

Síndrome de boca dolorosa y su relación con el climaterio

Autoras: C.D. Fátima Castillo

Odontopediatra egresada de la Facultad de Odontología de la UNAM.

C.D. Beatriz Aldape

Profesora de patología bucal de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Odontología, UNAM.

Resumen

Objetivo. Identificar los factores asociados al síndrome de boca dolorosa (SBD) presentes en una población de mujeres mexicanas para poder obtener un diagnóstico acertado con el que sea posible brindar un mejor tratamiento a este padecimiento.

Métodos. Se aplicó una historia clínica especial para personas con SBD a aquellos pacientes en quienes se sospechó del padecimiento. Además, se llevó a cabo la exploración bucal en busca de datos clínicos y se realizaron estudios de laboratorio, incluyendo niveles estrogénicos en sangre. Se estudiaron e identificaron los factores locales, sistémicos y psicogénicos en cada individuo. Se hicieron las remisiones correspondientes y se aplicó un tratamiento alternativo con infusión de nopal y capsaicina.

Resultados. De un total de 833 pacientes que se revisaron de enero del 2001 a diciembre del 2002, fueron diagnosticados 13 sujetos con SBD. De éstos, 11 fueron mujeres de 51 a 83 años de edad. De las pacientes, 90.9% presentó depresión y ansiedad, además de otros trastornos emocionales, como problemas intrafamiliares. En 81.8% se observó hiposalivación y presencia de polimedicación. Se obtuvo también la cuantificación de estrógenos en sangre en siete pacientes, de las cuales seis (85.7%) presentaron déficit estrogénico (10-50 pg/ml).

Conclusiones. El factor psicogénico fue el más frecuente en esta población, seguido por hiposalivación y factores locales irritantes. Esto se debe probablemente a aspectos socioeconómicos y culturales propios de la mujer mexicana, los cuales se suman a las alteraciones posmenopáusicas por déficit estrogénico y factores vinculados a la edad, provocando desorden emocional y falta de atención médica y bucodental.

Palabras clave. Síndrome de boca dolorosa, climaterio, hiposalivación, medicamentos.

El síndrome de boca dolorosa es una entidad patológica caracterizada por una sensación de ardor bucal en una mucosa clínicamente sana y cuya etiología permanece incierta. El propósito de este estudio fue identificar los factores etiológicos en un grupo de mujeres mexicanas diagnosticadas con SBD; se explicó el papel físico y psicológico que juega el climaterio en la sintomatología de ardor bucal y se elaboró una historia clínica especial para pacientes con este trastorno.

La prevalencia de SBD en la población general varía de 2.6% a 3.7%, ambos resultados en países desarrollados.^{1,2} Al hablar de la población que visita un centro de salud bucal, el porcentaje es mayor; en Argentina se encontró una preva-

lencia de 13%.³ El SBD afecta más a mujeres que a hombres, con una razón de 3-4:1.1.⁴ Lamey P. J. y Lewis M. A. reportan una razón de 7:1, sin embargo, no excluyen lesiones bucales.⁵ La prevalencia en mujeres varía de 4.2% a 5.5%,

mientras que en hombres es de 0.8% a 1.6%.⁶ La edad promedio de aparición es a los 60 años.⁴

Comúnmente la sensación quemante y dolorosa del SBD se cuantifica por medio de escalas como la Visual Analogue Scale (VAS), en la que se pide al paciente calificar la intensidad del dolor bucal en un rango del 0 al 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es un dolor extremo. En pacientes suecos se ha usado la escala visual análoga con un resultado de 3.8, en franceses con 6.2 y en italianos con 5.1.^{2,6} El dolor puede durar meses o años, con un promedio de 4.6 a 6.4 años.⁷

El ardor puede presentarse en muchos sitios dentro de la cavidad bucal, ya sea con carácter localizado o generalizado. El sitio que más se ve afectado es la lengua, principalmente la punta y los dos tercios anteriores, con variaciones de 50% a 78%. Los lugares que le siguen en orden descendente son el paladar duro, labios, procesos alveolares y mucosa bucal. Con menor frecuencia se encuentra el piso de boca, paladar blando y garganta. La distribución de la sintomatología puede dar una pista de los posibles factores etiológicos locales.^{1,4,5,8}

