PATRÓN CLÍNICO-BIOLÓGICO DE LA GLOSODINIA EN UNA UNIDAD DE DERMATOPSIQUIATRÍA: ESTUDIO TRANSVERSAL DE UNA SERIE DE 40 CASOS

Ma.J.Tribó[1], S.Ros[2], M.J.Garcia[2], F.Gallardo[1], A.Toll[1], M.Gilaberte[1], M.Turroja[1], A.Bulbena[2], RM.Pujol[1]

Servicios de [1]Dermatología y [2]Psiquiatría. Hospital del Mar. IMIM. IMAS. Barcelona

Introducción

La glosodinia, también denominada síndrome de la boca urente, se caracteriza por sensación de ardor, inflamación, quemazón y dolor de la lengua, aunque circunstancialmente también puede aparecer una sensación de cuerpo extraño, dificultad para deglutir, xerostomia y ageusia. Puede referirse a toda la mucosa yugal, sin evidencia clínica de lesiones. Su etiología es multifactorial, lo que dificulta encontrar un tratamiento adecuado y eficaz que se ajuste a todos los pacientes. Se observa en ambos sexos aunque suele presentarse con mayor frecuencia en mujeres post-menopáusicas. Puede asociarse tanto a distintas enfermedades psiquiátricas, especialmente ansiedad y depresión, como a una probable cancerofobia.

Objetivo

Evaluar el perfil psicopatológico de los pacientes afectos de glosodínia, su importancia en clínica, valorar su relevancia y su ubicación nosológica.

Pacientes y métodos

Se incluyeron en el estudio 40 pacientes con glosodinia del Hospital del Mar (Barcelona) así como un grupo control formado por 20 sujetos que se emparejaron en edad, sexo y nivel sociocultural. Los pacientes se hallaban en edades comprendidas entre 44 y 81 años y con una media de 64,9 (Sd=10,57). En el grupo control el rango de edad se situaba entre 44 y 80 años, con una media de 61,9 (Sd=9,03). En cuanto al sexo de los pacientes el 7,5% de la muestra eran hombres y el 92,5% mujeres, mientras que en el grupo control un 10% de los sujetos eran hombres y un 90% mujeres. No había diferencias significativas entre los dos grupos en las variables de edad y de sexo. El inicio de la sintomatología oscilaba entre los tres meses hasta más de 10 años (3.4±3.4). Se valoró en todos los pacientes: sus manifestaciones clínicas, inicio de la sintomatología y la información sobre anteriores tratamientos con psicofármacos. Se solicitó una valoración hematológica y bioquímica convencional, ANAs, ENAs, Ac. fólico, Vit. B_{12}, cultivo bacteriológico de mucosa yugal y de la prótesis. Asimismo se practicaron: Test de Schirmer, Pruebas epicutáneas estándar y serie dental y biopsia a aquellos pacientes que se consideró necesaria, o bien como placebo a demanda del paciente. Se realizaron los siguientes cuestionarios: el *Cuestionario de Dolor* de McGill, con el objetivo de realizar una descripción más precisa de los diferentes aspectos del dolor, el EVA (*Escala Analógica Visual*), el EVID (*Escala Verbal de Intensidad del Dolor*), el DLQI (*Dermatology Life Quality Index*) para medir el impacto de la enfermedad en la calidad de vida, el LES *(Life Events Scale*) para considerar los acontecimientos estresantes, el HADS (*Hospital Anxiety and Depresión Scale*) y el STAI (*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo*).

Resultados

La sintomatología más recurrente fue escozor (n= 24, 60%), ardor (n= 23, 57.5%), xerostomía (n= 22, 55%), inflamación (n= 17, 42.5%), dolor (n= 16, 32.5%), siendo menos relevantes picor, sabor a metal, dificultad de deglución, ageusia, hormigueo y tirantez. (**Fig. 1**). El análisis cronológico de los síntomas mostró que 18 pacientes (45%) pertenecían al tipo I (intensidad creciente a lo largo del día), 10 pacientes (25%) al tipo II (intensidad mantenida a lo largo del día) y 12 pacientes (30%) al tipo III (sintomatología cíclica e intermitente). 12 pacientes (30%) obtuvieron resultados positivos en las pruebas epicutáneas, y negativos en 11 (27.5%). En 17 casos (42%) no se practicaron. De este 30% de positividades, 3 pacientes presentaron sensibilidad al Sulfato de Niquel, 2 al Cloruro de Cobalto, 2 al Bálsamo del Perú, 2 al Paladio, 1 Lanolina, 1 a benzocaina y 1 a menta. Los análisis sanguíneos fueron normales en 31 (77.5%) pacientes y 9 (22.5%) pacientes tenían niveles de glucosa elevados (**Fig. 2**). El ácido fólico y la Vit B_{12} estaban dentro de los parámetros normales en todos los pacientes. (**Fig. 3**). Se detectó en mucosa yugal cultivo bacteriológico positivo (*Cándida albicans)* en 9 (22.5%) pacientes, siendo negativo en todos los casos el cultivo bacteriológico de la prótesis. El test de Shirmer fue >15mm en 39 pacientes. Un paciente fue diagnosticado de Sdme. de Sjögren.

