

# **SINDROME DE ARDOR BUCAL EN LA MENOPAUSIA Y POST-MENOPAUSIA. LA HABANA 2014-2015**

**Autores:** Dra: Tania Thamara Pellerano Sánchez. Especialista de primer grado en EGI, Máster en salud bucal comunitaria. Profesor Asistente Correo: [tania.pellerano@infomed.sld.cu](mailto:tania.pellerano@infomed.sld.cu) CI: 69013015877

**Coautor:** Dr. Armando Alemán Pineda, Dra: Sonia Castañeda Saavedra

## **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo comprendido de febrero 2014 a febrero 2015, en las áreas de salud del Policlínico 19 de abril, la clínica H y 21 del municipio Plaza de la Revolución y la clínica estomatológica Antonio Maceo del municipio cerro, centralizando su atención en el Policlínico 19 de abril. El universo estuvo constituido por 63 mujeres en etapa de menopausia y postmenopausia entre los 52 y 63 años, que acudieron a consulta estomatológica con síntomas de ardor bucal, la muestra quedo constituida por 41 mujeres al aplicar los criterios de exclusión. La información se recogió mediante la historia clínica individual, las variables a estudiar fueron edad, xerostomía, depresión y ansiedad, poli medicación, ardor bucal tipo I, II, III, fármacos que producen xerostomía, Disgeusia, Disfagia, saliva viscosa, Lesiones eritematosas y blanquecinas. El análisis estadístico se realizó acorde a las variables medidas. Se utilizaron frecuencias absolutas (No) y relativas (%). Los resultados se agruparon en tablas. se obtuvo como resultado que en un elevado porcentaje, las mujeres en edad menopáusica y post-menopáusica, son portadoras de Síndrome de Ardor Bucal a predominio del tipo II seguido del tipo I. El estudio sugiere una relación entre la aparición de los síntomas de ardor bucal y la presencia de alteraciones emocionales, un porcentaje más o menos elevado presentaron lesiones eritematosas y blanquecinas asociadas al (SAB) pero refirieron haber recibido tratamientos anteriores de fito y farmacoterapia que pudieron ser causa del empeoramiento del cuadro.

**Palabras clave:** menopausia, postmenopausia, ardor bucal

## INTRODUCCIÓN

Los conocimientos que se tienen acerca del climaterio en Cuba están dados por los resultados de varios estudios realizados en diferentes provincias del país. Estos han permitido identificar que:

1. La edad de la menopausia natural en mujeres sanas ocurre entre los 47 y 48 años, mientras que en las mujeres con Diabetes Mellitus entre los 45 y 46 años.
2. Las mujeres con hipertensión arterial tienen síntomas climatéricos más severos.
3. Las mujeres con menopausia artificial sufren de mayor criticidad del síndrome climatérico y riesgo cardiovascular.
4. La frecuencia e intensidad de los síntomas del síndrome climatérico varía con la etapa del climaterio:
  - Los síntomas vasomotores son más frecuentes durante la peri menopausia, su intensidad es de ligera a moderada; y son referidos entre 50-60 % de las mujeres atendidas.
  - Los síntomas psicológicos están presentes en el 30-40% de las mujeres en la perimenopausia y tienen una intensidad ligera a moderada.
  - Los síntomas genitourinarios se presentan fundamentalmente durante la etapa tardía de la posmenopausia, su frecuencia varía entre 11 y 30%.
  - Los síntomas generales son referidos entre el 40-75% de las mujeres, su intensidad es de ligera a moderada y se presentan durante la posmenopausia.5. El desempeño de los roles de género en general, y las disfunciones en la dinámica familiar y de pareja, en particular, incrementan en más de dos veces el riesgo de que la mujer padezca de síntomas climatéricos.

El Climaterio es el período de transición entre la etapa reproductiva y no reproductiva de la vida femenina. Se divide en dos etapas:

- a) Perimenopausia: desde el inicio de los síntomas climatéricos hasta la menopausia.

b) Posmenopausia: etapa que se extiende desde la menopausia hasta los 64 años y que a su vez se subdivide en:

i) etapa temprana: que se refiere a los 5 primeros años de posmenopausia

ii) etapa tardía: desde 5 años después de la menopausia hasta los 64 años.

