

## Στοματοδυνία

Παναγιώτα Μαραγκού\*

Η Στοματοδυνία είναι ένας ενδοστοματικός πόνος με χαρακτήρα καύσου. Εμφανίζεται σε άτομα άνω των 50 ετών, συνήθως γυναίκες. Εντοπίζεται συχνότερα στη γλώσσα. Η έντασή του ποικίλλει από ήπια ενόχληση έως έντονο πόνο. Η αιτιολογία του περιλαμβάνει τοπικούς παράγοντες, συστηματικά νοσήματα, ψυχογενή αίτια και αλλαγές της ποσότητας ή ποιότητας του σιέλου. Τοπικοί παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί είναι: γεωγραφική γλώσσα, καντιντίαση, γαλβανικά ρεύματα και αλλεργία στο ακρυλικό οδοντοστοιχιών.

Οι συστηματικοί παράγοντες περιλαμβάνουν: ελλείψεις βιταμινών Β, σιδηροπενική αναιμία, διαβήτη, αυτοάνοσα νοσήματα, εμμηνόπαυση.

Ψυχιατρικές διαταραχές που εμπλέκονται είναι: καρκινοφοβία, αντιδραστική κατάθλιψη και άγχος. Νεώτερες απόψεις υποστηρίζουν ότι η στοματοδυνία είναι ένας νευροπαθητικός πόνος που οφείλεται είτε σε βλάβη κάποιων κρνιακών νεύρων είτε σε τραύμα κάποιου τμήματος του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Η αντιμετώπιση της στοματοδυνίας απαιτεί τη λήψη ενός εκτενούς και λεπτομερούς ιστορικού μαζί με αιματολογικό και βιοχημικό έλεγχο ώστε να ανευρεθούν ή αποκλεισθούν νοσήματα που εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια.

Για τη θεραπεία έχουν δοκιμασθεί: τοπική εφαρμογή καψαϊκίνης, στοματικές πλύσεις με σοδόνηρο καθώς και συστηματική χορήγηση λιποϊκού οξέος, τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, βενζοδιαζεπινών και αντιεπιληπτικών. Η θεραπεία της στοματοδυνίας είναι δυσχερής και απαιτεί χρόνο και υπομονή εκ μέρους του θεράποντα.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των χαρακτηριστικών του πόνου της στοματοδυνίας, των αιτιών που έχουν εμπλακεί στην παθογένεια της καθώς και των διαφόρων θεραπειών που έχουν δοκιμασθεί για την αντιμετώπισή της.

ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική 4: 45-50, 2011

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως Στοματοδυνία περιγράφεται ένας ενδοστοματικός πόνος που χαρακτηρίζεται από μία συνεχή, χρόνια αίσθηση καύσου. Αναφέρεται επίσης και ως καυσαλγία του στόματος ή γλωσσοδυνία όταν εντοπίζεται αποκλειστικά στη γλώσσα.

Προσβάλλει συνήθως άτομα μεγαλύτερα των 50 ετών,

**Λέξεις κλειδιά:** ενδοστοματικός πόνος, καυσαλγία, γλωσσοδυνία, ψυχολογικές διαταραχές.

\* Οδοντίατρος, Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Δρ Οδοντιατρικής, MSc

Ίδρυμα προέλευσης:  
Οδοντιατρικό Τμήμα Κέντρου Υγείας Μεγάρων

Η εργασία παρουσιάστηκε ως ελεύθερη ανακοίνωση στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νοσοκομειακής Οδοντιατρικής 30/9-2/10/2011, Αθήνα

κυρίως γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση<sup>1,2</sup>. Η συχνότερη εντόπιση είναι η γλώσσα και ακολουθούν τα χείλη, η υπερώα και ο παρειικός βλενογόκος<sup>1,4</sup>. Εμφανίζει συνήθως ήπια ένταση που εντείνεται κατά την πρόοδο της ημέρας. Η ένταση του πόνου εμφανίζει διακυμάνσεις κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η μέγιστη ένταση του πόνου παρατηρείται αργά το απόγευμα έως νωρίς το βράδυ<sup>4</sup> και μπορεί η έντασή του να φτάσει αυτή ενός οδοντόπνου<sup>5</sup>. Ο πόνος δεν ξυπνά τον ασθενή την νύκτα αλλά τον δυσκολεύει να αποκοιμηθεί, πιθανώς διότι οι ασθενείς με χρόνιο πόνο εμφανίζουν συγχρόνως και διαταραχές της διάθεσης, άγχος και κατάθλιψη<sup>6</sup>. Οι ασθενείς αισθάνονται κουρασμένοι και πολλοί δηλώνουν ότι ο πόνος δυσκολεύει τις καθημερινές δραστηριότητές τους και τις κοινωνικές τους σχέσεις. Σε αντίθεση με άλλους ενδοστοματικούς πόνους, η αίσθηση καύσου στη στοματοδυνία βελτιώνεται από τη λήψη υγρών και τροφής<sup>1,4</sup>. Σπα-

