

## **BMS**

I termini *Glossodinia* e *Glossalgia* possono essere usati per descrivere un dolore alla lingua, il termine *Glossopiroosi* per descrivere una sensazione di bruciore nella lingua. Possono essere anche usati i termini di *Stomatodinia*, *Stomatopiroosi*. Per **Stomatodinia**, denominata anche stomatopiroosi, si intende una disestesia della mucosa orale, caratterizzata da sensazione di dolore, prurito o bruciore, non attribuibili a lesioni mucose. Alcuni Autori mettono tutto ciò che determina dolore urente sotto la dicitura BMS; altri, invece, distinguono la BM dalla BMS. Nella BM si può arrivare ad una diagnosi di tipo odontoiatrico: si riconosce la causa (Candidosi, Xerostomia, dolori mialgici, ecc..). La *BM organica* (da carenze e/o alterazioni sistemiche) è una sintomatologia urente secondaria ad una condizione patologica; difatti, la sintomatologia scompare dopo il trattamento della condizione patologica di base.

Il termine *BMS* può essere usato solo in casi idiopatici in cui i sintomi bruciore, dolore, prurito sono localizzati nella mucosa orale in maniera diffusa o nella lingua (può anche essere la sola localizzazione, glossopiroosi). La caratteristica principale dei pazienti che ne sono affetti, è che soffrono di un bruciore orale urente, in assenza di lesioni mucose (“*patologia fantasma*”). Si tratta di un quadro particolarmente frustrante sia per il paziente che per il clinico, dato che non esiste una chiara eziologia e, quindi, un trattamento universalmente riconosciuto come utile. Per arrivare alla diagnosi di BMS, si devono escludere tutte quelle patologie che possono avere un dolore urente orale come sintomatologia. La BMS, è quindi, l'esempio più evidente di quanto sia importante l'anamnesi.

### **Epidemiologia**

Da vari studi epidemiologici condotti in Europa e in Nord America si può stimare che la BMS colpisce il 2,5-5,1 % della popolazione.

Nella maggior parte degli studi epidemiologici sulla BMS, l'età media dei pazienti è di circa il 50-60 anni, anche se il range è molto variabile. La sindrome è rara nei bambini e negli adolescenti, poco comune negli adulti ma più frequente dopo i 40 anni. La differenza tra i due sessi è molto estesa. In molti studi è stata registrata una forte predilezione per il sesso femminile (F/M 7:1). Gli uomini, anche se raramente, possono presentare questa sindrome, ma solitamente ad una età più avanzata.

### **Clinica**

La BMS può manifestarsi con una varietà di sintomi. Molti pazienti hanno descritto con certezza i loro sintomi: bruciore della bocca o della lingua o dolore di gravità variabile. Talvolta, si associano sensazione di *xerostomia* (secchezza delle fauci) e di *disgeusia*, alterazione della sensibilità gustativa (c'è anche una Sindrome del gusto di crostaceo: il paziente potrebbe avere un deficit metabolico) e, più raramente, difficoltà ad inghiottire. Altri lamentano formicolio, prurito o sensazioni bizzarre: come “punture di spilli”, “freddo tipo ghiaccio” e “carboni ardenti”. Le funzioni sensoriali, quali la termica e la tattile, rimangono in genere inalterate.

La sintomatologia:

1. Può perdurare per mesi o anni;
2. Originare da un qualsiasi punto della bocca rimanendo localizzata o estendendosi;
3. Avere un andamento continuo o essere interrotta da attività che distolgono l'attenzione del paziente (pasti, sonno, occupazioni, assunzione di cibi freddi);
4. Variare di intensità durante il giorno ed essere aggravata dal parlare prolungato o dall'assunzione di cibi caldi o alcolici.

*Lamey* ha distinto 3 diversi sottotipi di BMS, in base alla sintomatologia dolorosa. È importante categorizzare il tipo di BMS. È importante sapere se il paziente rientra sempre nello stesso sottotipo, se è incoerente o se passa da un sottotipo ad un altro.

Tipo	Frequenza relativa	Sintomi
1	35%	Presente tutti i giorni, ma non al risveglio. Insorgono durante la giornata e aumentano fino a raggiungere la massima intensità alla sera (quindi lo stress del giorno, i cibi o i farmaci che assume hanno un loro ruolo nel peggiorare i sintomi). Può anche rendere difficile al paziente l'addormentarsi.
2	55%	Presente tutti i giorni fin dal risveglio. Ha la prognosi peggiore.
3	10%	Presente solo alcuni giorni e localizzate a sedi inusuali, come la gola. (Si deve mandare il paziente dall'otorinolaringoiatra a fare una laringoscopia, in modo da escludere tutte le possibili diagnosi differenziali). Per arrivare alla diagnosi di BMS, si devono escludere tutte quelle patologie che possono avere un dolore urente orale come sintomatologia.