Existen tres tipos de SBD, el SBD tipo I y II son los más frecuentes, en ellos el dolor está presente todos los días, mientras que en el 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 se manifiesta al despertarse y permanece constante durante todo el día sin variaciones, se habla de un SBD tipo II. En el tipo III hay días enteros sin ardor y éste se localiza en lugares poco comunes, como el piso de boca y garganta.^{4,5}

En mujeres posmenopáusicas la prevalencia de ardor bucal ha llegado a ser hasta de 93% según Massler M., sin embargo, en estudios mejor controlados y más recientes se reportan prevalencias más acertadas, como la de Basker R. M. (26%), Ferguson M. M. (17.9%) y Wardrop R. W. (33%). Estos porcentajes son contrastantes y mucho más altos que la prevalencia de ardor bucal en la población general, que es de 5.1%, o en mujeres premenopáusicas, con 6%.^{1,12,13,15}

El climaterio es la etapa del envejecimiento de la mujer que señala la transición entre la fase reproductiva y la no

Factores etiológicos de SBD^{1, 5, 7, 8, 9-14}

Factores locales

- Irritación mecánica
- Condición dental y protésica
- Hábitos parafuncionales
- Hiposalivación
- Alergia a materiales dentales
- Lengua geográfica
- Reflujo esofágico

Factores sistémicos

- Desorden nutricional
- Anemias
- Deficiencias vitamínicas
- Medicación y polimedicación
- Diabetes mellitus
- Síndrome de Sjögren
- VIH/SIDA

Factores psicogénicos

- Depresión
- Ansiedad
- Estrés
- Alteraciones del sueño
- Problemas intrafamiliares, laborales y económicos.
- Historia de evento traumático

reproductiva de la vida, entre los 35 y 65 años de edad, determinada por la declinación de la función ovárica. La menopausia es el periodo menstrual final y ocurre durante el climaterio, al agotarse los folículos primarios; sólo se considera como tal después de que haya pasado un año o más sin nuevos sangrados. En Estados Unidos y Europa se presenta hacia los 50 años de edad y en México hacia los 47 en promedio, aunque puede suceder entre los 42 y 52 años. La menopausia artificial es el cese de los periodos menstruales mediante cirugía o radiación, la cual produce la misma sintomatología que la menopausia natural, sólo que en forma brusca e intensa cuando se realiza en pacientes jóvenes con función ovárica adecuada.^{16,17} ▶

La premenopausia puede comenzar después de los 35 años de edad, cuando el ovario disminuye de tamaño y contiene menos ovocitos y estructuras foliculares y más folículos atrofiados en degeneración. Esta pérdida de ovocitos y folículos provoca una disminución gradual de los estrógenos, la cual, alrededor de cinco años antes de la menopausia, trae como consecuencia la elevación de la hormona foliculoestimulante (FSH), que es la primera señal de laboratorio de la premenopausia. Posteriormente, se producen ciclos anovulatorios, con el consiguiente cese de formación de cuerpos lúteos y, al no haber producción de progesterona, hay sangrados genitales anormales en su cantidad, frecuencia y duración, siendo éstos los primeros datos clínicos de la premenopausia, junto con bochornos y sudoración profusa. Los estrógenos en cantidades muy bajas son incapaces de estimular el crecimiento endometrial, el cual se atrofia con el tiempo y suspende el sangrado. Esta etapa del climaterio comienza después de ocurrir la menopausia y su duración es variable, pudiendo ser tan corta como cinco años o tan larga como 15 años.¹⁶⁻¹⁸

