# Sindrome della bocca urente: possibili cause e orientamenti terapeutici

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano
Dott.ssa Dania Gambini
Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, H. San Raffaele, Milano

*«Da sei anni soffro di sindrome della lingua urente: la sintomatologia è molto invalidante, perché inizia la mattina e termina solo quando mi addormento… Credetemi, a volte vivere così è veramente insopportabile. Ho provato diversi farmaci, consultato specialisti, fatto esami e risonanze: è sempre tutto negativo, ma intanto continuo a convivere con questo disturbo. Cosa posso fare per guarire?».*
*Grazia P.*

Gentile Grazia, desideriamo darle anzitutto alcune informazioni.
La sindrome della bocca urente (stomatopirosi) è un disturbo cronico caratterizzato da una prevalenza dello 0.7-4.6% nella popolazione generale, con un picco massimo di incidenza nelle donne sopra i 50 anni di età (18-33%). Clinicamente si manifesta con un dolore/bruciore cronico a livello orale, in assenza di lesioni alle mucose (nel caso in cui il disturbo risulti localizzato esclusivamente alla lingua si definisce "glossopirosi"). Si può associare a secchezza delle fauci e a un'alterata sensibilità gustativa; il bruciore può essere presente già al mattino e peggiorare nel corso della giornata, raggiungendo un'intensità massima nel tardo pomeriggio. Generalmente si hanno remissioni spontanee in coincidenza dei pasti e, come nel suo caso, del sonno.
Tra le cause della stomatopirosi vi sono svariati fattori locali e sistemici. Tra i fattori locali spiccano il traumatismo cronico da protesi dentarie, la nevralgia del trigemino, la gastrite cronica e il reflusso gastro-esofageo. Come fattori sistemici bisogna considerare i deficit vitaminici, la menopausa, il diabete, l'ipotiroidismo, la depressione e l'ansia. Nella maggior parte dei casi, però, la malattia rimane idiopatica, ossia non chiarita rispetto alla sua origine.
Nella valutazione va effettuata un'accurata anamnesi associata a un approccio clinico il più possibile approfondito (esame obiettivo della cavità orale, tamponi, test allergici, esami ematochimici completi, eventuale TAC e RM). Le opzioni farmacologiche sono diverse e includono antistaminici, antimicotici, ansiolitici, antidepressivi. Ad oggi non esiste purtroppo un trattamento specifico della patologia: la terapia va personalizzata in funzione degli specifici fattori causali. In letteratura, infine, non ci sono sufficienti studi per definire la prognosi in termini certi: è descritto solo un 30% di miglioramento medio della sintomatologia.
Nello specifico, lei quanti anni ha? È già in menopausa? Da quanto tempo? Visto che la carenza di estrogeni può contribuire a questo sintomo, si potrebbe valutare la possibilità di una terapia con livello di estrogeni basso e costante. Inoltre, visto che questa sindrome ha molte delle caratteristiche del dolore neuropatico, potrebbe essere attenuata utilizzando i principi attivi che

si usano per quel disturbo, Non ultimo, considereremmo anche il contributo di una reazione allergica ad antigeni della Candida…
Comprendiamo la sua sofferenza, perché un disturbo del genere compromette davvero tanto la qualità della vita: ma non si abbatta! Si rivolga a uno specialista della malattia orale, così che si possa trovare la giusta combinazione terapeutica per risolvere il problema. Un forte abbraccio.

**Riferimenti specialistici**

- Wardrop RW, Hailes J, Burger H, Reade PC. Oral discomfort at menopause. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1989 May; 67 (5): 535-40
- Sardella A, Lodi G, Demarosi F, Bez C, Cassano S, Carrassi A. Burning mouth syndrome: a retrospective study investigating spontaneous remission and response to treatments. Oral Dis. 2006 Mar; 12 (2): 152-5
- Buchanan JA, Zakrzewska JM. Burning mouth syndrome. Clin Evid (Online). 2010 Jul 19; 2010. pii: 1301