2) Menopausia natural: cese definitivo de la menstruación como expresión de la pérdida de la capacidad reproductiva del ovario. Su diagnóstico es retrospectivo y se hará después de un periodo de amenorrea mayor de 12 meses.

3) Menopausia precoz: aquella menopausia natural que ocurre antes de los 40 años de edad.

4) Menopausia artificial: daño gonadal irreversible inducido por radio o quimioterapia o exéresis quirúrgica. <sup>1</sup>

Los síntomas climatéricos se exacerbaban en intensidad y frecuencia en correspondencia con determinantes sociales vinculadas con la sobrecarga por razones de género, asignaciones sociales y culturales, que recaen sobre la mujer en razón de su sexo. Tal es el caso de las tareas domésticas, compartidas muchas veces con el trabajo fuera del hogar (doble jornada), la prestación de servicios de salud a otros miembros de la familia, las labores de “cuidadora” y otras que se vinculan esencialmente a las mujeres de este grupo poblacional. <sup>1,2</sup>

El síndrome de ardor bucal ( SAB) ha sido una de las manifestaciones bucales encontradas y que se ha convertido en motivo de consulta estomatológica en países como México, Argentina con una prevalencia de 3,7 % y 13 % respectivamente. <sup>2-4</sup>

Esta es una entidad patológica caracterizada por una sensación de ardor bucal en una mucosa clínicamente sana, y cuya etiología permanece incierta. <sup>3,4</sup>

En países como España los estudios han reportado que el (SAB) aparece en edad media de la vida coincidiendo con la etapa de la menopausia y postmenopausia, se acompaña de otras manifestaciones bucales como sequedad bucal, disgeusia y saliva viscosa o filamentosa. <sup>5,6</sup>

Se han descrito tres tipos de SAB, atendiendo al estadio clínico y manifestaciones referidas por el paciente, el tipo I y II son los más frecuentes, en los que el dolor está presente todos los días, mientras que en tipo III, el dolor tiene un carácter

intermitente. En el SBD tipo I el paciente no sufre ninguna sintomatología al despertarse en las mañanas, pero la sensación ardorosa comienza progresivamente y se acentúa conforme pasa el día, hasta exacerbarse por la tarde. Cuando la sintomatología está presente al despertarse y permanece constante durante todo el día sin variaciones se habla de un SBD tipo II. En el tipo III existen días enteros en que desaparece el ardor, localizándose en lugares poco comunes, como piso de boca y garganta.<sup>7,8</sup>

Es intención del presente estudio conocer el comportamiento de este síndrome, así como sus características particulares y síntomas asociados, en un grupo de mujeres cubanas en edad de menopausia y postmenopausia además de su posible vinculación con estados emocionales asociados.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el periodo comprendido de febrero 2014 a febrero 2015, en las áreas de salud correspondientes al Policlínico 19 de abril y la clínica H y 21 del municipio Plaza de la Revolución, además la clínica estomatológica Antonio Maceo del municipio cerro, centralizando su atención en el policlínico 19 de abril.

El universo estuvo constituido por 63 mujeres en etapa de menopausia y postmenopausia entre los 52 y 63 años de edad, que acudieron a consulta estomatológica con síntomas de ardor bucal y la muestra quedo constituida por 41 mujeres al aplicar los criterios de exclusión.

Criterios de exclusión: Pacientes con entidades nosológicas que según la medicina basada en la evidencia pudieran tener relación con el ardor bucal, como avitaminosis, consumo de irritantes bucales como alcohol, alimentos muy calientes, entre otros.

Las variables a estudiar fueron edad, xerostomía, depresión y ansiedad, poli medicación, ardor bucal tipo I, II, III, ardor tipo I y II son los más frecuentes, en los que el dolor está presente todos los días, mientras que en tipo III, el dolor tiene un carácter intermitente.

Tipo I: pacientes cuyos síntomas empeoran a lo largo del día y llegan a un máximo a

última hora de la tarde.

Tipo II: sujetos con molestias importantes desde la mañana que suelen mantenerse así a lo largo de la jornada.

Tipo III: se alternan días libres de molestias o bien ardor intermitente. <sup>7,8</sup>

Se confeccionó una historia clínica detallada, se realizó el examen bucal en busca de signos clínicos, se identificaron factores locales, sistémicos y psicológicos presentes, se interconsultaron los casos con la especialista que atiende climaterio y menopausia en el área.

