

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS  
ARTÍCULO ORIGINAL**Síndrome de Boca Ardiente en pacientes atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Freyre de Andrade", 2009-2014****Burning Mouth Syndrome in patients treated in "Freyre de Andrade" Clinical Surgical Teaching Hospital, 2009-2014**Yamina Bárbara Sarracent Valdés<sup>I</sup>, Alicia Granados Martínez<sup>II</sup><sup>I</sup>Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Freyre de Andrade". La Habana, Cuba.<sup>II</sup>Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.**Cómo citar este artículo**

Sarracent Valdés YB, Granados Martinez A. Síndrome de Boca Ardiente en pacientes Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Freyre de Andrade", 2009-2014. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 [citado ];17(2):[190-200]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2204>

**Recibido: 18 de enero del 2018.****Aprobado: 27 de febrero del 2017.****RESUMEN**

**Introducción:** El Síndrome de Boca Ardiente, constituye un trastorno sensitivo-doloroso de la cavidad bucal, caracterizado por síntomas crónicos de ardor o dolor en presencia de una mucosa bucal clínicamente normal, capaz de conducir a importantes alteraciones psicosociales.

**Objetivo:** Caracterizar epidemiológica y clínicamente a los pacientes con Síndrome de Boca Ardiente atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Freyre de Andrade" en el período de 2008 a 2014.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo y

transversal, en 36 pacientes con Síndrome de Boca Ardiente desde febrero de 2009 hasta junio de 2014. Se estudiaron las variables: edad, sexo, síntomas y su localización, factores de riesgo sistémicos y locales y subtipo clínico.

**Resultados:** El 77,8% de los afectados eran del sexo femenino y 22,2% del masculino; mientras que 72,2% pertenecían al grupo de 60 años y más. El 66,6% mantenía tratamiento con medicamentos xerostomizantes y 27,8% de los pacientes presentó factores protésicos como factor de riesgo local; 13,8% presentaba síntomas difusos en la cavidad bucal; en 44,4% la lengua

fue el lugar referido y la mucosa del carrillo en 25%; mientras 66,7% perteneció al subtipo II.

**Conclusiones:** En los pacientes con Síndrome de Boca Ardiente estudiados predomina el sexo femenino y el grupo de 60 años y más; los factores de riesgo de mayor frecuencia son los medicamentos xerostomizantes, la

posmenopausia y los trastornos psicológicos. El síntoma ardor bucal es el más referido, la lengua la más afectada y la mayoría de los pacientes pertenecen al subtipo II.

**Palabras claves:** Síndrome de Boca Ardiente, Ardor bucal, Xerostomía, Boca Seca.

### ABSTRACT

**Introduction:** Burning Mouth Syndrome is a sensitive-painful disorder of the oral cavity, characterized by chronic symptoms of burning or pain in the presence of a clinically normal oral mucosa, capable of leading to important psychosocial changes.

**Objective:** To characterize, from the epidemiological point of view, the patients with Burning Mouth Syndrome treated in "Freyre de Andrade" Clinical Surgical Teaching Hospital from 2008 to 2014.

**Material and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted in 36 patients with Burning Mouth Syndrome from February 2009 to June 2014. The following variables were studied: age; sex; symptoms and their localization; and systemic and local risk factors, as well as clinical subtype.

**Results:** The 77,8% of people affected were female and the 22,2% were male, whereas the

72,2% belonged to the group of 60 years and over. The 66,6% followed treatment with xerostomizing drugs; the 27,8% of patients presented factors related to prosthetic use as a local risk factor; the 13,8% presented diffuse symptoms in the oral cavity; the 44,4% of patients reported symptoms in the tongue, and the 25 % presented symptoms in the mucosa of the cheek; whereas the 66,7% belonged to the subtype II.

**Conclusions:** Burning Mouth Syndrome predominates in the female sex and the group of 60 years and over in the patients studied. The most frequent risk factors are the xerostomizing drugs, menopause, and psychological disorders. Burning mouth is the most referred symptom, the tongue is the most affected site, and most of the patients belong to subtype II.