νιότερα η στοματοδυνία μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία, ζάλη ή διαταραχές στη γεύση<sup>1</sup>.

Σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς η έναρξη της στοματοδυνίας είναι αυτόματη χωρίς να αναγνωρίζεται κάποιος εκλυτικός παράγοντας, αν και το 1/3 των ασθενών συνδυάζει την έναρξη της στοματοδυνίας με κάποια οδοντιατρική πράξη ή με την έναρξη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής<sup>4</sup>. Λίγες πληροφορίες υπάρχουν επίσης για την πορεία της στοματοδυνίας. Αυτόματη ίαση αναφέρεται στα 2/3 των περιπτώσεων μετά από 6-7 χρόνια<sup>1-7</sup>.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των χαρακτηριστικών του πόνου της στοματοδυνίας, των αιτιών που εμπλέκονται στην παθογένεια της καθώς και των διαφόρων φαρμακευτικών αγωγών που έχουν δοκιμασθεί για την αντιμετώπισή της.

### **ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ**

Λόγω της δυσκολίας που απαντάται στην κατανόηση του πόνου στη στοματοδυνία καθώς και της πολυπλοκότητας της κλινικής της εικόνας πολλοί παράγοντες έχουν εμπλακεί στην αιτιοπαθογένεια όπως: τοπικά αίτια, συστηματικά αίτια, ψυχογενή αίτια και περιφερικές ή κεντρικές νευροπάθειες<sup>8</sup>.

#### **Τοπικά αίτια**

Σε αυτά περιλαμβάνονται:

**α) Γεωγραφική γλώσσα.** Χαρακτηριστική κλινική εικόνα της γλώσσας με ερυθρές περιοχές που εμφανίζουν απόπτωση των θηλών και περιβάλλονται από λεπτή λευκή άλω. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν εμφανίζει συμπτώματα, αλλά κάποιος ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν στοματοδυνία<sup>9</sup>.

**β) Καντιντίαση.** Στην κλινική πράξη η μόλυνση από *Candida* είναι ιδιαίτερα συχνή έστω και χωρίς εμφανή κλινικά σημεία<sup>1,4,10</sup>.

**γ) Γαλβανικά ρεύματα.** Σύμφωνα με παλαιότερες μελέτες<sup>11,12</sup> αλλά και με τη σταδιακή απόσυρση του αμαλγάματος από την οδοντιατρική πράξη τα τελευταία χρόνια, δεν θεωρείται πλέον πιθανόν η δημιουργία γαλβανικών ρευμάτων από παρακείμενες εμφράξεις να ευθύνεται για τη στοματοδυνία<sup>8</sup>.

**δ) Αλλεργία σε οδοντιατρικά υλικά.** Κατασκευές νάιλον οδοντοστοιχιών και μείωση του μονομερούς μέσω επαναοπήσεων των οδοντοστοιχιών δεν έδωσαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ασθενών με στοματοδυνία<sup>13</sup>.

#### **Συστηματικά αίτια**

Τα κυριότερα συστηματικά νοσήματα που μπορεί να εμφανίσουν στοματοδυνία είναι:

**α) Αναιμίες,** όπως i) μεγαλοβλαστική από έλλειψη βιταμίνης B<sub>12</sub> ή φυλλικού οξέος<sup>14,15</sup> και ii) σιδηροπενική. Στις αναιμίες αυτές, η στοματοδυνία συνυπάρχει με κλινικά σημεία από το στοματικό βλεννογόνο, κυρίως γλωσσίτι-

δα με απόπτωση των τριχοειδών θηλών.

**β) Ελλείψεις βιταμινών του συμπλέγματος B** όπως B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub>, B<sub>6</sub><sup>16,17</sup>, ψευδαργύρου<sup>18</sup> και άλλων στοιχείων έχουν αναφερθεί ότι σχετίζονται με την πρόκληση στοματοδυνίας χωρίς όμως να υπάρχει επαρκής τεκμηρίωση<sup>1</sup>.