En nuestro estudio evaluamos la intensidad del escozor bucal utilizando una escala análogo-verbal como la utilizada para conocer la magnitud de cualquier dolor donde:

De 0 a 3 (ardor leve)

De 4 a 6 (ardor moderado)

De 7 a 10 (ardor intenso)

Para el procesamiento de la información se creó una base de datos en Excel, se utilizó el paquete estadístico SPSS. El análisis estadístico se realizó acorde a las variables medidas. Se utilizaron frecuencias absolutas (No) y relativas (porcentaje). Los resultados se agruparon en tablas y gráficos. La valoración ética se llevó a cabo mediante la Solicitud del consentimiento informado.

## RESULTADOS

Tabla 1: Ardor bucal según su tipo y etapa en la que se presentó.

Ardor Bucal	En etapa menopáusica		En etapa post menopáusica		Total N= 41	
	No	%	No	%	No	%
Tipo I	6	35,2	9	37,6	15	36.5
Tipo II	8	47.0	10	41,7	18	44.0
Tipo III	3	17.7	5	20.8	8	19.5
Total	17	41,4	24	58,5	41	100,0

Se aprecia en la tabla que el 44% de las mujeres presentan el tipo II de ardor bucal, siendo el 47% en etapa menopáusica y el 41,7% en la post menopáusica,

Tabla 2: Factores psicológicos y ardor bucal.

Ardor bucal	Depresión		Ansiedad		Disfuncionalidad familiar		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Tipo I	3	16.7	7	33.3	4	25.0	14	25.5
Tipo II	11	61.1	9	42.8	10	62.5	30	54.5
Tipo III	4	22.2	5	23.8	2	12.5	11	20.0
Total	18	32,7	21	38,1	16	29,0	55	100,0

En la tabla 2 se reflejan los factores psicológicos relacionados con las pacientes que presentan Ardor bucal, el 38,1% plantean tener ansiedad, seguido de la depresión

Tabla 3: Factores locales y sistémicos que se presentaron en las pacientes con síndrome de ardor bucal.

Factores	No	%
<u>Locales:</u> xerostomía	37	90.2
<u>sistémicos:</u> Déficit estrogénico	9	22.0
poli medicación	24	58.5
fármacos que producen xerostomía	36	87.8

N= 41

Al describir en la tabla 3, los factores locales el 90,2% manifiestan tener xerostomía, el 22% presentan déficit estrogénico, el 87,8% ingieren fármacos que producen xerostomía.

Tabla 4: Otras manifestaciones bucales presentes en pacientes con síndrome de ardor bucal

Manifestaciones bucales	No N= 41	%
Disgeusia	23	56.0
Disfagia	9	22.0
saliva viscosa	11	26.8
Lesiones eritematosas y blanquecinas	16	39.0

Las manifestaciones bucales presentes en pacientes con síndrome de ardor bucal, mostradas en la tabla 4, el 56% presenta Disgeusia, el 39% tienen lesiones eritematosas y blanquecinas.

## DISCUSION

La tabla 1 muestra que en el estudio realizado el 65% de las mujeres durante la menopausia, en alguna de sus etapas ya descritas, presentaron (SAB), predominado el tipo II seguido por el tipo I. En un estudio realizado en México obtuvieron resultados similares a los nuestros donde más del 45 % de las pacientes estudiadas presentaron SAB tipo II seguido del tipo I.<sup>2</sup>

La tabla No.2 Evidencia la aparición del (SAB) en el climaterio cuando este se acompaña de alteraciones en la esfera psíquica lo que hace pensar que en la prevalencia de tal manifestación bucal en la menopausia tenga relación con los estados emocionales concomitantes, lo que se corresponde con estudios realizados en otros países.<sup>2,3,9</sup>

Similar al comportamiento de este cuadro clínico se muestran los resultados obtenidos en la Tabla No. 3 donde el (SAB) se acompaña de factores locales y generales donde la polimedicación desempeña un rol importante y sugiere para estudios posteriores sobre el tema que se tome en cuenta el elevado porcentaje de mujeres que usando una polimedicación durante la menopausia son portadoras del síndrome de ardor bucal.