Al iniciar el estudio 16 pacientes tenían diagnóstico previo de trastornos psiquiátricos: trastorno de ansiedad generalizada (n= 6), síndrome ansioso-depresivo (n= 4), depresión (n= 2), ansiedad (n= 2), trastorno de personalidad (n= 1) y psicosis (n= 1). Casi el 50% presentaban trastornos psicosomáticos recurrentes. (**Fig. 4**). En la primera visita 32 pacientes puntuaron más de 70 en el EVA (**Fig. 5**) y manifestaron que la intensidad del dolor era insoportable, muy fuerte ó fuerte (**Fig. 6**).

En el grupo afecto de glosodinia, el 30% mostró trastorno depresivo en el HAD Depression y el 65% tenía ansiedad en el HAD Anxiety, mientras que en el grupo control el 25% puntuaban >8 en el HAD Depression y el 40% puntuaban >8 en el HAD Anxiety. No se observaron diferencias significativas en la depresión pero sí en la ansiedad. (**Fig. 7-8**).

En el grupo experimental el 52.5% de la muestra presenta puntuaciones superiores a 300 en el Life Events Scale (un score entre 125 y 250 puntos es sugestivo de estrés. Si la puntuación es superior a 250 puntos, se considera estrés grave). Contrariamente, en el grupo control se observa que sólo un 5.9% puntúan más de 300. En cuanto a los valores intermedios, se detectan porcentajes muy similares en ambos grupos. Consecuentemente podemos apreciar como los dos grupos siguen tendencias totalmente opuestas. (**Fig. 9**).

Cuando se realizó la evaluación psiquiátrica en la comparación entre grupos en medidas de ansiedad y estrés no se observaron diferencias significativas en cuanto la ansiedad estado (U= 325.00 p>0.05) pero sí en ansiedad rasgo (U= 221.00 p< 0.05). Las medidas obtenidas con el LES presentan diferencias significativas entre los grupos (U=129.5 p< 0.001) (**tabla 1**).

Se han comparado los grupos en la presencia de trastornos de ansiedad, depresión y estrés. Al valorar la ansiedad cogiendo el punto de corte de 8 en el HAD se observan diferencias marginalmente significativas entre los grupos (p=0.065 χ^2 =3.394). Las puntuaciones de los sujetos en el LES se han estudiado en base a los puntos de corte siguientes: <150 / 150-300 / >300 detectándose diferencias significativas entre los grupos (p<0.001 χ^2 =14.90) (**tabla 2**).

Figura 1: Sintomatología

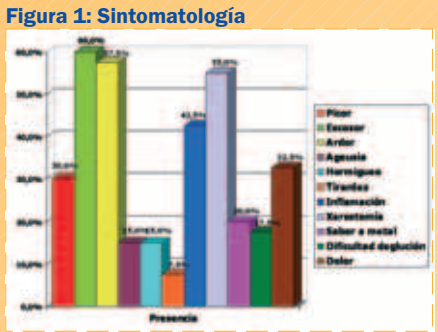

Figura 2: Epicutáneas estándar y serie dental

Figura 3: Analítica

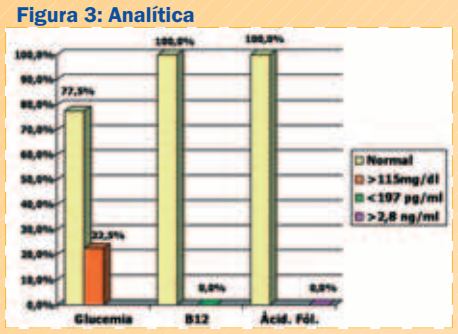

Figura 4: Trastorno psicosomático asociado

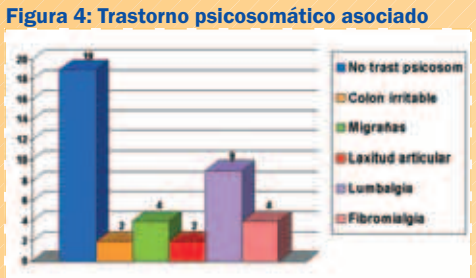

Figura 5: EVA (primera visita)

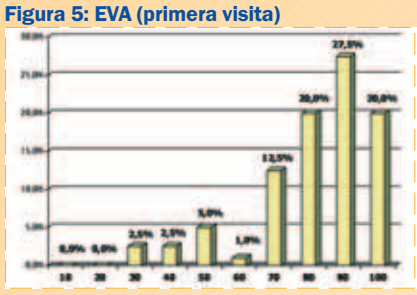

Figura 6: EVID (primera visita)

