

Burning Mouth Syndrome

Inquadramento clinico di una patologia cronica a eziologia sconosciuta, fortemente invalidante e di sempre maggior diffusione

A. Del Vecchio*, D. Adamo**, C. Cioffi*, U. Romeo*, M. Mignogna**

* "Sapienza" Università di Roma, Dipartimento di Scienze odontostomatologiche e maxillo-facciali - Insegnamento di Patologia speciale odontostomatologica (tit.: prof. U. Romeo)

** Università degli Studi di Napoli Federico II, UOC Medicina orale (resp.: prof. M. Mignogna)

La Burning Mouth Syndrome (BMS) o sindrome della bocca urente, è una patologia cronica a eziologia sconosciuta, fortemente invalidante e di sempre maggiore diffusione nella nostra società. È conosciuta in letteratura anche con i termini di stomatodinia, orodinia, glossodinia, glossopirosi, stomatopirosi, disestesia orale. Il suo inquadramento nosologico è ancora oggi molto dibattuto e crea difficoltà nella corretta classificazione dei sintomi e soprattutto nella gestione terapeutica di questi pazienti¹. La prevalenza stimata della malattia varia tra lo 0,7 e il 3,6% negli uomini e tra lo 0,6 e il 12,2% nelle donne (rapporto uomini-donne 1:7 o 1:3 a seconda degli studi esaminati); insorge più frequentemente nella quinta-settima decade di vita ed è rara al di sotto dei 30 anni². L'International Association for the Study of Pain (IASP) la definisce come un'entità nosologica distinta, caratterizzata da una sintomatologia intraorale urente, accompagnata talvolta da secchezza e prurito, fino a vere e proprie algie, che persiste da almeno 4-6 mesi, con una mucosa orale clinicamente sana, in assenza di alterazioni patologiche locali o sistemiche³ (Figg. 1, 2). Il bruciore, localizzato a un distretto o diffuso a tutto il cavo orale, è il sintomo prevalente della malattia e coinvolge principalmente la lingua e le labbra, seguite in ordine di frequenza da: palato duro, creste alveolari guance e pavimento della bocca. L'intensità è notevole e influisce notevolmente sulla qualità di vita del paziente. Generalmente è meno accentuato al mattino, per intensificarsi nel prosieguo della giornata, si attenua durante il pasto, bevendo bibite fresche e durante lo svolgimento di attività ricreative o professionali⁴. Spesso i pazienti riferiscono altri disturbi sensoriali superficiali (sensazione di corpo estraneo, sabbia sulle superfici dentarie, xerostomia, prurito e dolore puntorio), continua necessità di bere (polidipsia), sapore metallico, alterazioni fino alla perdita del gusto (disgeusia o ageusia), alterazioni dell'olfatto (disosmia) o, più raramente, perdita dell'olfatto (anosmia). Tali sensazioni non devono essere riconducibili ad alcuna patologia organica, per cui la diagnosi di BMS si ottiene per esclusione di tutte le altre possibili cause locali o sistemiche potenzialmente alla base della sintomatologia⁵. In associazione alla sintomatologia orale sono spesso riferiti anche altri sintomi medici inspiegabili extra-distrettuali (*medically unexplained physical symptoms, MUSs*), come bruciore in sede genitale (vulvodinia), anale (anodinia), disturbi nel distretto otorino (disfagia, faringodinia, odinofagia), disturbi gastrointestinali, oltre

a sintomi corporei diffusi ma difficilmente inquadrabili⁶. Le alterazioni sensoriali tipiche della BMS compaiono di solito dopo un evento stressante o debilitante (menopausa, lutto, malattia prolungata ecc.) per cui la storia psicosociale, insieme ai dati clinici, è cruciale ai fini della diagnosi. Spesso l'evento stressante riferito dal paziente è un intervento odontoiatrico traumatico o non gradito⁷. La BMS ha un decorso cronico, che può essere continuo o intermittente, e permane per un periodo di tempo variabile che può andare da pochi mesi a molti anni; è stato più volte riportato in letteratura che oltre la metà dei pazienti va incontro a remissione spontanea, completa o parziale, dopo circa 6-7 anni; successivamente la patologia poteva ripresentarsi con una sintomatologia simile o differente⁷.

