

BOCCA URENTE

STOMATOPIROSI (SINDROME DELLA BOCCA URENTE)

La stomatopirosi o sindrome della bocca urente (dall'inglese *burning mouth syndrome*) è una malattia di frequente riscontro nella pratica clinica. La caratteristica principale dei pazienti che ne sono affetti è che soffrono di un bruciore orale diffuso in assenza di lesioni mucose. Quando il bruciore è localizzato alla sola lingua viene definita *glossopirosi*. La stomatopirosi rimane per il medico un rebus nosologico di non facile soluzione.

Eziopatogenesi

Nell'eziologia della stomatopirosi sono stati chiamati in causa svariati fattori locali e sistemici (tab. 7.1). In alcuni pazienti è possibile identificare una o più cause ma nella maggior parte dei casi la malattia rimane idiopatica.

Tra i possibili fattori locali sono da considerare l'allergia da contatto ai componenti acrilici di protesi mobili o ai materiali utilizzati in odontoiatria conservatrice. Queste forme di allergia sono comunque molto rare. Altre cause possono essere le irritazioni meccaniche provocate da protesi incongrue e abitudini masticatorie parafunzionali come serramento e digrignamento e ipermobilità della lingua. La *Candida albicans* e alcune specie batteriche fusospirillari possono dare bruciore orale particolarmente nei portatori di protesi rimovibili. La stomatopirosi si associa anche a *gastrite cronica* e a un'*esofagite da reflusso*. Il bruciore linguale si può accompagnare talvolta alla lingua a carta geografica.

Vista la maggiore frequenza della stomatopirosi nel sesso femminile in postmenopausa, è stato a lungo studiato il legame con il deficit estrogenico. Un'associazione tra variazioni dell'assetto estrogenico, alterata funzione delle ghiandole salivari (con modificazioni qualitative e quantitative della saliva) e presenza di bruciore orale è stata osservata in alcune pazienti, ma questi dati non sono stati sempre confermati.

Tabella 7.1 Cause di stomatopirosi

Fattori locali	Fattori sistemici
Xerostomia (iatrogena o da sindrome di Sjögren)	Deficit vitaminici (B ₁ , B ₂ , B ₆ , B ₁₂ , acido folico e niacina)
Stomatite allergica da contatto	Anemia sideropenica
Traumatismo cronico	Menopausa
Abitudini parafunzionali (bruxismo, digrignamento, ipermobilità linguale)	Diabete
Lingua a carta geografica	Ipotiroidismo
Gastrite cronica e reflusso gastroesofageo	AIDS
Neuroma dei nervi acustici	Disordini di origine psicosomatica
Nevralgia trigeminale	Depressione
Disfunzioni dell'ATM	Ansia
	Cancerofobia
	Stress

Le carenze vitaminiche e di ferro sono state chiamate in causa nella genesi della stomatopirosi, ma tali situazioni sono di raro riscontro. Tra le cause di origine sistemica è da citare anche il diabete che, attraverso un meccanismo patogenetico in parte relativo alla neuropatia e microangiopatia, potrebbe essere responsabile dell'insorgenza del bruciore. Nei pazienti con stomatopirosi si osserva di frequente un'associazione con disordini di origine psicosomatica. Questi pazienti hanno una personalità ansiosa, introversa, tendente alla depressione, all'ipocondria e allo stress. Queste alterazioni si riscontrano di sovente nelle donne in menopausa e vengono aggravate dalla percezione della perdita della propria identità femminile. In questi soggetti si riscontra molto spesso una marcata **cancerofobia**. 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.

Aspetti clinici

L'incidenza della stomatopirosi è maggiore sopra i 50 anni e nel sesso femminile, con un rapporto M/F intorno a 1:7. La stomatopirosi non è mai stata osservata nei bambini.