**γ) Ο διαβήτης τύπου 2** ενοχοποιείται για την πρόκληση στοματοδυνίας η οποία οφείλεται είτε στην περιφερική νευροπάθεια που προκαλεί<sup>19</sup> είτε στην ανάπτυξη κάντιντας που ευνοείται από τα υψηλά επίπεδα σακχάρου που συχνά ανευρίσκονται σε διαβητικούς ασθενείς<sup>20</sup>. Παρά τη συχνή ανεύρεση υψηλών επιπέδων σακχάρου σε ασθενείς με στοματοδυνία, η σχέση του διαβήτη με τη στοματοδυνία δεν καταγράφεται ως ικανή και αναγκαία<sup>21</sup>.

**δ) Αυτοάνοσα νοσήματα** που μπορεί να εμφανίσουν καυσalgία στο βλεννογόνο του στόματος είναι i) η κακοήθης μεγαλοβλαστική αναιμία (Pernicious anemia) που οφείλεται σε γαστρική ανεπάρκεια παραγωγής του ενδογενούς παράγοντα που απαιτείται για την απορρόφηση της βιταμίνης B<sub>12</sub><sup>22,23</sup> ii) το σύνδρομο Sjögren, iii) η ρευματοειδής αρθρίτιδα, iv) η ιδιοπαθής θρομβοκυτοπενία και v) ο υποθυρεοειδισμός<sup>24</sup>.

**ε) Οι ορμονικές μεταβολές** που παρατηρούνται κατά την εμμηνόπαυση έχουν θεωρηθεί σημαντικοί παράγοντες στην αιτιοπαθογένεια της στοματοδυνίας<sup>1</sup>. Υπολογίζεται ότι το 90% των γυναικών με μετεμμηνόπαυσιακά συμπτώματα εμφανίζει στοματοδυνία 3-12 έτη μετά την εμμηνόπαυση<sup>4</sup>. Παρά την μεγάλη συχνότητα εμφάνισης στοματοδυνίας σε εμμηνόπαυσιακές γυναίκες, η χορήγηση ορμονών δεν έχει δώσει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα<sup>25</sup>.

#### **Ψυχογενείς παράγοντες**

Η στοματοδυνία έχει συνδεθεί με ψυχολογικές διαταραχές, κυρίως άγχος και αντιδραστική κατάθλιψη όπως έχει αποδειχθεί από έρευνες με κλινικές συνεντεύξεις και ψυχολογικά ερωτηματολόγια<sup>26,27</sup>. Η στοματοδυνία περιγράφεται επίσης και ως μία ψυχοσωματική διαταραχή που πυροδοτείται συνήθως από δυσάρεστες επαγγελματικές ή οικογενειακές καταστάσεις<sup>28</sup>. Μεταξύ των ασθενών με στοματοδυνία αναφέρεται ικανός αριθμός από μων με διαταραχές προσωπικότητας<sup>29</sup>.

#### **Ξηροστομία**

Όπως είναι γνωστό από τους ασθενείς με σύνδρομο Sjögren, η ξηροστομία μπορεί να αποτελεί αιτία στοματοδυνίας είτε αυτή περιγράφεται ως καυσalgία είτε ως μία πολύ δυσάρεστη αίσθηση πόνου στο στοματικό βλεννογόνο<sup>4</sup>. Μέχρι σήμερα οι ερευνητές δεν έχουν εντοπίσει συγκεκριμένες διαφορές στην σύσταση και ποσότητα του σάλιου των ασθενών με στοματοδυνία<sup>30</sup>. Διαφορές που έχουν διαπιστωθεί στο σάλιο ασθενών με στοματοδυνία, όπως στην ποσότητα IgA, στο pH και στην ηλεκτρική αγωγιμότητα, δεν είναι παθognωμονικές<sup>31</sup> και η συσχέτισή τους με τη στοματοδυνία δεν έχει επαρκώς διεκρινισθεί<sup>1</sup>.