L'eziopatogenesi di questa patologia ancora non è ben nota ed è considerata multifattoriale dal momento che coinvolge l'interazione di meccanismi neurofisiologici e fattori psicologici. L'analisi psicologica del soggetto non va mai sottovalutata; diversi studi hanno dimostrato un'associazione con cancerofobia, ansia, depressione e disturbi del sonno, tuttavia è difficile determinare se le manifestazioni psichiatriche siano primarie o secondarie al disturbo, o se invece siano parte integrante della sindrome⁸. Alcuni autori sostengono che i disturbi del tono dell'umore sono secondari perché la cronicità del dolore determina nel paziente un profondo mutamento dal punto di vista sia psicologico sia sociale. Inoltre, più a lungo il paziente soffre, maggiore diventa l'influenza dei fattori psicologici sulla propria esperienza di dolore. L'intensificazione psicologica generalmente procede finché la sofferenza è visibilmente sproporzionata rispetto all'input nocicettivo periferico⁹. Secondo altri autori i disturbi del tono dell'umore potrebbero precedere o insorgere simultaneamente alla BMS. Riguardo alla prevalenza di alterazioni depressive e ansiose, nella letteratura si riscontrano dati contrastanti. Alcuni autori considerano la depressione come il più comune disordine emotivo nei pazienti con BMS, ma anche l'ansia sembra svolgere un ruolo importante¹⁰. In uno studio recente, Schiavone e collaboratori hanno ipotizzato che l'ansia di tratto e di stato possa determinare una demoralizzazione secondaria in soggetti affetti da BMS e che i sintomi depressivi possano contribuire alla sintomatologia dolorosa (dolore funzione della depressione). Il dolore potrebbe dunque rappresentare una manifestazione somatica della depressione in soggetti con un tratto ansioso.

Le caratteristiche ansiose, unite alla tendenza alla somatizzazione, potrebbero essere associate a una sintomatologia depressiva più o meno marcata (dalla demoralizzazione secondaria al disturbo depressivo maggiore); tale ipotesi è in accordo con la psicopatologia classica che descrive la stabilità del sintomo ansioso su quello depressivo (tendenza del soggetto ansioso a mantenere le caratteristiche del disturbo invariate nel tempo, con la possibilità di associazione con un disturbo depressivo, piuttosto che sviluppo di un disturbo d'ansia in un soggetto depressivo non ansioso)^{11,12}.

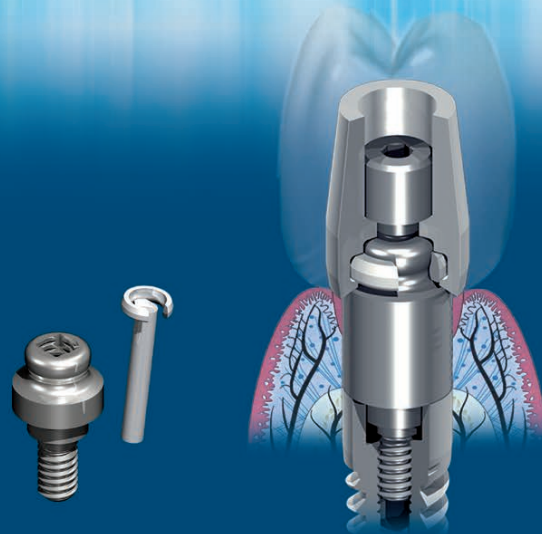
Inoltre, alcuni autori hanno evidenziato che sintomi differenti si associano a profili psicologici diversi; in particolare il sapore metallico e la sensazione di film sulle gengive erano associati in modo significativo con una maggiore punteggio nella scala della depressione; mentre la disgeusia, l'alitosi e l'ipocondria sono stati associati con i punteggi di ansia più elevati¹³. È stato inoltre evidenziato, da Liu, che pazienti affetti da BMS e depressione presentano un minore flusso sanguigno cerebrale nei lobi parietali e temporali di sinistra alla tomografia a emissione di fotoni singolo e calcolato (SPECT/CT)¹⁴. Anche studi di genetica molecolare sembrano confermare la correlazione tra i disturbi del tono dell'umore e la BMS; Guimarães e altri hanno

evidenziato che i pazienti affetti da BMS presentano polimorfismi genetici nella regione promotore del gene che codifica per il trasportatore della serotonina (5-HT) (SERT, SLC6A4) associato a un aumento della produzione di interleuchina 1-beta, una citochina proinfiammatoria associata alla modulazione del dolore¹⁵. Ciò potrebbe spiegare la risposta farmacologica dei pazienti affetti da BMS agli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI). Alcuni autori ritengono che alla base della patologia ci sia una neuropatia periferica, altri ipotizzano una neuropatia centrale.

> pagina 18

ATTACCO OT EQUATOR BIOLOGIC ABUTMENT LA MIGLIOR DIFESA È NELL'ATTACCO

"Riguardo alle verità scomode: né le dimensioni specifiche di questi tessuti, né la loro stabilità dipendente dal tempo e nemmeno l'influenza dell'ecosistema sono state determinate scientificamente. Ci troviamo di fronte ad una barriera biologica, niente di più e niente di meno." (Walton - *Int. J. Prosthodontics* - 2011)



Barriera biologica : per ottenere nel tempo integrazione e stabilità dei tessuti molli.



OT IMPLANT S.r.l. - Via Sebastiano Serlio, 26 - 40128 Bologna
Tel. +39 051 4208111 - fax +39 051 4214884
info@otimplant.com - www.otimplant.com

CORSI
DI FORMAZIONE
IN SEDE A BOLOGNA