**Keywords:** Burning Mouth Syndrome, burning mouth, Xerostomia, dry mouth.

### INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Boca Ardiente (SBA), constituye una de las modalidades del dolor bucofacial, y se define como la manifestación compleja de síntomas de quemazón, escozor, ardor, picor o dolor en la cavidad bucal y labios, estando la mucosa clínicamente normal.<sup>1,2</sup> Constituye una entidad clínica que con relative frecuencia se

presenta en los pacientes, sobre todo aquellos que exceden 50 años de edad.<sup>3</sup>

Los pacientes lo describen como quemazón o escozor, que en muchas ocasiones se acompaña de otras "sensaciones anormales" en la boca, como la sensación de tener arena, alteraciones del gusto, tensión lingual y sensación de boca

seca.<sup>2</sup> Se describen estas molestias en la boca como inaguantables, variables a lo largo de la jornada y persistentes, estando en ocasiones presentes durante años.<sup>2,3</sup>

Se han reconocido en la evolución del término de SBA diferentes denominaciones como: Glosodinia o Glosopirosis, refiriéndose a la localización lingual preferiblemente, Estomatodinia, Estomatopirosis, dolor bucolingual, Disestesia bucal. En la actualidad se prefiere la denominación usada en este trabajo (SBA), al considerar que más que una enfermedad es un conjunto de síntomas que confluyen y forman parte de un síndrome en su manifestación bucal.<sup>4,5</sup>

Desde el punto de vista clínico los síntomas se presentan en los pacientes siguiendo, generalmente, determinados patrones de comportamiento. Teniendo en cuenta lo anterior, Lamey y Lewis<sup>6</sup> han clasificado el síndrome en las siguientes categorías: subtipo I (progresivo), subtipo II (continuo), subtipo III (Intermitente).

Los síntomas presentes en el SBA no son exclusivos de este padecimiento, por tanto debe distinguirse de entidades patológicas como el liquen plano bucal erosivo, la candidiasis y la lengua geográfica.<sup>3</sup>

Hasta el momento, a pesar de los esfuerzos de los investigadores, su etiología y patogenia permanecen desconocidas, siendo la sensación

de ardor en la mucosa bucal, considerada por muchos como multicausal. Sin embargo, se han sugerido algunos factores de riesgo, y se han agrupado bajo tres categorías principales: locales, sistémicos y psicológicos,<sup>7,8</sup> aunque los últimos pueden considerarse también como factores sistémicos. A menudo se afirma que la interacción de estos factores es compleja y no se sabe si son estos los que originan los síntomas, o bien son los síntomas los que determinan el perfil característico de los pacientes con este tipo de trastornos.<sup>9,10</sup>

Se reconoce en el paciente con SBA, a un paciente que sufre considerablemente, que puede acudir a las consultas, en ocasiones alterado psíquicamente, no solo por su padecimiento, sino además por la falta de estimación con que suele ser valorado luego de algún tiempo, por su entorno social.<sup>2,7,10,11</sup> Se trata de una entidad donde no se ha logrado establecer aún relación estable de causa-efecto entre los factores etiológicos y la enfermedad propiamente dicha y, por ende, de difícil manejo terapéutico.<sup>11,12</sup>

El envejecimiento paulatino experimentado por la población cubana y el ser este grupo mayormente susceptible a padecer el SBA, impone nuevos retos para buscar soluciones a problemas como este, que limitan la salud y calidad de vida social.

### OBJETIVO

Con motivaciones basadas en lo anteriormente explicado se realizó este estudio con el objetivo de caracterizar desde el punto de vista clínico y

epidemiológico el Síndrome de Boca Ardiente en pacientes atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Freyre de Andrade".

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal, utilizando como universo a todos los pacientes, quienes acudieron al servicio de Cirugía Máxilo Facial del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Freyre de Andrade" con síntomas y signos compatibles con el diagnóstico de Síndrome de Boca Ardiente, en el período comprendido desde febrero 2009 y junio 2014. El total de pacientes estudiados fue 36.