La maggior parte dei pazienti con BMS descrive che la sensazione di bruciore si manifesta in più sedi del cavo orale. Nella maggior parte dei casi il bruciore è generalizzato a tutta la mucosa orale. Il dolore urente può essere localizzato sulla lingua (la punta della lingua rappresenta il sito più colpito in uno studio di *Van Der Ploeg*, nel 71% dei casi, seguita da margini linguali e dorso nel 46%). La sintomatologia linguale isolata, in alcuni casi, può essere causata da: abitudini parafunzionali (pressione della lingua sui denti); dal contatto traumatico della lingua con le superfici linguali dei denti in seguito ad affollamento del V sestante; sono tutte situazioni, queste, che devono essere poste in diagnosi differenziale con la BMS.

La localizzazione del dolore può essere sulle labbra (50%, secondo lo stesso studio). In questo caso si deve indagare sull'uso di cosmetici o rossetti, ossia possibili allergeni che potrebbero aver causato una risposta allergica ritardata senza edema e arrossamento evidenti. Altre sedi, in ordine decrescente di frequenza, sono: palato, superfici mucose in contatto con protesi mobili, esofago e, più raramente, pavimento orale.

La sintomatologia può insorgere in maniera improvvisa o graduale. Occasionalmente, l'inizio dei sintomi può essere relazionato ad un evento precedente. In questi casi il più delle volte il paziente relaziona l'inizio della BMS a precedenti procedure dentali (64%, secondo uno studio di *Schoenberg*) o, più raramente, alla perdita o alla minaccia di perdita di persone amate, alla menopausa, alla depressione o ad altri disturbi somatici.

Per sapere qual è il grado della sintomatologia dolorosa avvertita dal paziente, lo si può sottoporre ad una valutazione soggettiva del dolore: VAS o scala analogico-visiva. Spesso, già per il fatto stesso che qualcuno di preoccupa per il suo dolore, il paziente avverte un miglioramento della sintomatologia. Uno studio a doppio cieco ha dimostrato come questa scala risenta molto della componente emotiva del paziente, dell'ingigantimento del dolore da parte del paziente

### ***Eziologia***

Il paziente con BMS, in genere, non arriva alla nostra osservazione "vergine". Ma, in genere, proviene da un lungo "**pellegrinaggio**" precedente tra vari specialisti. Il paziente, durante la prima visita, ci racconterà tutto quello che è successo, sia nel T<sub>0</sub> (ossia quando è cominciata la sintomatologia) che nel T<sub>1</sub> (tutto ciò che è successo sino alla nostra osservazione). Il T<sub>1</sub> va raccontato una volta sola durante l'anamnesi patologica remota ma, a noi, deve interessare soprattutto il T<sub>0</sub> e, dalla prossima seduta, dovrà essere impostato il T<sub>2</sub>.

Nell'eziologia della stomatopirosi sono stati chiamati in causa svariate ipotesi eziologiche (fattori locali, sistemici e psichici). In alcuni pazienti è possibile identificare una o più cause (si parlerà, quindi, di BM), ma nella maggior parte dei casi la malattia rimane idiopatica (si parlerà, quindi, di BMS). Ovviamente, però, per poter parlare di BMS, si dovrà procedere ad una diagnosi per esclusione, verificando l'assenza di patologie sistemiche o locali.

Molte lesioni e disordini della mucosa possono produrre stomatopirosi come sintomi. È quindi raccomandato un accurato esame della cavità orale e, in particolare, della mucosa orale. L'esame consiste nell'ispezione e nell'attenta palpazione della mucosa orale. Protesi parziali o totali devono essere rimosse. Allo scopo di condurre un buon esame della lingua, il paziente dovrebbe essere invitato ad uscirla. L'esaminatore può tenere la punta della lingua con una garza e quindi chiedere al paziente di rilassarsi. Ciò permetterebbe un'adeguata ispezione e palpazione della lingua e del pavimento orale. Nella BMS l'esame medico e stomatologico non deve rilevare segni o sintomi clinici e/o di laboratorio di patologie sistemiche o locali; una **caratteristica tipica legata all'intenso bruciore è che le mucose dei soggetti sono completamente normali**. Il tessuto è indenne da lesioni ed ha lo stesso colore della mucosa normale circostante; le papille linguali appaiono normali. Talvolta si può osservare un limitato arrossamento aspecifico sulla punta della lingua.