### Γευστικές δυσλειτουργίες

Η εμπλοκή της γευστικής ικανότητας στη στοματοδυνία έχει σημειωθεί από ερευνητές που έχουν διαπιστώσει την ύπαρξη ικανού αριθμού ατόμων με εξαιρετικά αναπτυγμένη γευστική ικανότητα (supertasters) μεταξύ των ασθενών με στοματοδυνία<sup>32</sup>. Οι ασθενείς αυτοί έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης στοματοδυνίας, εξαιτίας της μεγάλης πυκνότητας γευστικών καλύκων που φέρουν. Οι γευστικοί αυτοί κάλυκες περιβάλλονται από νευρώνες του τρίδμου νεύρου που διαβιβάζουν τον πόνο (V κρανιακό νεύρο)<sup>33</sup>. Άλλοι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι η ικανότητα να αναγνωρίζεται η πικρή γεύση μειώνεται κατά την εμμηνόπαυση<sup>34</sup>. Η έκπτωση στην ικανότητα αναγνώρισης της πικρής γεύσης από τη χορδή του τυμπάνου του προσωπικού νεύρου (VII κρανιακό νεύρο) έχει σαν αποτέλεσμα την ενίσχυση της αίσθησης της γεύσης από τις περιοχές που νευρώνονται από το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο (IX κρανιακό νεύρο) και τη δημιουργία γευστικών φαντασμάτων<sup>35</sup>. Έχει επίσης υποστηριχθεί ότι η διαταραχή της γεύσης μπορεί να σχετίζεται με την απώλεια κεντρικής αναστολής της μεταφοράς ερεθισμάτων μέσω νευρικών ινών του τρίδμου νεύρου που μεταφέρουν τον πόνο και αυτό μπορεί να οδηγήσει στα συμπτώματα της καυσαλγίας του στόματος<sup>32</sup>.

### Λοιπά πιθανά αίτια

Κατά καιρούς, η στοματοδυνία έχει συνδεθεί με τη λήψη διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών. Η πιο πρόσφατη αναφορά συνδέει τη λήψη αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης (α-MEA), που χορηγούνται για την υπέρταση, με την εμφάνιση καυσαλγίας στο στοματικό βλεννογόνο, η οποία μετά από μείωση ή διακοπή των συγκεκριμένων φαρμακευτικών ουσιών υποχωρεί μέσα σε λίγες εβδομάδες<sup>36,37</sup>. Ενδιαφέρον είναι επίσης το γεγονός ότι η συγκεκριμένη φαρμακευτική ουσία έχει ενοχοποιηθεί και για απώλεια της γεύσης<sup>36</sup>.

### ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αντιμετώπιση περιλαμβάνει τα παρακάτω στάδια:

**α)** Λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού. Οι ασθενείς με στοματοδυνία είναι συνήθως ταλαιπωρημένοι από την παραπομπή τους σε ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και είναι εξαιρετικά σημαντικό να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη μεταξύ ασθενούς και θεράποντος.

**β)** Λεπτομερής επισκόπηση του στοματικού βλεννογόνου ώστε να διαπιστωθούν τυχόν παθολογικές εξεργασίες.

**γ)** Διενέργεια αιματολογικών και βιοχημικών εξετάσεων. Η αιματολογική και βιοχημική διερεύνηση πρέπει να περιλαμβάνει:

- i) Γενική αίματος, σίδηρο ορού και φερριτίνη ώστε να ελεγχθεί η ύπαρξη αναιμιών.
- ii) Μέτρηση του σακχάρου του αίματος για να διαπιστωθεί ή αποκλεισθεί η ύπαρξη διαβήτη στον ασθενή, που έχει

συσχετιστεί με την στοματοδυνία από πολλούς κλινικούς και ερευνητές.

iii) Έλεγχος T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, TSH ώστε να αποκλεισθεί οποιαδήποτε δυσλειτουργία του θυροειδούς αδένου, καθότι ο υποθυροειδισμός ενοχοποιείται για την πρόκληση στοματοδυνίας.

iv) Έλεγχος του ρευματοειδούς παράγοντα καθότι τυχόν αύξησή του πιθανώς να υποδεικνύει την ύπαρξη κάποιου αυτοάνοσου νοσήματος που περιλαμβάνεται στην αιτιολογία της στοματοδυνίας όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα και το σύνδρομο Sjögren.

Η ανεύρεση οποιασδήποτε μη φυσιολογικής τιμής στις παραπάνω εξετάσεις είναι δυναμικά αίτια της στοματοδυνίας και πρέπει να γίνει παραπομπή του ασθενούς στον αντίστοιχο ειδικό ιατρό για να διερευνηθεί συνολικά και να του χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία.