Tan pronto como empieza la posmenopausia y como consecuencia del impacto psicológico que ocasiona la supresión definitiva del sangrado genital, la mujer posmenopáusica puede verse afectada de forma leve a severa, ya sea por insomnio, somnolencia, estados de depresión y ansiedad, fatiga, mareos, irritabilidad, sentimiento de insuficiencia y falta de realización, temor al envejecimiento y a la muerte, miedo a perder la satisfacción sexual o a que el esposo pierda el interés por ella, cefalea, disnea y fluctuaciones en el estado de ánimo.^{16, 17} En México y países occidentales, los trastornos emocionales son consecuencia de la sintomatología general y del entorno personal, familiar, laboral y social en el que se desenvuelve la mujer. Se ha reportado que en mujeres europeas y orientales las repercusiones psicológicas son menores.¹⁹

Los signos y síntomas se atribuyen al medio estrogénico disminuido (10-50 pg/ml de estradiol en plasma, siendo que en edad reproductiva puede ser >200 pg/ml), mismos que provocan alteraciones a nivel del aparato genitourinario, mamas, piel y mucosas, sistema cardiovascular y sistema óseo.^{16, 17} Las alteraciones en cavidad bucal son el aumento en la incidencia de enfermedades periodontales, xerostomía, enfermedades como liquen plano, síndrome

de Sjögren y SBD. Grushka M. menciona que en mujeres posmenopáusicas con SBD puede encontrarse ardor bucal en 43% de ellas, alteración del gusto en 27% o ambos síntomas en 30% de las pacientes. Además, la piel y mucosas se ven afectadas por sequedad, prurito, son fácilmente traumatizadas, pierden elasticidad y flexibilidad.^{4, 18}

La terapia hormonal de reemplazo (THR) proporciona beneficios en cuanto al alivio de los signos y síntomas climatéricos como bochornos, insomnio, dispareunia por atrofia vaginal senil y osteoporosis, brindando a la paciente una mejor calidad de vida. También protege contra la arterioesclerosis cardiovascular y reduce los infartos al miocardio y la coronariopatía mortal.¹⁶ En México, el uso de estrógenos es más limitado debido a la baja frecuencia de diagnóstico de problemas asociados al climaterio, insuficiente promoción educativa para la población general y a que la mujer mexicana está expuesta a información obtenida por medios de divulgación popular. Lo anterior se traduce en una menor aceptación y continuidad de uso, necesaria para obtener beneficios potenciales en salud y calidad de vida para la mujer.¹⁹

El papel de la THR en la sintomatología bucal no se ha clarificado hasta nuestros días. Parece mejorar la cantidad y calidad de la función de las glándulas salivales en mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas. Forabosco A. sostiene que las mujeres con sintomatología ardorosa y receptores de estrógenos en mucosa bucal responden al reemplazo hormonal, cosa que no sucede en las pacientes que carecen de estos receptores, sin embargo, no es posible asegurar que la THR sea un tratamiento efectivo para la sintomatología bucal.²⁰ Los tratamientos alternativos para SBD son capsaicina (terapia desensibilizante), infusión de nopal (sustituto de saliva), saliva artificial, guarda oclusal y suplemento vitamínico.

Metodología

En el estudio se incluyeron pacientes de género femenino con la sintomatología característica del síndrome de boca dolorosa y que a la inspección clínica presentaron mucosa clínicamente normal con ausencia de signos clínicos de lesión. Fueron excluidos los pacientes del género masculino, hayan sido o no diagnosticados con síndrome de boca dolorosa, y los pacientes del género femenino que hayan referido ardor en alguna parte de la cavidad bucal,

pero en quienes se hayan encontrado signos clínicos de lesión durante la exploración.

Los factores que se investigaron en cada paciente fueron: edad, estado civil, nivel del dolor (escala análoga visual), circunstancias bajo las cuales comenzaba la sintomatología, etapa del climaterio en que se encontraba la paciente, tipo de menopausia, hiposalivación, bordes cortantes y restauraciones desajustadas, hábitos parafuncionales, polimedicación, fármacos predisponentes de hiposalivación y ardor bucal, eritropenia, hiperglucemia, déficit estrogénico, depresión y ansiedad, problemas intrafamiliares, insomnio y cancerofobia.