**Fattori locali** possibilmente coinvolti nell'eziologia della "bocca urente" :

- **Candidosi:** purtroppo alcune Candidosi, nelle fasi iniziali, o in portatori di protesi non dà segni o non sono riconosciuti dal paziente. In presenza di sospetta candidosi orale atrofica, si può eseguire un prelievo microbiologico per coltura. Nei pazienti che, in seguito a tampone ed esame citologico, evidenziavano la Candida, si sono ottenuti risultati clinici apprezzabili con l'uso di antimicotici.
- **Infezioni fuso-spirillari:** infezioni dento-parodontali. Ci sono stati dei casi di pazienti di età anziana, edentuli che lamentavano sensazioni di bruciore della bocca, in modo particolare alla lingua. In tutti questi pazienti, in seguito a campioni citologici, prelevati dalla lingua, fu dimostrata la presenza di batteri fusiformi e spirochete. Si ebbe un miglioramento in tutti i pazienti dopo l'uso di collutorio con tetraciclina. Per questo motivo, in presenza di glossopirosi, gli Autori consigliano sempre di prelevare campioni microbiologici dalla lingua.
- **Xerostomia** (iatrogena o da S di Sjogren): Vedere se esiste una reale secchezza delle fauci. Test del flusso salivare.
- **Allergia:** bisogna considerare anche l'allergia da contatto a materiali di uso odontoiatrico. *Leghe metalliche* usate in odontoiatria restaurativa contengono ioni di oro, palladio, zinco, cobalto, cromo, nichel, ecc. Diversi studi hanno evidenziato come sia possibile avere una reazione di ipersensibilità a uno o più di uno di questi materiali. Queste forme di allergia, in relazione all'insorgenza del dolore urente, sembrerebbe comunque estremamente rara. Il ruolo di una ipersensibilità a tali materiali, nella genesi della sintomatologia urente, non è ancora ben chiaro. Rimane da provare se l'eliminazione o meno di questi materiali influenzi veramente i sintomi.

È stata anche considerata una sensibilità individuale alla resina acrilica, nei portatori di protesi. I sintomi consistevano in un'intermittente, ma intensa, sensazione di secchezza, irritazione, bruciore in corrispondenza dell'area di contatto della protesi e nell'adiacente regione orale, soprattutto lingua e mucosa labiale. Sono stati effettuati degli studi epidemiologici su pazienti in cui si sospettava una possibile sensibilizzazione contro materiali di base della protesi. Si sono eseguiti dei patch-test su tali pazienti: solo una piccola parte era in effetti positiva verso uno o più materiali (allergeni) impiegati nella costruzione di una protesi (questi pazienti presentavano una DSM cioè una denture sore mouth). In questi casi la costruzione di nuove protesi usando materiali alternativi provocava un parziale o totale sollievo dei sintomi. In molti dei pazienti che mostrano sensibilizzazione nei confronti delle resine acriliche, utilizzate nella costruzione delle protesi, si è evidenziato un alto livello di monomero residuo nella loro protesi (le protesi con incompleta polimerizzazione del monomero, a causa della sua tossicità, vanno elencate tra le possibili cause di stomatodinia).

- **Allergia al cibo:** in alcuni pazienti l'uso di cibi pepati o caldi potrebbe peggiorare i sintomi di bruciore. Non deve essere interpretato come risultato di una reazione allergica, ma come

il risultato di un'irritazione locale. Lo stesso vale per alcune bevande come succo d'arancia o vino bianco frizzante. Solo in casi eccezionali può esserci una vera allergia: olii essenziali, componenti di alcune gomme da masticare, dentifrici, rossetti o lucidalabbra.