Στην περίπτωση που δεν ανευρεθεί υποκείμενη παθολογική κατάσταση οφείλει ο θεράπων ιατρός να εξηγήσει την πολυπλοκότητα του συγκεκριμένου προβλήματος καθώς και την δυσκολία αντιμετώπισης του στον ασθενή και να προτείνει να δοκιμασθούν διάφορες φαρμακευτικές αγωγές ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων, την επιθυμία και την συνεργασία του ασθενούς.

### ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

#### Τοπική

**α)** Στοματικές πλύσεις με σοδόνηρο ή χαμομήλι. Αρκετοί ασθενείς φαίνεται ότι αποδέχονται ευκολότερα το πρόβλημα της στοματοδυνίας μετά την διενέργεια πλήρους αιματολογικού και βιοχημικού ελέγχου για την διερεύνηση τυχόν υποκείμενης παθολογικής αιτίας και αναφέρουν ανακούφιση από τον καύσο στο στοματικό βλεννογόνο μετά από στοματικές πλύσεις, οι οποίες πιθανώς να λειτουργούν και αποκλειστικά ως placebo.

**β)** Στοματικές πλύσεις με διάλυμα καψαϊκίνης 1:2 σε νερό. Το διάλυμα της καψαϊκίνης στο νερό μπορεί να φθάσει σε αναλογία 1:1 αν αυτό είναι ανεκτό από τον ασθενή<sup>8</sup>. Η καψαϊκίνη είναι η δραστική ουσία της ξερής κόκκινης πιπεριάς που δρα κατά εξειδικευμένο τρόπο στους νευρώνες αντιδρώντας με τις πρωτεΐνες των μεμβρανών τους. Με τον τρόπο αυτό επηρεάζει τη λειτουργία των διαύλων ιόντων ώστε οι νευρώνες να δημιουργούν και να μεταδίδουν «λανθασμένα σήματα» προς τον εγκέφαλο. Η αίσθηση καψίματος από την καψαϊκίνη προέρχεται από τον ερεθισμό αισθητηρίων νευρώνων του πόνου, των τρίδμων κυττάρων, που απελευθερώνουν ένα νευροπεπτιδίο το οποίο πληροφορεί τον εγκέφαλο για την ύπαρξη πόνου ή ερεθισμού στο δέρμα ή στο βλεννογόνο του στόματος. Η επαναλαμβανόμενη λήψη καψαϊκίνης έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του νευροπεπτιδίου αυτού στους νευρώνες οπότε αρχίζει να δημιουργείται ανοχή και αντοχή στον καύσο του βλεννογόνου του στόματος<sup>38</sup>. Η καψαϊκίνη φαίνεται ότι παρουν

σιάζει δύο αλληλοσυγκρουόμενες ιδιότητες: από τη μία προκαλεί ισχυρό καυστικό πόνο, ερεθισμό και φλόγωση σύντομης διάρκειας και στην συνέχεια παρουσιάζει αναλγητικές και αντιερεθιστικές ιδιότητες μακράς διάρκειας<sup>39</sup>.

### Συστηματική

**α) Λιποϊκό οξύ.** Το λιποϊκό οξύ είναι αντιοξειδωτική ουσία που διαπερνά την κυτταρική μεμβράνη καθότι είναι διαλυτό και στο λίπος και στο νερό. Δεν είναι τυπική φαρμακευτική ουσία αλλά συμπλήρωμα διατροφής. Έχει δοκιμασθεί σε διάφορες παθήσεις όπως σε καρδιακές νόσους, αθηροσκλήρωση, πολλαπλή σκλήρυνση, πολυνευροπάθειες και ηπατικές νόσους<sup>40</sup>. Κάποιοι ερευνητές κατέγραψαν σημαντική βελτίωση της στοματοδυνίας σε ασθενείς με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό μετά από δύο μηνών χορήγηση<sup>41</sup>.

**β) Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.** Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών έχει δώσει πολύ καλά αποτελέσματα στη στοματοδυνία έτσι ώστε από αρκετούς να θεωρείται φάρμακο επιλογής<sup>42</sup>. Χορηγούνται συνήθως 10 έως 150 mg αμιτριπυλίνη ή νοτριπυλίνη ημερησίως ξεκινώντας από 10 mg πριν από την κατάκλιση και αυξάνοντας 10 mg ανά 4-7 ημέρες μέχρι να σημειωθεί βελτίωση<sup>8</sup>.