Se estudió la edad como variable cuantitativa y las siguientes variables cualitativas: sexo (femenino, masculino); grupos de edad (15-29 años, 30-44 años, 45-59 años, 60 años y más); síntomas (ardor, xerostomía, disgeusia, agrandamiento, prurito); localización de los síntomas (lengua, carrillo, paladar, labios, suelo de boca, encías, varias zonas); variables relacionadas con factores de riesgo sistémicos referidos por los pacientes u obtenidos a través de pruebas de laboratorio, categorizados como variables cualitativas dicotómicas (Sí, No), que incluyeron: medicamentos xerostomizantes (según relación de medicamentos con efecto xerostomizante propuesto por OMS),<sup>13</sup> post-menopausia (período posterior a la última menstruación), hipertensión arterial, trastornos digestivos (úlceras gástricas, gastritis, reflujo gastroesofágico, hernia hiatal), trastornos psicológicos (ansiedad, depresión), anemia (determinada a través de medir la concentración de hemoglobina en sangre y definida por cifras inferiores a 10,0g/dL en las mujeres y 12,0g/dL en los hombres), Diabetes Mellitus, otros y sin antecedentes.

Se estudiaron además variables relacionadas con factores de riesgo locales, obtenidos según las referencias del paciente o cuando fueron

detectados durante el examen físico. Fueron categorizadas como variables cualitativas dicotómicas (Sí, No) e incluyeron: higiene bucal deficiente (abundante placa dentobacteriana y/o presencia de sarro, sin usar sustancias reveladoras), factores protésicos (prótesis de más de 5 años de uso, desajustada o en mal estado) y la ingestión de alimentos calientes y/o condimentados (según lo referido por el paciente). Por último los subtipos clínicos: subtipo I (paciente que no sufre los síntomas al despertar, pero que surgen y aumentan de intensidad progresivamente en el transcurso del día), subtipo II (los síntomas están presentes al despertar y persisten durante todo el día, de forma continua) y subtipo III (los síntomas son intermitentes, no diarios, hay días en el que el paciente se encuentra libre de cualquier síntoma).<sup>6</sup>

### *Técnicas y procedimientos*

A cada paciente seleccionado para el estudio le fue solicitado su consentimiento informado, se le realizó una entrevista y examen bucal en un sillón dental con buena iluminación y se utilizó espejo bucal plano No. 5. El diagnóstico de SBA fue establecido cuando los pacientes referían sensación urente, picante o de dolor en la mucosa bucal y esta a su vez era clínicamente normal. Se les llenó un formulario de donde se obtuvieron las variables de estudio. Se indicó a la vez a cada paciente un hemograma con diferencial para conocer el valor de la hemoglobina en el momento del estudio.

Los datos obtenidos se volcaron en una planilla recopiladora, se creó una base con sistema Excel. Se utilizó el paquete estadístico SPSS.11.5. Se emplearon valores absolutos y por cientos; por

último, los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos para su mejor comprensión. La investigación se realizó cumpliendo con lo

establecido por el Código Internacional de Ética Médica.

**RESULTADOS**

El total de pacientes con diagnóstico de SBA fue 36. De ellos, 28 (77,8%), pertenecían al sexo femenino y 8 (22,2%), al masculino. De los grupos de edades estudiados se constató que ningún

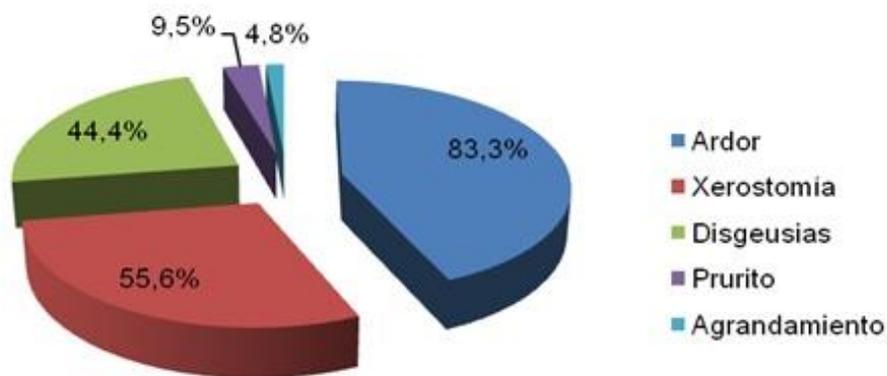
paciente pertenecía al grupo de edad de 15- 29 años y que 26 pacientes (72,2%), se encontraban concentrados en el grupo de 60 años y más. (Tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de pacientes con Síndrome de Boca Ardiente según sexo y grupos de edad