- **Protesi inadeguate:** la BM non è assolutamente limitata ai pazienti portatori di protesi parziale o totale. Diversi studi sostengono pesantemente contro l'ipotesi che la protesi possa rappresentare la causa principale della BM. Tuttavia alcuni pazienti portatori di protesi possono riferire bruciore alla bocca. A volte, questi sintomi sono stati relazionati alla presenza di protesi difettose (per occlusione, per instabilità, per insufficiente spazio per la lingua, per inadeguata dimensione verticale). Quando si evidenzia una correlazione tra bruciore e protesi, il sito di bruciore, in genere, è il tessuto in rapporto con la protesi, mentre, quando non c'è l'associazione, il sito di bruciore più comune è in altre sedi mucose. Apparentemente, nei pazienti in cui i sintomi erano stati attentamente relazionati alla protesi, si ottiene un lieve miglioramento dopo l'eliminazione dei fattori causali, includendo la protesi stessa.
- **Abitudini parafunzionali:** (bruxismo, digrignamento, parafunzioni muscolari della lingua; abitudini viziate quali mangiarsi le unghie o mettere penne, dita in bocca).
- **Malocclusione:** la malocclusione non è vista come la causa eziologica più comune per una BM. Una glossopirosi potrebbe essere legata al contatto traumatico tra punta della lingua e superfici linguali dei denti inferiori in caso di un sovrappiombamento dentario nel V sestante.
- **Galvanismo:** il galvanismo orale è riferito come un fenomeno di corrente risultante da una reazione elettrochimica tra i diversi restauri metallici in presenza di una soluzione conduttrice quale la saliva. La sintomatologia, spesso riferita, è un dolore acuto o un bruciore. È lamentato anche un gusto metallico. È stato suggerito che il galvanismo possa anche causare lesioni mucose. Non ci sono, però, dati scientifici certi che avvallino questa ipotesi.
- Molte **lesioni e disordini della mucosa** possono produrre stomatopirosi come sintomi iniziali. È quindi raccomandato un accurato esame della cavità orale e, in particolare, della mucosa orale.
  - ✓ *Carcinoma:* neoplasia maligna di origine epiteliale. Soprattutto nel carcinoma precoce della lingua e del pavimento orale, bruciore e prurito possono rappresentare i primi sintomi; in questo caso, però, i sintomi vengono riferiti in un sito specifico, diverso da quello normalmente colpito nella BMS. Inoltre il cancro orale, nelle fasi precoci, può presentarsi con cambiamenti leucoplasici o eritroplasi della mucosa. Siti preferenziali sono la lingua (margini e ventre) e il pavimento orale.
  - ✓ *Eritroplachia:* l'eritroplachia può causare sintomi come una sensazione di bruciore localizzata o una sensazione sgradevole di irritazione. La lesione si presenta di color rosso vivo e ben demarcata.
  - ✓ *Leucoplachia:* i sintomi, nella leucoplachia, sono di solito presenti nella variante non omogenea e possono consistere in una sensazione di bruciore o prurito simili ai sintomi in corso di BMS. Tuttavia i sintomi relativi alla leucoplachia sono localizzati e corrispondono a variazioni clinicamente visibili della mucosa orale.
  - ✓ *Lichen Planus:* il L.P.O., in particolare quello erosivo, è accompagnato qualche volta da dolore e sensazione di bruciore. I sintomi sono spesso intermittenti (diversi dalla BMS) e corrispondono a variazioni clinicamente visibili della mucosa orale.
  - ✓ *Stomatiti:* processo infiammatorio della mucosa orale e linguale, può assumere carattere eritematoso, ulcerativo, erosivo, atrofico, vescicolo-bollosa, ecc... Quando viene colpita la gengiva si usa anche il termine di gengivo-stomatite. La stomatite, in genere, è estremamente dolorosa ed i sintomi sono spesso descritti come una sensazione di bruciore. Le cause eziologiche possono essere quanto

mai varie. Il virus HSV può essere implicato nella genesi di una gengivostomatite erpetica.

- ✓ *Lingua scrotale*: chiamata anche *lingua plicata o fissurata*. Rappresenta un'alterazione disembrionogenetica visibile sulla superficie dorsale dei 2/3 anteriori della lingua. È una condizione spesso asintomatica. La maggior parte dei pazienti non sono consapevoli di tale condizione. Solo in rari casi vi è un disturbo che è comunque diverso dai sintomi della BMS, con riferimento alla durata e all'intensità. Nel caso di disturbi, al paziente potrebbe essere consigliato di spazzolare attentamente la lingua un paio di volte al giorno.
- ✓ *Papille foliate*: una delle normali localizzazioni del tessuto linfoide è la superficie latero-posteriore della lingua. Il tessuto connettivo sottoepiteliale di una papilla foliata contiene un numero variabile di follicoli linfatici. Occasionalmente queste papille possono infiammarsi (*iperplasia reattiva linfoide*) o irritarsi e, di conseguenza, farsi più grandi e sintomatiche. I sintomi possono consistere in una sensibilità unilaterale o bilaterale oppure dolore. In caso di sintomo unilaterale la principale preoccupazione è di fare diagnosi differenziale con carcinoma squamo-cellulare (tramite prelievo biotico). Nel caso di una manifestazione bilaterale, i sintomi possono mimare la BMS, ma fino ad un certo punto. Nel caso di BMS, infatti, i sintomi sono più diffusi e localizzati in altri siti orali.
- ✓ *Lingua a carta geografica*: denominata anche *eritema migrante*. È una condizione benigna ad eziologia sconosciuta. La lingua a carta geografica è spesso asintomatica e molti pazienti non sono consapevoli della condizione. Alcuni pazienti possono, comunque, accusare sintomi tipo BMS. In contrasto con la BMS i sintomi della lingua a carta geografica sono collegati al consumo di bevande e cibi ed il sito dei sintomi è ben correlato con i cambiamenti clinici visibili della mucosa linguale.
- ✓ *Lingua villosa*: detta anche lingua capelluta, dovuta ad un'eccessiva crescita delle papille filiformi del dorso della lingua (e ad una rallentata desquamazione), dando alla superficie della lingua un aspetto capelluto. Il colore della lingua villosa può variare dal bianco al giallo, dal grigio al marrone-nero. La colorazione può essere dovuta al tabacco, al ristagno di cibo, alla crescita di batteri cromogeni e a colluttori (clorexidina). La lingua villosa può essere asintomatica. In diversi casi sono stati riportati casi di prurito o altri disturbi sulla lingua stessa o sul palato che potrebbero mimare i sintomi di una BMS.