Un hallazgo importante en nuestro medio es la aparición de otras manifestaciones bucales que acompañan al (SAB) y que a diferencia de otros estudios que describen este síndrome en mucosas intactas, en nuestro universo se acompaña de zonas eritematosas, disgeusia, incremento de la viscosidad de la saliva.

## **CONCLUSIONES**

En un elevado porcentaje, las mujeres en edad menopáusica y post-menopáusica, son portadoras de Síndrome de Ardor Bucal a predominio en nuestro estudio del tipo II seguido del tipo I.

El estudio realizado en nuestro medio sugiere una relación entre la aparición de los síntomas de escozor bucal y la presencia concomitante de alteraciones emocionales que van desde la disfuncionalidad familiar hasta problemas de índole personal como disolución de parejas, pérdida de familiares y amigos con fuertes vínculos afectivos entre otros.

A diferencia de estudios consultados de otros países, un porcentaje más o menos elevado presentó lesiones eritematosas y blanquecinas asociadas al (SAB) pero que refirieron haber recibido tratamientos anteriores de fito y farmacoterapia que bien pudieron ser causa del empeoramiento del cuadro y que sería objeto de próximos estudios.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Goenka, P; Marwah, N; Dutta S: (2011) Biological approach for management of anterior tooth trauma: Triple case report. J Indian Soc Pedod Prev Dent, Vol. 28:223-9.
2. García C, Mendoza, A: (2003) Traumatología Oral en Odontopediatría. Diagnóstico y Tratamiento Integral. Madrid. Editorial: Ergon.
3. Viduskalne, I; Care, R: (2010) Analysis of the crown fractures and factors affecting pulp survival due to dental trauma. Stomatologija Baltic Dental and Maxillofacial Journal, Vol. 12 (4): 109-115.

4. Castro, JMC; Poi, WR; Manfrin, TM; Zina, LG: (2005) Analysis of the crown fractures and crown -root fractures due to dental trauma assisted by the Integrated Clinic from 1992 to 2002. *Dent Traumatol*, 21:121-6.
5. Díaz, J: (2008) Crown fractures in maxillary incisors; 24 months follow-up and clinical outcome in children. *Int. J. Odontostomat*, Vol. 2(1):83-94.
6. Viduskalne, I; Care, R: (2010) Analysis of the crown fractures and factors affecting pulp survival due to dental trauma. *Stomatologija Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, Vol. 12 (4): 109-115.
7. Castro, JMC; Poi, WR; Manfrin, TM; Zina, LG: (2005) Analysis of the crown fractures and crown -root fractures due to dental trauma assisted by the Integrated Clinic from 1992 to 2002. *Dent Traumatol*, 21:121-6.
8. Marcenes, W; Alessi, ON; Traebert, J: (2000) Causes and prevalence of traumatic injuries to the permanent incisors of school children aged 12 years in Jaragna do Sul, Brazil. *Int Dent J*, 50:87-92.
9. García Ballesta C, Mendoza A. *Traumatismos dentales*. Madrid. Ergon, 2003.
10. Huang, G: (2009) Apexification: The beginning of its end. *International Endodontic Journal*. 42: 855-866.
11. Rafter, M: (2005) Apexification: a review. *Dent Traumatol*. 21: 1-8.
12. Andreasen, J.O; Farik, B; Munksgaard, E: (2002) Long-term calcium hydroxide as a root canal dressing may increase risk of root fracture. *Dent Traumatol*. 18:134-137.
13. Andreasen, J.O; Andreasen, F.M; Andersson, L: (2010) *Texto y Atlas a Color de Lesiones Traumáticas a las Estructuras Dentales*. Cuarta Edición. Oxford, Editorial AMOLCA.
14. Andreasen, J.O; Farik, B; Munksgaard, E: (2002) Long-term calcium hydroxide as a root canal dressing may increase risk of root fracture. *Dent Traumatol*. 18:134-137.
15. Fidel, R; Carvalho, R; Varela, C; Letra, A; Fidel, S: (2006) Complicated Crown Fractura: A Case Report. *Braz Dent J*, Vol. 17(1): 83-86.
16. Trope, M: (2006) Treatment of immature teeth with non-vital pulps and apical periodontitis. *Endodontic Topics*. 14:51-59.