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
30-44 años	1	2,8	0	0	1	2,8
45-59 años	8	22,2	1	2,8	9	25,0
60 y más	19	52,8	7	19,4	26	72,2
Total	28	77,8	8	22,2	36	100

Se expresan en la Figura 1, los diferentes síntomas referidos por los pacientes estudiados. Se puede apreciar que el mayor porcentaje de los síntomas correspondió al ardor, referido por 30

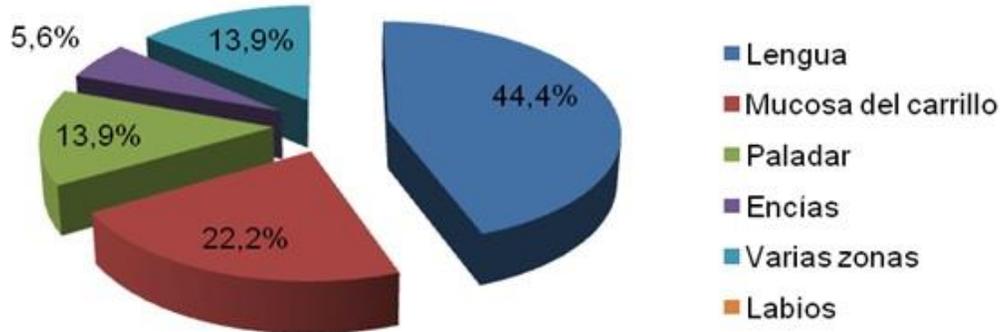
pacientes (83,3%), seguido de la sensación de boca seca que se presentó en 20 pacientes (55,65%).



**Figura 1.** Distribución de pacientes con Síndrome de Boca Ardiente, según síntomas referidos

Al distribuir los pacientes según los diferentes sitios de localización de los síntomas en la cavidad bucal (Figura 2), se observa que en 5 pacientes (13,9%) los síntomas eran difusos ubicándose en más de un sitio de la cavidad bucal. En el resto de los pacientes, los síntomas fueron

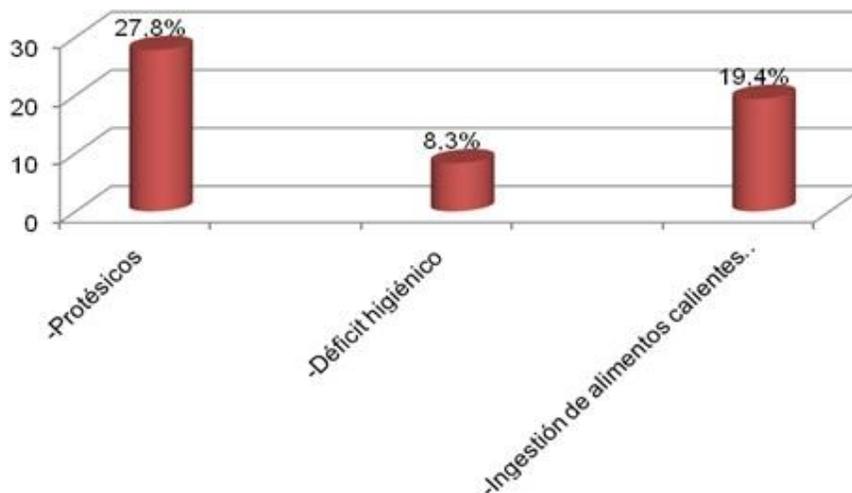
experimentados en una ubicación específica de la boca, el sitio de mayor frecuencia fue la lengua, afectada en 16 pacientes para 44,4%, seguido de la mucosa del carrillo donde refirieron síntomas 8 pacientes, para 22,2%.