### **Fattori sistemici:**

- **Disturbi ormonali**: in particolare l'ipoestrogenemia legata allo stato post-menopausale. Vista la maggiore frequenza della stomatopirosi nel sesso femminile in post-menopausa, è stato a lungo studiato il legame con il deficit estrogenico. Si sono effettuati degli studi caso-controllo tra donne in post-menopausa con sintomi orali urenti e donne in post-menopausa non sintomatiche. In entrambi i gruppi, fu raccolta la saliva e venne comparata. Il tasso del flusso salivare era simile in entrambi i gruppi. Tuttavia fu notata una modificazione qualitativa della saliva: la concentrazione di potassio, proteine salivari e fosfati era significativamente più alta nel gruppo testato piuttosto che in quello controllo. L'aumento della concentrazione di fosfato, in particolare, è stato interpretato come secondario ai cambiamenti dell'equilibrio ormonale. Altri studi, però, sembrerebbero confermare che le variazioni ormonali non abbiano un effetto diretto sui sintomi orali. Questa conclusione è supportata da diversi studi in cui, dopo terapia con estrogeni, non si è ottenuto un miglioramento dei sintomi.
- **Disordini ematici**: Anemie, soprattutto sideropeniche e perniciose.

- **L'anemia sideropenica è un segno di una malattia e non la malattia stessa.** È un segno abbastanza frequente. È stato dimostrato come circa il 10-30% di tutte le donne soffrono di questo tipo di anemia. Nelle donne l'anemia di ferro può essere causata dalle mestruazioni. Reperti caratteristici della presenza di questa anemia includono screpolature e fessure nelle commessure labiali, glossite (lingua liscia, rossa dolente con atrofia della papille) e disfagia risultante dal restringimento esofageo. L'associazione di disfagia, cheilite angolare e glossite con l'anemia sideropenica è conosciuta come S. di Plummer-Vinson o Paterson-Kelly. **La carenza di Fe è stata chiamata in causa nella genesi della stomatopirosi** (anche se raramente).
- **L'anemia pernicioso** è un'anemia megaloblastica causata da una carenza di Vit B<sub>12</sub>, la quale è a sua volta dovuta ad un difetto del *fattore intrinseco* responsabile dell'assorbimento della vitamina stessa. Sintomi orali sono spesso presenti sottoforma di sensazione di bruciore e prurito, disturbi del gusto, intolleranza a protesi e, raramente, secchezza della bocca. La mucosa orale spesso può rilevare atrofia delle papille del dorso linguale. Nei casi gravi, si parla di *glossite di Hunter* o *glossite di Moeller* (la lingua si presenta liscia e rossa).
- **Carenze vitaminiche:** associate principalmente al complesso di vitamine B (in particolare B<sub>1</sub> B<sub>2</sub> e B<sub>6</sub>). **È stato preso in considerazione anche lo Zinco e l'acido folico.**
- **Diabete mellito:** attraverso un meccanismo patogenetico in parte relativo alla neuropatia e microangiopatia, potrebbe essere responsabile dell'insorgenza del bruciore.
- *Riduzione del flusso salivare:* è supposto che, negli anziani, la funzione delle ghiandole salivari decresce, causando disturbi di secchezza delle fauci e, forse, predisposizione ad una BM. In uno studio caso-controllo di 89 pazienti con BMS fu misurato il tasso di flusso salivare della saliva a riposo e della saliva stimolata. Venne poi fatto un confronto con un gruppo controllo, di uguale sesso ed età, ma senza BMS. La secrezione di saliva a riposo era estremamente bassa nei pazienti con BMS rispetto al gruppo controllo. Dopo stimolazione fu osservato un significativo aumento della secrezione nei pazienti con BMS. È stato visto che la secchezza delle fauci può solo aggravare i sintomi di bruciore.
- **Ipotiroidismo.**
- **Effetti collaterali dei farmaci:** spesso le persone anziane, che riferiscono stomatopirosi, usano più di un farmaco contemporaneamente. Le ridotte riserve fisiologiche e la bassa resistenza, assieme allo stress, fanno sì che, questi pazienti, siano particolarmente vulnerabili all'azione di questi farmaci. L'uso di antibiotici a lungo termine può andare a depauperare la flora intestinale, determinando disturbi di assorbimento soprattutto del ferro e della vit. B<sub>12</sub>. Molti farmaci hanno la capacità di indurre xerostomia. In corso di xerostomia, le mucose orali, perdendo i meccanismi difensivi, la detersione meccanica, la lubrificazione, risultano più suscettibili ad infezioni ed infiammazioni su base traumatica. Una BM secondaria all'uso di farmaci potrebbe essere determinata dagli effetti collaterali extrapiramidali di alcuni farmaci, con la comparsa di discinesie e tremori involontari della muscolatura oro-facciale e della lingua in particolare, che può essere fonte di parafunzioni o irritazioni croniche. Questi movimenti scompaiono durante le fasi di sonno.
- **Gastrite cronica e reflusso gastro-esofageo.**

