V.L.E. 2007

SINDROME DE BOCA URENTE	PERCEPCIÓN DE DISGEUSIA					
	si		No		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	5	4.03	4	3.23	9	7.26
No	25	20.16	90	72.58	115	92.74
TOTAL	45	24.19	79	75.81	124	100.00

$$x^2 = 5.204 \quad p = 0.03690$$

IV. DISCUSIÓN

El estudio identificó una frecuencia de SBU de 7.26%, ligeramente superior a la reportada por Barreda S. y cols.³ en Lima en el año 2006, cuya frecuencia fue de 6.3%. Asimismo, la frecuencia obtenida en este trabajo es superior a la obtenida por Thorstensson B, Hugoson A.¹⁸ en Suecia en el año 1996, cuya prevalencia fue de 3.4%. Sin embargo el resultado obtenido es inferior al reportado por Tammiala-Salonen T, Hiidenkari T, Parvinen T.¹⁷ en Finlandia en el año 1993, siendo éste de 10.7%. Datos epidemiológicos le establecen una prevalencia de 4 a 5% en la población en general.⁶ Al respecto debemos tener en cuenta características étnicas y

sociodemográficas de los estudios antes mencionados para entender así las variaciones frecuenciales reportadas; a pesar de no contar con evidencia bibliográfica que nos afirme que existe una variación por raza, al haber hallado frecuencias similares en Lima – Trujillo, a diferencia de las de otros países este estudio podría sugerirlo.

Se halló una frecuencia mayor en mujeres (7.78%) en comparación con los hombres (5.88%), semejante a los valores reportados por Barreda S. y cols.³ cuya prevalencia en mujeres fue de 7.2% y en hombres 4.1%. Estos resultados concuerdan con el consenso entre los diversos investigadores, manifestando que el SBU afecta más frecuentemente a mujeres con una edad media de 62 años.^{3,4} El padecimiento frecuente por mujeres menopáusicas y posmenopáusicas del SBU permite evaluar el papel de las alteraciones hormonales. Parece ser que la disminución de los niveles hemáticos de estrógenos y progesterona pueden favorecer la sequedad bucal y las alteraciones psicológicas propias de esta etapa de la vida y así favorecer los síntomas del SBU.⁷ A pesar de ello no se establece diferencia estadísticamente significativa entre SBU y género.

En este estudio se determinó una mayor frecuencia de casos de SBU en el rango de edad de 60 a 64 años (44.44%). Al respecto Barreda S. y cols.³ obtienen una mayor frecuencia entre 65 – 70 y 76 – 81 años (32.4% en cada caso). Palacios y cols.¹² indican que la mayoría de los casos de SBU (46.3%) están ubicados en el grupo de 65 a 74 años de edad. Como observamos el SBU afecta más frecuentemente a personas mayores de 60 años,^{3,4} siendo su ocurrencia rara en edades menores de 30 años.^{1,2}

En el estudio al evaluar el total de la muestra se halló que la distribución estadística de la frecuencia del SBU según edad, no presenta diferencia estadística significativa. Al respecto de SBU, género y edad, podemos señalar que son variables no condicionantes del SBU en la población estudiada (Tabla 1 – A) y (Tabla 1 – B); concordando con Marques y cols.⁷

Las características del ardor y/o quemazón hallados dentro de los usuarios con SBU fueron: la lengua, como la localización más observada en los pacientes con SBU, en concordancia con los resultados de Marques y cols.⁷ La intensidad promedio es de 4.3 ± 2.4 , calificándose como un síntoma de moderada intensidad, diferente al del autor en mención, que lo califica como un síntoma de elevada intensidad

con un promedio de 7.4 ± 2.1 . La frecuencia y el momento de las características es continua y durante el día respectivamente, similar a los resultados de Marques y cols.⁷

En el presente estudio se evidencia que el 36.29% de la muestra estudiada tiene percepción de xerostomía, estando dentro del rango mencionado por Marques y cols.⁷, que indica que la prevalencia de éste síntoma puede variar del 13% al 66%. Debemos considerar que la sensación de boca seca es un síntoma común que está presente en adultos de cualquier edad y que parece depender de ella. Sin embargo, no hay ninguna evidencia que muestre que el síntoma resulte del proceso de envejecimiento. Se cree que más que el proceso de envejecimiento, otros factores como el consumo de medicamentos, la presencia de enfermedades sistémicas crónicas, la capacidad funcional del paciente y los estados psicológicos estarían implicados en la etiología de la xerostomía.⁷