**Figura 2.** Distribución de pacientes con Síndrome de Boca Ardiente, según sitios de localización de los síntomas en la cavidad bucal

En la Figura 3, se observa la presencia de factores de riesgo local en los pacientes con Síndrome de Boca ardiente. Se encontraron factores protésicos en 10 pacientes lo que constituyó

27,8% de la muestra estudiada; déficit higiénico en 3 pacientes (8,3%) y 19,4% (9 pacientes) de ellos refirió ingestión de alimentos calientes y/o condimentados.



**Figura 3.** Distribución de pacientes con Síndrome de Boca Ardiente, según presencia de factores de riesgo local

En la Tabla 2, se distribuyeron los pacientes según los factores sistémicos identificados en ellos. Se encontró que 66,6% mantenía tratamiento con medicamentos causantes de xerostomía; de las

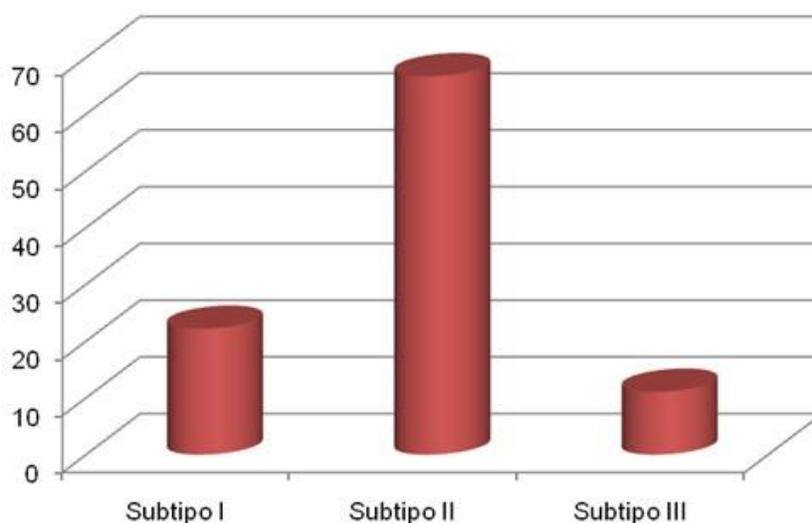
mujeres 58,3%, eran posmenopáusicas y 55,5% de los pacientes refirió algún tipo de trastorno psicológico. El paciente reconocido en la categoría de otros, padecía artritis reumatoidea.

**Tabla 2.** Distribución de pacientes con Síndrome de Boca Ardiente, según factores de riesgo sistémicos

Factores sistémicos	No.	%
Medicamentos xerostomizantes	24	66,6
Post-menopausia	21	58,3
Trastornos psicológicos	20	55,5
Hipertensión arterial	15	41,6
Trastornos Digestivos	15	41,6
Anemia	2	5,5
<i>Diabetes Mellitus</i>	7	19,4
Sin antecedentes	2	5,5
Otros	1	4,8

Por último, en la Figura 4, se observan los subtipos clínicos a que pertenecían los pacientes, según las características de sus síntomas y teniendo en cuenta la clasificación propuesta por

Lamey y colaboradores. Se encontró que 24 pacientes (66,7%) pertenecieron al subtipo II; 8 pacientes (22,2%) al subtipol y solo 4 (11,1%) al subtipo III.



**Figura 4.** Distribución de pacientes con Síndrome de Boca Ardiente, según subtipo clínico

## DISCUSIÓN

El SBA es descrito, generalmente, como una condición que afecta a mujeres peri y postmenopáusicas.<sup>1,5,7</sup> La proporción respecto a varones es de 7:1 y la edad media de aparición es de 55-60 años, con rara existencia por debajo de 30 años.<sup>1,8</sup> El presente estudio coincide con los anteriores resultados (Tabla 1), al obtener que el grado de afectación en los hombres, en relación con las mujeres disminuye considerablemente y que en el grupo de edad de 60 años y más, se hallaba el mayor porcentaje de afectación. A pesar de la multiplicidad de estudios con coincidencia de resultados, hasta el momento, no se ha podido demostrar que la enfermedad resulte del proceso de envejecimiento. Se cree que otros factores como el consumo de medicamentos xerostomizantes, la presencia de enfermedades sistémicas crónicas y los estados psicológicos tienen un importante papel en el padecimiento.