### Fattori psichici:

Già nel 1920, fu notata l'eziologia psicogena, come possibile causa di stomatopirosi. Anche nella letteratura recente, è stata data molta attenzione alle possibili cause psicogene. Nei pazienti con stomatopirosi si osserva, di frequente, un'associazione con disordini di origine psicosomatica. In molti casi, si ritiene che abbiano una origine psicomotoria e rappresentino i sintomi di una patologia psichiatrica. Infatti per la BMS (così come anche per le disfunzioni cranio-mandibolari) si deve sempre ipotizzare una componente psicogena (La professoressa G. Campisi ha ricordato l'esempio di una donna che presentava un dolore all'ATM da quando aveva subito una violenza sessuale).

Questi pazienti hanno una personalità *ansiosa*, introversa, tendente alla *depressione*, all'*ipocondria* e allo *stress*. Queste alterazioni si osservano, di frequente, nelle donne in menopausa e vengono aggravate dalla percezione della perdita della propria identità femminile. **In questi soggetti si osserva spesso una marcata cancerfobia**. I meccanismi attraverso cui, queste alterazioni della sfera psicologica, possano tradursi in un disturbo somatico, come la stomatopirosi, sono del tutto ignoti. Resta il fatto che essa risponde positivamente all'impiego di psicofarmaci, come le benzodiazepine e gli antidepressivi triciclici.

Quindi, spesso, in soggetti predisposti, con una componente emotiva forte, una cura odontoiatrica (quale l'estrazione di un dente) può essere la causa scatenante per la comparsa di un senso di bruciore, di una disestesia nel cavo orale.

Riportiamo la nostra esperienza del tirocinio teorico-pratico di patologia Speciale Odontostomatologica, svolto presso la clinica odontostomatologica del Policlinico di Palermo: alla nostra osservazione si presenta una donna di mezza età. All'esame obiettivo non si evidenziano lesioni evidenti (tamponi orali negativi per candida). La diagnosi clinica è quella di una **BMS**. La BMS necessita di una cura farmacologica a base di benzodiazepine (in modo anche da migliorare il sonno della paziente). Si consiglia, inoltre, alla paziente di effettuare degli spuntini (ogni 3-4 ore). Questo perché la sintomatologia si attenua nel momento in cui mangia e nell'intervallo di tempo che segue all'assunzione di cibo. Ecco qual è l'utilità di effettuare più spuntini.

La terapia che viene prescritta consiste:

- Rivotril gocce (5 gocce da tenere sotto la lingua per 1 minuto e poi sputare).
- Biotene (Sciacquo e collutorio).
- Evitare vapori di stampante (e comunque evitare, per quanto possibile, qualsiasi tipo di vapori chimici).
- Smettere di mangiarsi le unghie.
- *Oral tongue* (sistema per pulire la lingua).
- Dieta selettiva (deve eliminare i cibi acidi; evitare Pizza, Pane bianco, Cioccolato, Agrumi, Mandorle, Nocciole, ecc.)
- Integratore Vitaminico (Con Zn): *Supradin, Betotal*.