**γ) Βενζοδιαζεπίνες.** Τα αποτελέσματα που έχουν αναφερθεί από μελέτες είναι επίσης ικανοποιητικά σε χαμηλή δοσολογία<sup>43-4</sup>. Χορηγείται συνήθως σχήμα διαζεπάμης 0.25-2 mg ημερησίως ξεκινώντας από 0.25 mg πριν από την κατάκλιση και αυξάνοντας τη δόση ανά 4-7 ημέρες μέχρι να παρατηρηθεί βελτίωση και εφόσον δεν σημειωθούν παρενέργειες<sup>8</sup>.

**δ) Αντιεπιληπτικά.** Έχουν δοκιμασθεί με αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα, αν και απαιτείται μεγάλη προσοχή για την αποφυγή παρενεργειών<sup>46</sup>. Η δοσολογία κυμαίνεται από 300-1600 mg γκαμπαπεντίνης (π.χ. Neurontin) ημερησίως ξεκινώντας από 100 mg ημερησίως και αυξάνοντας 100 mg κάθε 4-7 ημέρες. Όσο αυξάνεται η δοσολογία το φάρμακο χορηγείται σε δύο ή τρεις δόσεις<sup>8</sup>. Αξίζει να σημειωθεί ότι η καλύτερη ανταπόκριση των ασθενών με στοματοδυνία επιτυγχάνεται με τη χαμηλότερη δυνατή δοσολογία<sup>8</sup>.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η αιτιοπαθογένεια της στοματοδυνίας παραμένει αδιευκρίνιστη και η αντιμετώπισή της είναι συχνά δύσκολη και χρονοβόρα. Απαιτεί τη λήψη ενός λεπτομερούς ιστορικού και την ανάπτυξη εμπιστοσύνης μεταξύ θεράποντος και ασθενούς.
- Μετά από την λεπτομερή επισκόπηση του στοματικού βλεννογόνου και τη μη ανεύρεση παθολογικών εξεργασίων διενεργούνται αιματολογικές και βιοχημικές εξετάσεις όπως: γενική αίματος, σίδηρος ορού, φερίπτινη, σάκχαρο, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, TSH, ρευματοειδής παράγοντας.

- Η διερεύνηση αυτή αποσκοπεί στον αποκλεισμό νοσημάτων που έχουν κατά καιρούς συνδεθεί με τη στοματοδυνία όπως είναι: οι αναιμίες, ο διαβήτης, οι ενδοκρινολογικές διαταραχές και τα αυτοάνοσα νοσήματα.
- Αν ανευρεθεί οποιαδήποτε απόκλιση από τις φυσιολογικές τιμές πρέπει να γίνει παραπομπή του ασθενούς στον αντίστοιχο ειδικό για περαιτέρω διερεύνηση και θεραπευτική αγωγή.
- Στην περίπτωση που δεν ανευρεθεί υποκείμενο νόσημα και αφού συζητηθεί εκ νέου η ιδιαιτερότητα του νοσήματος καθώς και η μη επικινδυνότητά του, θα πρέπει να προταθούν κάποιες θεραπείες στον ασθενή.
- Οι προτεινόμενες θεραπείες είναι: i) τοπικές και αφορούν σε στοματικές πλύσεις με σοδόνηρο &/ή χαμομήλι καθώς και σε στοματικές πλύσεις με καψαϊκίνη ii) συστηματικές που ξεκινούν από συμπληρώματα διατροφής όπως το λιποϊκό οξύ και βιταμίνες του συμπλέγματος B για να καταλήξουν, στις πιο επίμονες περιπτώσεις, σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, βενζοδιαζεπίνες και ανιεπιληπτικά.

### SUMMARY

#### Burning Mouth Syndrome Maragou P.

*hellenic hospital dentistry 4: 45-50, 2011*

*The Burning Mouth Syndrome (BMS) is an intra-oral pain disorder. It is also called oral dysaesthesia, glossalgia or glossodynia when it is localized on the tongue only.*

*The BMS usually affects patients over 50 years old, especially post menopausal women.*

*The pain is almost always described as burning in character, constant, and of increasing intensity within the day. Unlike many other conditions of the mouth, eating or drinking often relieves the discomfort. The intensity of pain varies from relatively mild to as strong as a toothache at its maximum. It can also be accompanied by nausea, dizziness, headaches and a disturbance in taste.*