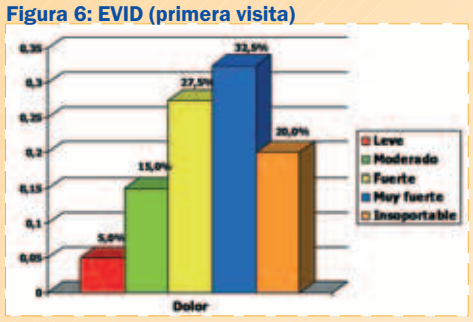

Figura 7: Resultados del HAD – depresión

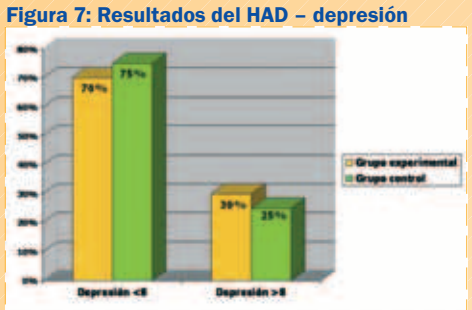

Figura 8: Resultados del HAD – ansiedad

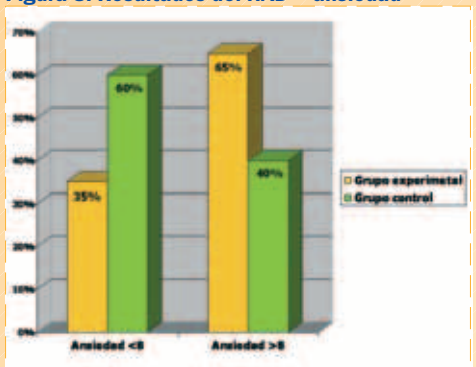

Figura 9: Life Events Scale

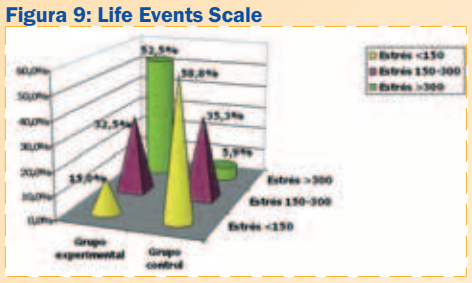

Tabla 1: Comparación en medidas de ansiedad y estrés

CUESTIONARIO	MEDIANA / PERCENTILES CASOS	MEDIANA / PERCENTILES CONTROLES	U MANN-WHITNEY	SIGNIFICACIÓN
STAI[1] – E[2]	Md=28 P_{25}=17 P_{75}=31	Md=20 P_{25}=14 P_{75}=32	325.00	P<0,05
STAI – R[3]	Md=29 P_{25}=20 P_{75}=34	Md=18 P_{25}=12 P_{75}=25	221.00	P<0,05
LES[4]	Md=311,5 P_{25}=166 P_{75}=419	Md=113 P_{25}=79 P_{75}=218	129.5	P<0,001

[1]: State Trait Anxiety Inventory (validación española N. Seisdedos, 1982); [2]: State Trait Anxiety Inventory subescala de ansiedad estado; [3]: State Trait Anxiety Inventory subescala de la ansiedad rasgo; [4]: Life Events Scale (Holmes & Rahe, 1967).

Tabla 2: Comparación de los grupos en la presencia de Trastornos de Ansiedad, Depresión y en LES

CUESTIONARIO	%	χ^2	SIGNIFICACIÓN
HAD[1] – A[2]	65[5]	3.394	P=0,065
HAD – D[3]	30[6]	0.164	P>0,05
LES[4]	52.5[7]	14.907	P<0,001

[1]: Hospital Anxiety and Depression (validación española MJ. Herrero, J. Blanch et al., 2003); [2]: subescala de ansiedad en el cuestionario HAD; [3]: subescala de depresión en el cuestionario HAD; [4]: Life Events Scale (Holmes & Rahe, 1967); [5]: porcentaje de pacientes con una puntuación de ansiedad superior a 8 en el HAD; [6]: porcentaje de pacientes con una puntuación de depresión superior a 8 en el HAD; [7]: porcentaje de pacientes con una puntuación superior a 300 en el Life Events Scale.

Conclusión

Entre todos los datos registrados hemos presentado aquellos que consideramos más relevantes por su mayor prevalencia en la muestra recogida. Así en nuestra serie existe correlación con la hiperglucemia y estados manifiestos de ansiedad y estrés, en los que comparándolos con el grupo control hemos obtenido diferencias significativas. Sin embargo consideramos discutible su relación etiopatogénica con la intolerancia a los metales, con la depresión, con la anemia ferropénica, con el déficit de ácido fólico y de Vitamina B_{12}.

Bibliografía

1. Huang W et al .The burning mouth syndrome. JAAD (1996).
2. Palacios-Sanchez et al. Burning mouth syndrome: a retrospective study of 140 cases in a sample of Catalan population. Med Or Pat Or Cir Buc (2005).
3. Lázaro C et al. Psychometric Properties of Spanish Version of the McGill Pain Questionnaire in Several Spanish-Speaking Countries. The Clin Jour of Pain (2001).
4. Savage N et al. Burning mouth syndrome: clinical presentation, diagnosis and treatment. Australs J Dermatol (2006).

IMAS
Institut Municipal d'Assistència Sanitària

C S B Consorci Sanitari de Barcelona