Es frecuente encontrar la asociación del SBA a otros síntomas, como xerostomía, parestesia, alteración del gusto, dolor de cabeza, insomnio y dolor en la articulación temporomandibular.<sup>1,5,9</sup> Los resultados del presente estudio, (Figura 1), coinciden con los de autores,<sup>4,10,11</sup> que sitúan a manifestaciones como la xerostomía y las alteraciones del gusto, dentro de las más habituales en el SBA, por ejemplo Bergdahl y Bergdahl,<sup>14</sup> en una muestra de 53 pacientes, encontraron afectados de xerostomía a 66% de los casos, porcentaje similar al obtenido por Peñarrocha<sup>9</sup> y Grushka,<sup>15</sup> quienes también informan sobre prevalencias de xerostomía superiores a 60% en sus muestras. A pesar de esto, en la mayoría de los estudios en los que se mide la tasa de flujo salival (en reposo y

estimulado), no se han revelado diferencias significativas con los controles.<sup>9,10</sup> Es decir, la capacidad funcional de las glándulas salivales está preservada y la sensación de boca seca no siempre se corresponde con una hiposialia. Las alteraciones del gusto presentes en un elevado número de los pacientes, coinciden con lo descrito por Grushka<sup>15</sup> en su estudio de 49 personas con SBA.

La localización más habitual de los síntomas en el presente estudio (Figura 2), fue la lengua, lo que coincide con algunos de los estudios revisados.<sup>1,13,14</sup> Casariego<sup>16</sup> considera que en este síndrome, generalmente la lengua es la más afectada. Se han reconocido en estas zonas receptores del tipo alfa y beta adrenérgicos (alfa 1 y 2, y beta 1 y 2), siendo los mastocitos, en las criptas amigdalinas del tejido subepitelial, y en la mucosa de las fauces, ricos depósitos de receptores beta 2. El aumento de receptores beta totales de membrana produce aumento del estado de hipersensibilidad, aspecto este que parece justificar la mayor afectación de la lengua sobre otros sitios de la boca.<sup>1</sup>

Los factores de riesgo locales fueron valorados (Figura 3), y se constató que, en casi la mitad de los pacientes estudiados fue encontrado algún factor de riesgo local. La mayor cantidad de ellos se concentró en los factores protésicos. Estudios<sup>4,7</sup> apuntan a que en la etiología del SBA, las dentaduras mal adaptadas desempeñan un papel de interés, y se haya descrita una posible relación entre los problemas de prótesis bucales (adaptación, diseño) y la sensación de ardor bucal, ya que pueden provocar cambios periféricos o centrales en la función nerviosa sensorial, y originar dolores bucales atípicos. Sin

embargo, en el estudio realizado por Lamey y cols,<sup>6</sup> señalan que el reemplazo de la prótesis solo consiguió aliviar los síntomas de 25% de los pacientes con SBA. En correspondencia con los resultados obtenidos en el presente trabajo, diversos autores<sup>8,9</sup> plantean que, los alimentos muy calientes y condimentados pueden provocar sensación de ardor en la mucosa bucal.