*Conditions that have been reported in association with BMS include various nutritional deficiencies, type 2 diabetes, chronic anxiety or depression and changes in salivary function. Recent studies have pointed to dysfunction of several cranial nerves associated with taste sensation as a possible cause of BMS. Even when a patient reports typical features of BMS, other potential causes should be ruled out such as anemias, diabetes, thyroid dysfunction and rheumatoid diseases.*

*The treatment of BMS includes i) Mouth rinse with diluted capsaicin as far as it is tolerated ii) oral supplementation of vitamins B and alpha lipoic acid. Persistent cases of*

*BMS usually responds well to low dosage of either tricyclic antidepressants, benzodiazepines or anticonvulsants. This study aims to review the epidemiology, the pain characteristics, the etiologic factors and the management of BMS syndrome.*

**Key words:** *burning mouth syndrome; oral dysaesthesia; glossalgia; glossodynia*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ship JA, Grushka M, Lipton JA, Mott AE, Sessle BJ, Dionne RA: Burning mouth syndrome: an update. *J Am Dent Assoc* 1995; 126:842-53.
2. Ben Aryeh H, Gottlieb I, Ish-Shalom S, David A, Szargel H, Laufer D: Oral complaints related to menopause. *Maturitas* 1996; 24:185-9.
3. Klausner JJ: Epidemiology of chronic facial pain: diagnostic usefulness in patient care. *J Am Dent Assoc* 1994; 125:1604-11.
4. Grushka M: Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63:30-6.
5. Svensson P, Kaaber S: General health factors and denture function in patients with burning mouth syndrome and matched control subjects. *J Oral Rehabil* 1995; 22:887-95.
6. Grispan D, Fernandez Blanco G, Allevato MA, Stengel FM: Burning mouth syndrome. *Int J Dermatol* 1995; 34:483-7.
7. Gilpin SF: Glossodynia *JAMA* 1936; 106:1722-4.
8. Grushka M, Epstein J, Gorsky M: Burning Mouth Syndrome. *Am Fam Physician* 2002; 15: 65(4):615-621.
9. Gorsky M, Silverman S, Chinn H: Burning mouth syndrome: A review of 98 cases. *J Oral Med* 1987; 42:7-9.
10. Zegarelli DJ: Burning mouth: An analysis of 57 patients. *Oral Surg* 1984; 58:34-8.
11. Hampf G, Ekholm A, Salo T, Ylipaavalniemi P, Aalberg V, Tuoninen S, Alftan G: Pain in Oral Galvanism. *Pain* 1987; 29:301-11.
12. Yontchev E, Hakansson B, Hedegard B, Vannerberg NG: An examination of the surface corrosion state of dental feelings and constructions. *J Oral Rehabil* 1986; 1:365-382.
13. Yontchev E, Meding B, Hedegard B: Contact allergy to dental materials in patients with orofacial complaints. *J Oral Rehabil* 1986; 13:183-190.
14. Λάσκαρης Γ: Έγχρωμος Άτλας Στοματολογίας. Ιατρικός Εκδ. Λίτσας. Αθήνα. 1986.
15. Greenberg MS, Lynch MA: Hematologic Disease. In: Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS, 8th ed. *Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment*. J.B Lippincott Company. Philadelphia, Pennsylvania. 1984: 727-764.
16. Lamey PJ, Hammond A, Allam BF, McIntosh WB: Vitamin status of patients with Burning mouth syndrome and response to replacement therapy. *Br Dent J* 1986; 160:81-84.
17. Grushka M: Clinical features of Burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63:30-6.
18. Maragou P, Ivanyi L: Serum Zinc Levels in Patients with Burning Mouth Syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 71:447-450.
19. Ferguson MM, Silverman S: Chapter II-Endocrine Disease. In: Jones JH, Mason DK. *Oral manifestations of systemic disease*. WB Saunders Co. Ltd. London, Philadelphia. 1980: 297-300.
20. Lynch MA: Diabetes. In: Lynch MA, Brightman VJ, Greenberg MS, 8th ed. *Burket's Oral Medicine Diagnosis and Treatment*. J.B Lippincott Company. Philadelphia, Pennsylvania. 1984: 842-851.
21. Basker RM, Sturdee DW, Davenport JC: Patients with burning mouths. A clinical investigation of causative factors, including climacteric and diabetes. *Br Dent J* 1978; 145:9-16.