En este estudio los datos se obtuvieron mediante la historia clínica, elaborada especialmente para pacientes que padecen SBD. En ella se incluyen un detallado interrogatorio, exploración bucal y estudios complementarios principalmente. A través del interrogatorio directo que se le hace a la paciente se indaga sobre datos demográficos, características de la sintomatología bucal, nivel del dolor (escala visual análoga de 0 a 10), antecedentes dentales, heredo-familiares, personales patológicos y no patológicos, así como antecedentes quirúrgicos, farmacológicos, ginecológicos y psicológicos. El interrogatorio consta de preguntas específicas encaminadas al cumplimiento de los objetivos, ya que de no contar con un formato ya establecido, sería muy difícil la identificación de los factores asociados a SBD.

Al terminar el interrogatorio se procede a hacer la exploración bucal, registrando el estado de los tejidos blandos, órganos dentarios, materiales de restauración y ATM. Se cuantifica la salivación por medio de la sialometría. Se solicitan los estudios de gabinete pertinentes, de los cuales son básicos una ortopantomografía, biometría hemática, química sanguínea y nivel estrogénico en sangre. Una vez obtenidos todos los datos necesarios es posible emitir el diagnóstico, indicando el tipo de SBD que presenta la persona, así como los factores locales, sistémicos y psicogénicos identificados. Según el caso, se hace la remisión o interconsultas necesarias, ya sea a nivel odontológico, médico o psicológico, con el fin de que la paciente reciba un tratamiento integral que disminuya su exposición a los factores etiológicos.

Resultados

De los 833 pacientes, 13 fueron diagnosticados con SBD, de los cuales 11 fueron pacientes del género femenino y

2 del masculino. La prevalencia de SBD en este estudio fue de 1.56%. Los tipos de SBD que se encontraron en este estudio fueron dos: el tipo I –que se presentó en 5 de 11 pacientes (45.5%)– y el SBD tipo II –que se presentó en 6 de 11 pacientes (54.5%)–. No hubo ningún caso de SBD tipo III, es decir, hay más pacientes que sufren los síntomas desde que se despiertan hasta que se van a dormir.

La edad promedio de las 11 pacientes fue de 65 años. Se observó que la séptima década de la vida fue la más afectada y la menos afectada, la novena. Predominaron las mujeres viudas (45.5%) sobre las casadas (36.4%) y las divorciadas (18.2%). Las pacientes de este estudio estaban en la etapa de la posmenopausia (54.5%) y la vejez (45.5%). Al comparar los tiempos de evolución del dolor en cavidad bucal y el tiempo transcurrido desde que ocurrió la menopausia, se observó que 90.9% de las pacientes tenía más tiempo de haber experimentado la menopausia que el dolor y sólo una reportó que la menopausia y la sintomatología bucal comenzaron a la par.

Predominaron las pacientes cuya evolución del dolor no superó los 12 meses (54.5%), sin embargo, hubo quien soportó la sintomatología por 10, 15 y hasta 20 años. Un dato interesante es que cuatro de las pacientes (36.4%) llegaron a su menopausia de manera artificial o quirúrgica, pues se les practicó la histerectomía entre los 40 y los 44 años de edad. A este grupo pertenece la paciente cuyos tiempos de evolución de la menopausia y del dolor coincidieron (Tabla 1).

A pesar de que la sensación ardorosa puede involucrar cualquier sitio de la cavidad bucal, la lengua es por mucho el sitio de localización más frecuente, ya sea sola (45.5%) o con múltiples áreas involucradas (54.5%). Un porcentaje de 81.8% refirió que ésta es la localización más afectada. En cuanto a las circunstancias bajo las cuales comenzó el dolor, predominaron las mujeres que relacionaron el inicio de su padecimiento con un suceso de orden emocional, como la muerte del cónyuge y problemas intrafamiliares crónicos (54.5%). En una de ellas, el SBD surgió a raíz de un tratamiento dental, específicamente un curetaje periodontal, según refiere la paciente. La Tabla 2 describe los diferentes factores asociados a SBD que se encontraron en las pacientes.