Il *Rivotril* è una benzodiazepina, che ha un effetto, non solo ansiolitico, ma anche a livello dei recettori sensoriali. Il *Rivotril* si assume con gocce, 3 volte al giorno, che si mettono sotto la lingua e poi si sputano. Le gocce si deglutiscono solo la sera. Il motivo per cui si consiglia, di mattina e a mezzogiorno, di non deglutire le gocce è quello di evitare di stonare la paziente, la sera le gocce possono essere deglutite, in modo da far conciliare il sonno al paziente.

### *Istopatologia*

Dato che nessuna lesione si accompagna ai quadri di sindrome della bocca che brucia, e dato che i sintomi sono generalizzati piuttosto che localizzati ad un'area particolare, non è indicato effettuare alcun prelievo biotico. Quando, in modo arbitrario, viene scelta una zona posta all'interno del campo dove viene riferito il sintomo e vi si effettua una biopsia, il tessuto si rileva normale. Colorazioni particolari possono rilevare la presenza di scarse ife di *C. Albicans*.

### *Diagnosi*

La diagnosi si basa su una attenta raccolta anamnestica, sull'assenza di segni clinici rilevabili attraverso l'esame obiettivo indorale, sulle valutazioni degli esami di laboratorio e sull'esclusione di possibili altri problemi orali.

L'anamnesi può evidenziare la presenza di diabete, l'uso terapeutico di farmaci (bisogna valutare la relazione temporale tra la comparsa dei sintomi e l'uso di farmaci) e di xerostomia.

Diversi sono gli esami di laboratorio che si sono rilevati utili per poter escludere altre patologie causa di sintomatologia analoga alla BMS: Colture di *C. albicans* (dopo prelievo microbiologico);

test per la *S. di Sjogren* (anticorpi SS-A e SS-B, ipergammaglobulinemia, fattore reumatoide, xeroftalmia e xerostomia); emocromo completo con formula, la sideremia e i livelli sierici di vit. B e acido folico (l'anemia magaloblastica, sideropenica e perniciosa possono causare bruciore linguale); la glicemia (neuropatia periferica diabetica); estrogeni e progesterone, ipotiroidismo (disendocrinie); test allergogeni.

### **Trattamento**

Non esiste un trattamento unico specifico per la stomatopirosi. Per ogni singolo paziente vanno individuati i fattori causali e impostato consequenzialmente il trattamento in relazione alla diversa eziologia. Nei casi che riconoscono un'eziologia dovuta a fattori locali si deve perseguire: la correzione di fattori irritanti (margini di denti, protesi, otturazioni); l'educazione del paziente per eliminare comportamenti nocivi (parafunzioni muscolari; cibi irritanti, fumo eccessivo). Nei casi in cui i sintomi siano dovuti al contatto traumatico della lingua con le superfici irregolari dentarie si può seguire il seguente protocollo: insegnare al paziente degli esercizi mio-funzionali per distoglierlo dall'abitudine; eliminare cuspidi dentarie e otturazione e protesi con margini traumatici; consegnare delle placche di protezione in resina acrilica che ricoprono i denti.

Se il soggetto è portatore di protesi rimovibile, è importante effettuare un test colturale per la *C. albicans*. Se il test è negativo, la semplice ribasatura della protesi può eliminare il traumatismo cronico. Se l'esame colturale per *C. albicans* risulta positivo, l'uso di un antimicotico può condurre a risultati clinici apprezzabili.

Se la causa sembra risiedere in un farmaco, può essere utile consultare il medico curante e tentare la sostituzione con una molecola analoga.

Il passo preliminare per l'instaurazione di una terapia sistemica è l'identificazione della possibile eziologia legata a patologie organiche sistemiche (reflusso gastro-esofageo, endocrinopatie, diabete, allergie, nevralgie, ipovitaminosi, anemia, ecc..)