Al valorar las causas sistémicas (Tabla 2), los resultados de esta investigación están en correspondencia con lo planteado por varios autores,<sup>4,16,17</sup> que consideran que el consumo de fármacos productores de sequedad, es uno de los factores que modifica la secreción de las glándulas salivales y es de suma importancia en la etiología del SBA. Algunos estudios arrojan que solo encuentran asociación entre la ingestión de medicamentos antihipertensivos y diuréticos.<sup>12</sup>

En relación con la presencia de trastornos psicológicos, los resultados son semejantes también a los obtenidos por varios autores que han demostrado la asociación del SBA con diversos trastornos psicológicos, como depresión, ansiedad, hipocondría, cancerofobia, somatización, obsesión y hostilidad. Sin embargo, sugieren que los factores psicológicos encontrados en el síndrome son el resultado, y no la causa del dolor que las condiciones psicológicas pueden ser simplemente reacciones alteradas de un estado de dolor crónico y no necesariamente un agente etiológico causal.<sup>8,18,19</sup> Lo registrado en el presente estudio en relación

### CONCLUSIONES

En los pacientes afectados por el SBA estudiados predomina el sexo femenino y el grupo de edad de 60 años y más. Los factores de riesgo que predominan son el uso de medicamentos

con la prevalencia del SBA en mujeres en edad posmenopáusica queda corroborado con multitud de estudios realizados.<sup>12,13,16,20</sup> Consideran que la disminución de las hormonas esteroideas durante la menopausia lleva a una reducción concomitante de esteroides neuroactivos, lo que conduce a la degeneración de fibras nerviosas pequeñas en las áreas de la mucosa y el cerebro, involucrados con sensaciones somáticas bucales. Troya<sup>17</sup> y Jané,<sup>21</sup> hacen referencia en sus estudios a que pacientes, en etapa pre y posmenopáusica que presentan SBA pueden tener menos niveles de estradiol en comparación con personas sanas.

Por último, al analizar el subtipo clínico de presentación de los síntomas en los pacientes estudiados (Figura 4), se comprueba que los resultados obtenidos en la presente investigación coinciden con los expresados por diversos autores,<sup>4,6,16</sup> al existir un predominio de los pacientes del subtipo II (66,7%), en los que los síntomas están presentes al despertar y se mantienen a lo largo de todo el día de forma continua. Márquez<sup>4</sup> y Chimenos<sup>18</sup> plantean que, quizás debido al dolor constante, estos pacientes presentan a menudo cambios de humor, incluyendo irritabilidad, ansiedad y depresión.

Los resultados ofrecidos en el presente trabajo constituyen una muestra preliminar de un estudio que según consenso debe ampliar su muestra y de esta forma poder arribar a resultados más definitivos sobre el padecimiento.

xerostomizantes, la postmenopausia y la presencia de trastornos psicológicos. El síntoma de ardor bucal es el más referido por los pacientes y la lengua, el sitio de la cavidad bucal

más afectado. La mayoría de los pacientes corresponde al subtipo clínico II, según el