El factor local más frecuente fue la disminución de la secreción salival en 81.8% de los casos. Los factores sistémicos

Tabla 1. Dolor bucal y menopausia

Dolor (años)		Menopausia (años)		Tipo de menopausia (núm. de casos)	
Edad promedio en que se presentó	Rango de duración	Edad promedio en que se presentó	Rango desde que ocurrió	Natural	Artificial
61	0.5-20	45.5	5-40	7	4

micos fueron difíciles de determinar debido a que 36.4% de las pacientes no obtuvo sus estudios de laboratorio, sin embargo, es posible indicar que seis de siete pacientes (85.7%) presentaron déficit estrogénico, con niveles de estrógenos en sangre de 10 a 50 pg/ml. Se encontró que 81.8% estaba polimedicado (dos a siete fármacos) y en promedio cada paciente tomaba 2.63 fármacos. Además, nueve pacientes (81.8%) ingerían algún fármaco predisponente de hiposalivación; fueron éstas quienes precisamente la padecían. Dentro de los trastornos psicogénicos, la depresión y la ansiedad fueron los más comunes (90.9%).

De los fármacos que utilizaban las pacientes, 80% provocaba reacciones adversas en cavidad bucal, ya sea hiposalivación, ardor o alteración del gusto (disgeusia). El medicamento que más tomaban las pacientes fue clonazepam (del grupo de los antiepilépticos), prescrito para el tratamiento de la ansiedad y depresión según refieren. Las pacientes que empleaban antihipertensivos tomaban captopril, inhibidor de la ECA cuyo principal efecto adverso en cavidad bucal es el ardor. Una de las pacientes bajo terapia hormonal tomaba tibolona, esteroide sintético para el tratamiento de los síntomas posmenopáusicos. Ella refirió que el dolor bucal desapareció al suspender el uso de dicho fármaco.

En este estudio se evaluó el nivel del dolor con la escala visual análoga. Se observó que el nivel del dolor al momento de realizar la historia clínica fue mayor de 8 en las pacientes (72.7%), tres de las cuales mencionaron que padecían un nivel de ardor máximo de 10. El nivel fue de 4 a 7 en tres pacientes (27.3%). Ninguna paciente refirió un

nivel del dolor menor de 3. Como hallazgo complementario, mas no como resultado del estudio, se presenta el nivel del dolor que mostraron las pacientes en la última consulta después del tratamiento alternativo –a base de infusión de nopal y capsaicina–. En nueve pacientes el nivel del dolor bajó considerablemente: fue menor de 3 para seis de ellas (54.5%). En dos pacientes permaneció en el mismo nivel de 8 (18.2%), sin embargo, ninguna tuvo nivel máximo de 10 y en ninguna aumentó el dolor.

Discusión

Se encontró una prevalencia de 1.56% del total de pacientes revisados. En comparación con los resultados obtenidos por Hakeberg M. y Bergdahl M. –de 3.9% y 3.7%, respectivamente–, se observó que la cifra en nuestro estudio fue menor, a pesar de que no fue obtenida de la población en general, sino de personas que acudían a un centro de especialidades odontológicas. La relación mujeres a hombres es de 6.5:1, lo cual es contrastante con el 3:1 de Basker R. M. y Maresky L. S. y muy próximo al 7:1 de Lamey P. J. La edad promedio en la que se presentó el SBD en las pacientes fue de 65 años, la cual es ligeramente superior a la obtenida por autores como Maresky L. S., Grushka M. y Bergdahl M., con un resultado de 62, 60 y 57 años, respectivamente.

Hakeberg M. encontró que el nivel del dolor en sus pacientes con SBD según la escala visual análoga fue de 3.8; en el presente estudio se obtuvo un nivel del dolor muy superior, de 8.5 con la misma escala, lo cual lleva a pensar acerca de la gravedad de los casos de SBD que

Tabla 2. Factores locales, sistémicos y psicogénicos

		Número de casos/ total de pacientes	%
FACTORES LOCALES	Xerostomía	9/11	81.8
	Bordes cortantes, restauraciones, prótesis.	8/11	72.7
	Hábitos parafuncionales	7/11	63.6
FACTORES SISTÉMICOS	Polimedicación	9/11	81.8
	Fármacos predisponentes de xerostomía.	9/11	81.8
	Fármacos predisponentes de ardor bucal.	2/11	18.2
	Eritropenia	2/7	28.6
	Hiper glucemia	0/7	0.0
	Déficit estrogénico	6/7	85.7
FACTORES PSICOGÉNICOS	Depresión y ansiedad	10/11	90.9
	Problemas intrafamiliares	7/11	63.6
	Insomnio	7/11	63.6
	Cancerofobia	6/11	54.5

existen en México; también queda claro que la prioridad de la mujer mexicana no es buscar atención médica y mucho menos dental.