**Il trattamento può essere difficile.** Le alterazioni ormonali, i problemi neurologici e le situazioni in cui non viene riconosciuta una causa sono difficili sia da determinare che da curare. È possibile suggerire la consulenza di altri specialisti, soprattutto se non si è certi di aver verificato tutte le possibili cause. È importante impiegare un atteggiamento empatico, sensibile con i pazienti affetti dalla BMS, spiegando tutte le caratteristiche della malattia. Il clinico deve sempre offrire il proprio sostegno, rassicurando il paziente con atteggiamento paziente (il paziente spesso è oncofobico). Tale atteggiamento è quanto mai utile nei casi che riconoscono un'origine psicosomatica; è consigliabile, infatti, un **approccio psicologico prima ancora che farmacologico**. Può essere utile ricorrere ad un consulto di tipo psicologico. La somministrazione di farmaci ansiolitici e/o antidepressivi (quali benzodiazepine) determina un miglioramento in circa il 70% dei casi. Nei casi resistenti al trattamento con benzodiazepine, può essere necessario effettuare un trattamento combinato con il neurologo ed istituire una terapia con antidepressivi. Gli antidepressivi non andrebbero impiegati se è presente anche xerostomia, dato che questi ultimi potrebbero peggiorare la situazione.

### Management proposto presso il reparto di Medicina Orale

- Informare il paziente sulla benignità della patologia.
- Sostituti salivari.
- *Rivotril* (clonazepam).
- Benzidamina HCL soluzione al 3% (è un blando anestetico. **Si ipotizza che il paziente con BMS abbia una neuropatia periferica dovuta ad una atrofia epiteliale per cui le terminazioni nervose sarebbero più libere e superficiali; quindi, anche un piccolo stimolo potrebbe determinare la sintomatologia**).
- Dieta selettiva. Evitare liquidi o cibi acidi.
- Evitare colluttori contenenti alcool; evitare dentifrici con esaltatori di sapore e aromatizzanti; evitare chewing-gum e caramelle con esaltatori di sapore e aromatizzanti.



- Antistaminici per uso topico.
- Lidocaina.
- La capsaicina, sebbene non ancora valutata in modo esteso, sembrerebbe utile: riuscirebbe a bloccare con meccanismo omeopatico i recettori del bruciore.

Carlo Paderni  
Roberta Saccone

### **Bibliografia:**

- **Joseph A. Regezi, James J. Sciubba** “*Patologia orale*”:
- Dutree-Meulenberg R, Kozel M, Van Jost T., “*Burning Mouth Syndrome: a possibile role for local contact sensitivity*”. J Am Acad Dermatol 26:935-940, 1992.
- Gorsky M, Silverman S, Chinn H. “*Clinical characteristics and management outcome in the Burning mouth syndrome*”. Oral Surg Oral Med Pathol 73:570-574, 1991.
- Lamey P., Hammond A., Allam B., et al. “*Vitamin status of patients with burning mouth syndrome and the response to replacement therapy*”. Br Dent J 160:81-84, 1986.
- Maragon P., Ivanyi L. “*Serum zinc levels in patients with burning mouth syndrome*”. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 71:447-450, 1991.
- Tourne LPM, Friction Jr., “*Burning mouth syndrome: critical review and proposed management*”. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 74: 158-167, 1992.
- Van Der Ploeg H., Van Der Wal N., Eijkam M., et al. “*psychological aspects of patients with burning mouth syndrome*”. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 63: 664-668, 1987.
- **Giuseppe Ficarra**, “*Manuale di patologia orale*”:
- M. Bergdahl, G. Anneroth, I. Anneroth: “*Clinical study of patients with burning mouth*”. Scand. J. Dent. Res. 105: 299-305, 1994.
- M. Bergdahl, I. Bergdahl: “*burning mouth syndrome: prevalence and associated factors*”. J. Oral Pathol. Med. 28: 350-354, 1999.
- Gorsky M, Silverman S, Chinn H. “*Clinical characteristics and management outcome in the Burning mouth syndrome*”. Oral Surg Oral Med Pathol 72: 192-195, 1991.
- P.J. Lamey, A.B. Lamb, A. Hughes, K.A. Milligan, A. Forsith: “*Type 3 burning mouth syndrome: psychological and allergic aspects*”. J. Oral Pathol. Med: 23: 216-219, 1994.
- I. Van der Waal “*The burning mouth syndrome*”. Munksgaard, Copenhagen, 1990.
- P. Vescovi, M. Manfredi, G. Savi e coll: “*Burning mouth syndrome: esperienza in 75 pazienti*”. Minerva stomatol. 49: 169-177, 2000.
- L. Tormbelli, F.Zangari, G. Calura: “*Aspetti psicologici nei pazienti affetti da Burning mouth syndrome*”. Minerva Stomatol. 43: 215-221, 1994.
- **Roderick A. Cawson, Andrew W. Barrett, John M. Wright, William H. Binnie**: “*Patologia orale*”; Delfino editore.
- **F. Montagna, Giuseppe Ferronato, F. Martinelli**: “*Patologia orale orientata per problemi: diagnosi differenziale e terapia*”. A.N.D.I. edizioni Promoass.