22. Greenberg M.S. Clinical and histologic changes of the oral mucosa in pernicious anemia. *Oral Surg* 1981; 52:38.
23. Zegarelli DJ: Burning mouth: an alternative explanation for some patients with diabetes mellitus and pernicious anaemia. *Ann Dent* 1987; 46:23-4.
24. Grushka M, Shupak R, Sessle BJ: A rheumatological investigation of 27 patients with burning mouth syndrome. *J Dent Res* 1986; 65:533.
25. Forabosco A, Criscuolo M, Coukos G, Uccelli E, Weinstein R, Spinato S et al: Efficacy of hormone replacement therapy in postmenopausal women with oral discomfort. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73:570-4.
26. Grushka M, Kawalec J, Epstein JB: Burning mouth syndrome: evolving concepts. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* 2000; 12:287-95.
27. Rojo L, Silvestre FJ, Bagan JV, De Vicente T: Psychiatric morbidity in burning mouth syndrome. Psychiatric interview versus depression and anxiety scales. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 75:308-11.
28. Yontchev E, Hedegard B, Carlsson G: Reported symptoms, diseases and medication of patients with orofacial discomfort complaints. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1986; 15:687-695.
29. Grushka M, Sessle BJ, Miller R: Pain and personality profiles in burning mouth syndrome. *Pain* 1987; 28: 155-167.
30. Fox PC, Busch KA, Baum BJ: Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. *JADA* 1987; 115:581-4.
31. Hampf G, Ekholm A, Salo T, Ylipaavalniemi P, Aalberg V, Tuoninen S, Alftan G: Pain in oral galvanism. *Pain* 1987; 29:301-11.
32. Bartoshuk LM, Grushka M, Duffy VB, Fast L, Lucchina L, Prutkin J et al: Burning mouth syndrome: damage to CN VII and pain phantoms in CN V. *Chem Senses* 1999; 24:609-613.
33. Whitehead MC, Beeman CS, Kinsella BA: Distribution of taste and general sensory nerve endings in fungiform papillae of the hamster. *Am J Anatom* 1985; 173:185-201.
34. Lucchina LA, Duffy VB: Special taste loss associated with aging. *Chem Senses* 1996; 21:636.
35. Yanagisawa I, Bartoshuk LM, Catalanotto FA, Karrer TA, Kveton JF: Anesthesia of the chorda tympani nerve and taste phantoms. *Physiol Behav* 1998; 63:329-35.
36. Drucker CR, Jonson TM: Captopril glossopyrosis (letter). *Arch Dermatol* 1989; 125: 1437-8.
37. Savino LB, Haushalter NM: Lisinopril-induced "scaled mouth syndrome". *Ann Pharmacother* 1992; 26:1381-2.
38. [http://www.chem.uoa.gr/chemicals/chem\\_capsaicin.htm](http://www.chem.uoa.gr/chemicals/chem_capsaicin.htm), Η χημική ένωση του μήντα: Καψαϊκίνη (Νοέμβριος 2006).
39. Bevan S, Szolcsanyi J: "Sensory neuron-specific actions of capsaicin: mechanisms and applications". *Trends Pharmacol, Sci.* 1990; 11:330-333.
40. [http://en.wikipedia.org/wiki/Lipoic\\_acid](http://en.wikipedia.org/wiki/Lipoic_acid). Lipoic Acid.

- 10/08/2011.
41. Famiano F, Scully C: Burning mouth syndrome (BMS): double blind controlled study of alpha-lipoic acid (thioctic acid) therapy. *J Oral Pathol & Med* 2002; 31:267-269.
  42. Sharav Y, Singer E, Dionne RA, Dudner R: The analgesic effect of amitriptyline on chronic facial pain. *Pain* 1987; 31:199-209.
  43. Grushka M, Epstein J, Mott A: An open-label, dose escalation pilot study of the effect of clonazepam in burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998; 86:557-61.
  44. Woda A, Navez ML, Picard P, Gremeau C, Pichard- Leandri E: A possible therapeutic solution for stomatodynia (burning mouth syndrome). *J Orofac Pain*; 1998; 12:272-8.
  45. Gorsky M, Silverman S, Chinn H: Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. An open study of 130 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991; 72:192-5.
  46. Grushka M, Burtoshuk LM: Burning mouth syndrome and oral dysesthesias. *Can J Diagnos* 2000; June:99-109.

---

**Διεύθυνση για επικοινωνία:**

Παναγιώτα Μαραγκού  
Κέντρο Υγείας  
Κουρκούρι Μεγάρων 19100  
Τηλ. 2296022222  
e-mail: pmaragou@otenet.gr