Los resultados de este estudio concuerdan con los obtenidos por Browning S., Lamey P. J., Ship J. y Bergdahl M., quienes mencionan que los pacientes con SBD sufren de problemas psicogénicos. Sin embargo, la cifra de pacientes con alteraciones psicogénicas que se obtuvo fue de 90.9%, muy superior al 44% que encontró Browning S. Esto se debe a que el estudio de este autor estuvo encaminado exclusivamente a la detección de desórdenes psiquiátricos, por lo que llevó a cabo evaluaciones psiquiátricas de orden familiar, personal, social, médico y mental con la ayuda de un especialista en psiquiatría. Al igual que Grushka M., Gorsky M., Maresky L.S. y Basker R.M., nuestros resultados muestran que la hiposalivación es un factor que afecta frecuentemente a los pacientes que padecen SBD.

La medicación como factor etiológico sistémico es un tema variado y difícil. Autores como Hakeberg M. señalan que el consumo de medicamentos antihipertensivos, sedantes y hormonas sexuales es predisponente de sintomatología bucal. Gorsky M. muestra en sus resultados que el fármaco más consumido fue clordiazepoxide, del grupo de las benzodiazepinas. En cambio, Tarkkila L. y Bergdahl M. indican que los más utilizados fueron la terapia hormonal de reemplazo y las tiroxinas, respectivamente. En el presente estudio se encontró que el medicamento que más tomaron las pacientes fue clonazepam, antiepiléptico que provoca hiposalivación, entre otros efectos adversos.

Con respecto a las alteraciones menopáusicas como factores de riesgo del SBD, en este estudio se halló, al igual que Massler M., Ferguson M.M., Wardrop R.W. y Frutos R., que durante el climaterio, específicamente en la pos- ▶

menopausia, se incrementa la sintomatología bucal que experimentan las mujeres.

A pesar de no haber sido parte del estudio, la terapéutica con sialogogos e infusión de nopal en nuestras pacientes mexicanas fue exitosa para combatir la hiposalivación en las ocho mujeres que siguieron las recomendaciones. En contraste, Gorsky M. administró 5 mg cuatro veces al día de pilocarpina hidroclicorada para estimular la salivación, obteniendo resultados no satisfactorios. El tratamiento alternativo a base de nopal brindó buenos resultados y beneficios múltiples, además de su bajo costo y fácil adquisición en nuestro país, a diferencia de los sustitutos de saliva utilizados en otras naciones.

El estudio referido ofrece resultados descriptivos, mas no significativos sobre los factores asociados a SBD. A pesar de sus limitaciones, la investigación proporciona un panorama general sobre el SBD en una población de mujeres mexicanas, sus factores asociados, prevalencia, características clínicas y terapéutica disponible.

Conclusiones

- Este estudio sugiere que el grupo de factores etiológicos psicogénicos es el más común en las pacientes que padecen SBD, siendo la depresión y la ansiedad los desórdenes psicogénicos más frecuentes.
- Dentro de los factores etiológicos locales, la hiposalivación es el más frecuente, seguida de la presencia de bordes cortantes, restauraciones o prótesis desajustadas.
- La polimedicación y el uso de fármacos predisponentes de hiposalivación son los factores asociados más comunes dentro del grupo de factores etiológicos sistémicos.
- Se sugiere que la deficiencia estrogénica no es un factor determinante de SBD, sin embargo, es el principal agente fisiopatológico responsable de los trastornos característicos del climaterio y con ello de la alteración psicogénica productora, en gran parte, de la sintomatología de SBD.
- La sintomatología del SBD es el resultado de la interrelación de múltiples factores locales, sistémicos y psicogénicos, por lo que se requiere de la atención de varias especialidades médicas y, por lo tanto, de recursos económicos considerables para mantener un tratamiento integral, propósito que es difícil cumplir en México.
- El conocimiento de los factores de riesgo de SBD, así como el uso de una historia clínica específica para es-

tos pacientes, son la base de una identificación precisa de factores etiológicos y, en consecuencia, de un diagnóstico acertado necesario para brindar un mejor tratamiento.