I sintomi vengono riferiti come bruciore o dolore di gravità variabile, che può essere associato a secchezza delle fauci e a un'alterata sensibilità gustativa. Altre volte vengono riportate descrizioni bizzarre come "punture di spilli", "freddo tipo ghiaccio" e "carboni ardenti". Le funzioni sensoriali quali la termica e la tattile rimangono in genere inalterate. Il bruciore colpisce la lingua (specie il dorso e la punta), il palato, le labbra, le superfici mucose in rapporto con protesi mobili e più raramente il pavimento della bocca. Nella maggior parte dei casi il bruciore è generalizzato a tutta la mucosa orale. La sintomatologia può insorgere in maniera improvvisa o graduale. Il bruciore talvolta è già presente al mattino e peggiora con il trascorrere delle ore, raggiungendo un'intensità massima nel tardo pomeriggio. I disturbi solitamente hanno un andamento continuo con temporanee remissioni in coincidenza dei pasti, del sonno o di attività che distolgono l'attenzione del paziente. Quando il bruciore è già presente al mattino la prognosi è peggiore. La durata del bruciore può variare da pochi mesi a svariati anni.

Diagnosi

Nella valutazione clinica della stomatopirosi tutti i potenziali fattori eziologici non devono essere esclusi a priori e l'approccio diagnostico deve essere quanto più possibile approfondito. Ovviamente è molto importante escludere la presenza di lesioni mucose. Inoltre è utile valutare la sede e le caratteristiche dei sintomi e la loro associazione temporale con possibili fattori quali: assunzione di determinati cibi e farmaci, trattamenti odontoiatrici, presenza di protesi e abitudini parafunzionali. L'esame obiettivo della cavità orale deve essere affiancato da esami di laboratorio quali biopsia, esami culturali, analisi della saliva, test allergici ed esami ematologici.

In sede di anamnesi è necessario sempre accertarsi che il paziente non stia assumendo farmaci capaci di indurre xerostomia quali antidepressivi, antipertensivi, antistaminici, ipoglicemizzanti e β -bloccanti o che non sia affetto da altre malattie come la sindrome di Sjögren. ***La genesi psicosomatica deve essere quindi presa in considerazione quando si siano escluse tutte le possibili cause organiche.***

Trattamento

Non esiste un trattamento specifico e risolutivo della stomatopirosi. Di volta in volta per ogni singolo paziente vanno individuati i fattori causali e quindi l'approccio terapeutico deve essere consequenziale. E' fondamentale informare il paziente sulla natura dei suoi disturbi e, specie nei **pazienti cancerofobici**, rassicurare che il bruciore orale non è causato da una neoplasia o da altre gravi malattie di origine sistemica.

Molti farmaci sono stati impiegati nel trattamento della stomatopirosi ma spesso in maniera del tutto empirica e con risultati variabili (tab. 7.2). Gli antistaminici, gli anestetici locali e gli antimicotici possono essere di aiuto a calmare almeno temporaneamente il bruciore. Utile è talvolta la somministrazione di farmaci a scopo di placebo. Nelle forme su base psicosomatica l'approccio al paziente, prima ancora che farmacologico, dovrà essere di tipo psicologico. Informare e tranquillizzare il paziente circa la benignità della propria condizione può servire a ridurre l'apprensione e il livello di ansia. La somministrazione di ansiolitici determina in circa il 70% dei casi un miglioramento del bruciore. Il farmaco di scelta è il clordiazepossido in dosi variabili da 5 a 10 mg 3 volte al giorno. Un altro farmaco utile è il diazepam con dosaggi compresi fra 6 e 15 mg al giorno. Nei casi resistenti al trattamento con le benzodiazepine è ragionevole suggerire l'uso di farmaci antidepressivi sotto la guida del neuropsichiatra.

Tabella 7.2 Farmaci utili nella terapia della stomatopirosi

Difenidramina sciroppo	1 cucchiaino come sciacquo X 2-3 min, poi deglutire (da usare prima dei pasti)
Xilocaina soluzione viscosa	Applicazioni topiche 2-3 volte/die
Nistatina sospensione orale	Sciacqui per 4-5 volte/die*
Ketoconazolo compresse	1 cpr/die per 7 giorni*
Clordiazepossido compresse	5-10 mg per os 3 volte/die
Diazepam gocce o compresse	6-15 mg/die per os
Amitriptilina compresse	25-75 mg /die per os

* Indicati nei casi in cui è dimostrabile un'infezione fungina.