Finalmente en el estudio, el 77.78% de los pacientes diagnosticados SBU tienen la percepción de padecimiento de xerostomía, similar al de Marques y cols.⁷ con un 75%. El 55.56% tienen la percepción de padecimiento de disgeusia, diferente al de Marques y cols.⁷ con un 70%. Sin embargo los resultados del estudio son inferiores a los de Barreda S. y cols.³ que indica una percepción del 94.6% en cuanto a xerostomía y de un 70.3% para disgeusia. En el estudio, al evaluar el total de la muestra se halló que la distribución estadística de la frecuencia del SBU en relación con la percepción de xerostomía y disgeusia, presentan una relación significativa ($p = 0.01112$) para xerostomía y ($p = 0.03690$) para disgeusia; por tal razón podemos señalar que dichas percepciones son frecuentes en el SBU de la población estudiada y que la fuerte asociación de xerostomía con el SBU puede ser explicada probablemente porque en la mayoría de los usuarios, el consumo de fármacos, padecimiento de enfermedades sistémicas y presencia de ansiedad y depresión son muy frecuentes. La relación de disgeusia con el SBU podría ser debida a que muchos autores señalan la posibilidad de alteraciones neuropatológicas en el ámbito central o periférico, que actúan sobre los receptores de la mucosa bucal de los pacientes con el SBU y que podrían estar relacionadas con la capacidad reactiva alterada de los receptores de membrana, particularmente en las personas que padecen estrés, ansiedad, climaterio, o bien como parte del proceso de envejecimiento.⁷

CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio se puede concluir que la frecuencia de SBU fue de 7.26% no estableciendo una asociación estadísticamente significativa con género ni con edad, que las características del ardor y/o quemazón más frecuentes fueron de localización en la lengua, de moderada intensidad, de frecuencia continua y establecido durante el día; asimismo, la población estudiada en su mayoría no refiere padecer de xerostomía ni de disgeusia, existiendo asociación estadísticamente significativa entre éstas y el SBU.

AGRADECIMIENTO

Los investigadores agradecen a las autoridades, personal responsable y usuarios del Programa del Adulto Mayor EsSALUD «Hospital Víctor Lazarte Echegaray» de la ciudad de Trujillo, por su participación y colaboración en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Scala A., Checchi L., Montevocchi M., Marini I. Update on Burning Mouth Syndrome: Overview and Patient Management. [en línea]. Italia: University of Bologna. [Fecha de acceso 5 de enero del 2007]. URL disponible en: [http://crobm.iadrjournals.org/cgi/content/full/14275#\(IV\)%20Etiopathogenesis%20and%20Classification](http://crobm.iadrjournals.org/cgi/content/full/14275#(IV)%20Etiopathogenesis%20and%20Classification)
2. Angulo I., Cálela J. Síndrome disestésico cutáneo: Vulvodinia y Síndrome de boca quemante. Una aproximación diagnóstica y terapéutica. [en línea]. Bogotá: Revista Med; 2006. [Fecha de acceso 28 de enero del 2007]. Vol. 14. No. 1. URL disponible en: <http://www.umng.edu.co/docs/revmed2006/RMed2006art10.pdf>
3. Barreda S., Sacsquispe S., Varela L. Frecuencia del Síndrome de Boca Urente y factores asociados en adultos mayores. Perú: Diagnóstico Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unánue. Vol. 45. No. 2. Abril – junio, 2006. p. 64 – 69.
4. Hupp J., Vallerand W., Williams T. Vademécum clínico odontológico. 1ra. ed. Mexico D.F: Edit. McGraw – Hill Interamericana; 1999. p. 70-71, 252, 578.
5. Albarrán J., Saéz S., Muñoz M., Torres W. Síndrome de boca ardiente. Caso Clínico. [en línea]. Madrid: Revista de la SEMG; Junio 2004. [Fecha de acceso 20 de enero del 2007]. No. 65. p. 360-362. URL disponible en: http://www.semg.es/revista/revista_65/pdf/360_362.pdf