- Los problemas sociales, culturales y económicos que aquejan a las mujeres mexicanas difieren de aquellos que puedan padecer las mujeres de otros países, como las del primer mundo, por ejemplo, donde el nivel de vida es más alto, la ideología no es tan conservadora y las condiciones laborales y familiares no exigen tanto desgaste físico y emocional por parte de la mujer. *OC*

Referencias bibliográficas

1. Basker RM, Sturdee DW, Davenport JC. Patients with burning mouth: a clinical investigation of causative factors, including climacteric and diabetes. *Br Dent J* 1978; 145:9-16.
2. Bergdahl M, Bergdahl J. Burning mouth syndrome: prevalence and associated factors. *J Oral Pathol Med* 1999;28:350-354.
3. Ceccotti EL, Yasniq FH, Zanuso LH, Bernal MP. Abordaje interdisciplinario en pacientes con síndrome de ardor bucal. *Bol AN de Medicina* 1996; 74:441-447.
4. Grushka M. Clinical features of burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 63:30-36.
5. Lamey PJ, Lewis MA. Oral medicine in practice: burning mouth syndrome. *Br Dent J* 1989; 167:197-200.
6. Hakeberg M, Berggren U, Hägglin C, Ahlqvist M. Reported burning mouth symptoms among middle-aged and elderly women. *Eur J Oral Sci* 1997; 105:539-543.
7. Mareski LS, Bijl P, Gird I. Burning mouth syndrome: evaluation of multiple variables among 85 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75:303-307.
8. Gorsky M, Silverman S, Chinn H. Clinical characteristics and management outcome in the burning mouth syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;72:192-195.
9. Cibirka R, Nelson S, Lefebvre C. Burning mouth syndrome: a review of etiologies. *J Prosthet Dent* 1997;78:93-97.
10. Ship J, Grushka M, Lipton J, Mott A, Sessle B, Dionne R. Burning mouth syndrome: an update. *J Am Dent Assoc* 1995; 126(7):842-853.
11. Lamey PJ, Lamb AB. Prospective study of aetiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J* 1988; 296:1243-1246.
12. Ferguson MM, Carter J, Boyle P, Hart D, Lindsay R. Oral complaints related to climacteric symptoms in oophorectomised women. *J Roy Soc Med* 1980; 74:492-498.
13. Massler M. Oral manifestations during the female climacteric: the postmenopausal syndrome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1951; 4:1234-1243.
14. Browning S, Scully C, Shirlaw P. The association between burning mouth syndrome and psychosocial disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64:171-174.
15. Wardrop RW, Hailes J, Burger H, Reade PC. Oral discomfort at menopause. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67:535-540.
16. Jones H, Colston A, Burnett L. *Tratado de ginecología de Novak* 11ª ed. Interamericana; 1991, p. 349-386.
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Ginecología y obstetricia* 3ª ed. Méndez editores; 1998, p.739-745, 1009-1029.
18. Frutos R, Rodríguez S, Miralles L, Machuca G. Manifestaciones orales y manejo odontológico durante la menopausia. *Medicina Oral* 2002;7:26-35.
19. Velasco V, Pozos JL, Cardona JA. Terapia hormonal de reemplazo en el climaterio y la posmenopausia. *Rev Med IMSS* 2000; 38(2):131-138.
20. Forabosco A, Criscuolo M, Coukos G, Uceli E, Weinstein R, Botticelli A. Efficacy of hormonal replacement therapy in postmenopausal women with oral discomfort. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73:570-574.