comportamiento de sus síntomas.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silvestre FJ, Silvestre R, López P. Síndrome de boca ardiente: revisión y puesta al día. Rev Neurol [Internet]. 2015 [citado 12 de junio de 2017]; 60(10):457-93. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2014514>.
2. Mínguez MP, Salort C, Silvestre FJ. Etiología del síndrome de boca ardiente. Med Oral, Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2011 [citado 12 de mayo de 2017]; 16(3):119-23. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3668582>
3. International Headache Society. The international classification of headache disorders [Internet]. 2nd edition. Cephalgia 2013 [citado 23 de febrero de 2017]; 33(9):629-808. Disponible en: [https://www.ichd-3.org/wp-content/uploads/2016/08/ihc\\_II\\_main\\_no\\_print.pdf](https://www.ichd-3.org/wp-content/uploads/2016/08/ihc_II_main_no_print.pdf)
4. Márquez MS, Chimenos E, Subirá C. Asociación de síndrome de boca ardiente con xerostomía y medicamentos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet] 2005 Ago-Oct [citado 13 de junio de 2017]; 10(4):301-8. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1698-44472005000400004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1698-44472005000400004&lng=es)
5. Palacios B, Cerero R, Esparza G, Moreno LA. Síndrome de boca ardiente: puesta al día. Cient Dent [Internet] 2011 [citado 12 de mayo de 2017]; 8(2):127-31. Disponible en: [http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA\\_DENTAL/vol8\\_num2/47-51.pdf](http://www.coem.org.es/sites/default/files/publicaciones/CIENTIFICA_DENTAL/vol8_num2/47-51.pdf)
6. Lamey PJ, Lewis MAO. Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. Br Dent J. 1989; 167(6): 197-200.
7. Cepero A, Millo S, López A. Síndrome de boca ardiente: actualización. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016 Ago. [citado 4 de diciembre de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pinar/rcm-2016/rcm164v.pdf>
8. De la Osa JA. Ardor bucal. Granma [Internet]. 2014 Abr [citado 23 de febrero de 2017]. [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.granma.cu/consulta-medica/2014-04-28/ardor-bucal>
9. Cahuana P, Herrero A, Peñarrocha M, Peñarrocha M. Síndrome de la boca ardiente. [Internet]. 2014 [citado 11 de junio de 2017]. Disponible en: <https://medes.com/publication/92152>
10. Luciano-Muscio R, Gésime JM. Síndrome de boca ardiente y saliva. Acta Odontol Venez [Internet]. 2013 [citado 23 de febrero de 2017]; 51(2):25. Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art25.asp>
11. Alvarenga L, de Tesseroli JT, Teixeira MJ, Tesseroli SR. The role of xerostomia in burning mouth syndrome: a case-control study. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2014 Feb [citado 30 de marzo de 2017]; 72(2):91-8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v72n2/1678-4227-anp-72-02-00091.pdf>
12. González E, Aguilar MJ, Guisado R, Tristán JM, García PA, Álvarez J. Xerostomía: diagnóstico y manejo clínico. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2009 Feb [citado 10 de junio de 2017]; 2(6):300-4. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000100009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100009&lng=es)
13. Rodríguez JA, Martínez T, Fernández L, Alfonso N, Sanabria D. Xerostomía y uso de medicamentos en adultos. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2008 Dic [citado 11 de junio de 2017]; 45:3-4. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072008000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072008000300003&lng=es)

14. Bergdahl M, Bergdahl J. Low unstimulated salivary flow and subjective oral dryness: association with medication, anxiety, depression, and stress. *J Dent Res* [Internet]. 2000 [citado 11 de marzo de 2017]; 79(9):1652-8. Disponible en: <http://jdr.sagepub.com/content/79/9/1652.refs.html>
15. Grushka M, Epstein JB, Gorsky M. Burning mouth syndrome. *Am Fam Physician*. 2002; 65(4):615-20.
16. Casariego ZJ. Síndrome de boca ardiente. *Av Odontoestomatol*. [Internet] 2009 [citado 12 de abril de 2017]; 25(4):193-202. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852009000400004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852009000400004)
17. Troya E, Martínez J, Padilla E, Rodríguez Y. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2014 Sep-Oct [citado 4 de diciembre de 2017]; 36(5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/año%202014/vol5%202014/tema06.htm>
18. Chimenos E. Boca seca y boca ardiente. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2014 mayo-jun [citado 15 de marzo de 2017]; 30(3):117-20. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852014000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000300003&lng=es)
19. Schiavone V, Adamo D, Ventrella G, Morlino M, De Notaris EB, Ravel MG, et al. Anxiety, depression and pain in burning mouth syndrome: first chicken or egg? *Headache*. [Internet] 2012 [citado 12 de junio de 2017]; 52(6):1019-25. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1526-4610.2012.02171.x/full>
20. Iorgulescu G. Psychological distress in burning mouth syndrome. *Arab Med J* [Internet]. 2015; 18(2):32-4. [citado 11 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.jmedar.ro/pdf/vol18/iss2/5%20JMA%202015%20-%20Iorgulescu.pdf>
21. Jané E, Estrugo A, Ayuso R, López J. Tratamiento de la boca seca: nuevas tendencias. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2014 Jun [citado 12 de junio de 2017]; 30(3):135-8. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852014000300006&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000300006&lng=es)

**Yamina Bárbara Sarracent Valdés. Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Freyre de Andrade". La Habana, Cuba.**

**E-mail:** [yaminasar@infomed.sld.cu](mailto:yaminasar@infomed.sld.cu)