6. Marqués M. Estudio clínico de pacientes con síndrome de boca ardiente: xerostomía, flujo salival, medicamentos, ansiedad y depresión. [Tesis Doctoral]. [en línea]. España: Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona; 2003. [Fecha de acceso 3 de enero del 2007]. No. 30. URL disponible en: http://www.tdcat.cesca.es/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0205103-124344//TESIS_Marques_Soares.pdf
7. Marques M., Chimenos E., Subirá C., Rodríguez E., López J. Asociación de síndrome de boca ardiente con xerostomía y medicamentos. [en línea]. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10:301-8. [Fecha de acceso 19 de enero del 2007]. URL disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/pdf/medicor/v10n4/04.pdf>
8. Regezi J., Sciubba J. Patología bucal. 1ra. ed. México: Edit. McGraw – Hill Interamericana; 1991. p. 149 – 151.
9. Regezi J., Sciubba J. Patología bucal. 2da. ed. México: Edit. McGraw – Hill Interamericana; 1995. p. 159 – 162.
10. Brailo V., Vučičević-Boras V., Alajbeg IŽ., Alajbeg I., Lukenda J., Ćurković. Oral burning symptoms and burning mouth syndrome-significance of different variables in 150 patients. [en línea]. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2006; 11:E252-5. [Fecha de acceso 4 de enero del 2007]. URL disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v11i3/medoralv11i3p252.pdf>
11. Eguia Del Valle A., Aguirre-Urizar J M., Martínez-Conde R., Echebarria-Goikouria MA., Sagasta-Pujana O. Síndrome de Boca Ardiente en el País Vasco: estudio preliminar de 30 casos. [en línea]. *Med Oral* 2003; 8:84-90. [Fecha de acceso 5 de enero del 2007]. URL disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v8i2/medoralv8i2p84.pdf>
12. Palacios M., Jordana X., García C. Síndrome de boca ardiente: Estudio retrospectivo de 140 casos en una muestra de la población catalana. [en línea]. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10:388-93. [Fecha de acceso 28 de enero del 2007]. URL disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v10i5/medoralv10i5p388.pdf>
13. Chimenos E., Marques MS. Boca ardiente y saliva. [en línea]. *Medicina Oral* 2002; 7:243-53. [Fecha de acceso 28 de enero del 2007]. URL disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree/v7i4/medoralv7i4p244.pdf>
14. Peraza L., Jareño I., Ferrandiz S. Síndrome de boca ardiente en pacientes geriátricos. [en línea]. Cuba: III Jornada Estudiantil Virtual; 2002. [Fecha de acceso 28 de enero del 2007]. URL disponible en: <http://fcmfajardo.sld.cu/cev2002/trabajos/camaguey/16bocardienteengeriatria05/index.htm>
15. Kennedy A. Essentials of Medicine for dental students. 4ta. ed. Singapore: Edit. Longman Group Limited; 1985. p. 149 – 152.
16. Conde J., López J. Percepción gustativa y boca urente. [en línea]. *Percepnet*; 2004. [Fecha de acceso 5 de enero del 2007]. URL disponible en: http://www.percepnet.com/cien04_04.htm
17. Tammiala-Salonen T, Hiidenkari T, Parvinen T. Burning mouth in a Finnish adult population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21:67-71.
18. Thorstensson B, Hugoson A. Prevalence of some oral complaints and their relation to oral health variables in an adult Swedish population. *Acta Odont Scand* 1996; 54:257-62.
19. Maigualida F. Métodos de recolección de datos. [en línea]. Valencia: Áreas de Estudios de Post-Grado; 2004. [Fecha de acceso 28 de enero del 2007]. URL disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos18/recoleccion-de-datos/recoleccion-de-datos.shtml>
20. González B., Rodríguez L. Clasificaciones, Criterios diagnósticos y pronósticos y Estratificación de la gravedad en pacientes críticos. [en línea]. Madrid: El dolor I: Fisiopatología. Tipos. Clínica. Sistemas de Medición en: Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte en el enfermo con cáncer. Ed. Panamericana; 1996. URL disponible en: <http://www.uninet.edu/criterios/N203.html>
21. American Cancer Society. El dolor asociado con el cáncer. [en línea]. NCCN; 2001. [Fecha de acceso 28 de enero del 2007]. Versión 1. URL disponible en: http://www.nccn.org/patients/patient_gls/_spanish/pdf/NCCN_dolor.pdf
22. Apuntes de Enfermería. Tablas y Tests. [en línea]. URL disponible en: <http://apuntesenfermeria.iespana.es/tablas2.htm>