

Menopausa e sindrome della bocca che brucia (BMS): le strette correlazioni

Revisione della letteratura dr.ssa Sabrina Santaniello

L'AIRO (Accademia Italiana Ricerca Orale), come sempre, è attenta alle correlazioni tra le sintomatologie del cavo orale e la salute sistemica. Pur essendoci da poco occupati della "sindrome della bocca che brucia" (BMS), siamo ritornati su questo focus per l'ampliarsi del problema, in particolare tra le donne in menopausa. La sindrome della bocca che brucia è un quadro clinico caratterizzato da bruciore, parestesia o dolore urente al cavo orale, in assenza di lesioni intraorali. A questi sintomi possono accompagnarsi xerostomia, ipersensibilità alle componenti di alcuni cibi e alterazioni del gusto.

La causa di tale sindrome è tuttora sconosciuta. Le ipotesi avanzate riguardano fattori causali locali come irritazioni meccaniche, parafunzioni, disfunzioni, contatto con allergeni presenti nei materiali dentari e fenomeni elettrogalvanici. Le potenziali cause sistemiche comprendono il diabete mellito, la carenza di vitamina B, di acido folico o di ferro, variazioni ormonali, malattie gastrointestinali, psichiatriche o neurologiche ed effetti avversi ad alcuni farmaci.

Vari fattori locali e sistemici possono interferire con la condizione di cavità orale. L'omeostasi della regione orale dipende fortemente dall'equilibrio ormonale del corpo. I recettori per gli ormoni sessuali steroidei, simili a quelli che si trovano nell'epitelio genitale, sono stati rilevati nella mucosa orale e nelle ghiandole. Durante il ciclo di vita femminile, distinti cambiamenti nell'attività degli estrogeni e del progesterone si verificano più volte.

Lo squilibrio ormonale della fase puberale, nel ciclo mestruale, durante la gravidanza e nel periodo pre e post menopausa provoca numerosi sintomi sistemici e locali.

Segni caratteristici sistemici delle donne premenopausa includono vampate di calore, correlate con la rottura dei meccanismi dei centri di controllo ipotalamici termoregolatori. Questo induce un'aumentata sudorazione durante la notte, labilità emotiva, elevato rischio di osteoporosi, aumento del rischio di malattie cardiologiche e ischemiche e anemia. Tutte queste variazioni sono state segnalate in questo gruppo d'età femminile. Sulla base della letteratura, i sintomi della menopausa localizzati nella regione orale includono, oltre alla diminuzione salivare, anche una superiore incidenza della parodontite, di candidosi di osteopenia locale e osteoporosi sistemica; inoltre, sono in aumento i casi di BMS.

L'ipotesi ormonale nella BMS sembrerebbe confermata dall'elevata incidenza e prevalenza di questa condizione fra le donne in menopausa (le donne infatti sono più spesso colpite rispetto agli uomini, e

Questo la rende una sfida diagnostica e terapeutica. Il punto chiave è di rilevare tutti i potenziali fattori causativi locali e sistemici e di definire se il paziente soffre il BMS primaria o secondaria.

Il trattamento di BMS secondaria pone al centro la carica batterica locale, le infezioni orali, irritazione dovute a fenomeni elettro-galvanici, apparecchi dentali incongrui e il trattamento delle disfunzioni occlusali. Anche la terapia di malattie sistemiche, potenzialmente correlate al bruciore e dolore orale come il diabete mellito e le carenze nutrizionali, trattamento di stati ansiosi ecc. possono influire. Il miglioramento dello stato generale di salute e l'eliminazione degli irritanti locali risulta fondamentale nella remissione dei sintomi in una parte significativa dei pazienti affetti da BMS secondaria.

Nel caso di sindrome della bocca che brucia di tipo primario, il trattamento è principalmente sintomatico, si basa sui segni presenti ed è mirato ad alleviare il dolore locale.

La terapia è sintomatica e viene effettuata con anestetici topici, quali ad esempio la lidocaina o la benzocaina gel. In caso di xerostomia si possono utilizzare anche agenti umettanti, come ad esempio composti contenenti carbossimetilcellulosa ed enzimi salivari, quali lattoferrina e lattoperossidasi. Anche una terapia con antidepressivi, quali benzodiazepine, antidepressivi triciclici e inibitori selettivi della serotonina, si è dimostrata efficace. In alcuni pazienti può anche essere utile una terapia con inibitori della dopamina (ad esempio la levodopa). La somministrazione esogena di ormoni steroidei nei soggetti affetti da BMS non modifica il quadro sintomatologico, perché il danno neurologico sarebbe ir-



ancora di più le donne in menopausa). La causa sembrerebbe essere un danno di tipo neuropatico a carico delle fibre nocicettive. Ansia cronica e stress post-traumatici determinerebbero una riduzione della produzione di steroidi da parte del surrene, che a sua volta comporterebbe la riduzione della produzione di steroidi neuroattivi. Questa condizione nelle donne in menopausa sarebbe aggravata ulteriormente dall'interruzione della produzione di ormoni steroidei da parte degli organi riproduttori femminili, con conseguente mancanza di compenso nella produzione di steroidi neuroattivi. Gli ormoni steroidei sono protettivi per le fibre nervose. Questo comporterebbe danni alle fibre periferiche e/o alle aree cerebrali con conseguente sensibilizzazione periferica e/o centrale. Il dolore è quindi spontaneo oppure evocato da stimoli di ridotta entità. La diagnosi è di esclusione nei confronti di tutte le condizioni sopracitate. Può essere utile il ricorso ad esami ematologici quali emocromocitometrico, livelli sierici di acido folico, vitamina B, ormoni steroidei e glicemia. A causa della natura multifattoriale della BMS, il trattamento richiede la cooperazione di specialisti in vari campi della medicina e dell'odontoiatria.

reversibile. È inoltre necessario motivare il paziente a una meticolosa igiene orale che abbia lo scopo di eliminare tutti i possibili irritanti locali e cessare l'assunzione di alcol e nicotina. Oltre a ciò, deve essere eliminato qualunque prodotto contenente alcol (ad esempio colluttori), cibi speziati e piccanti devono essere limitati. L'influenza della terapia a base di sostituti ormonali nelle donne in menopausa genera molte controversie e i risultati degli studi internazionali rimangono in conflitto. L'analisi comparativa basata su dati randomizzati epidemiologici e la valutazione dell'impatto particolari terapie ormonali sostitutive (HRT) in menopausa ha generato un miglioramento della condizione orale nel 70% dei soggetti esaminati, secondo alcuni autori.

Sono ancora controversi e soggetti ad approfondimento alcuni aspetti di questa teoria patogenetica, ovvero il perché del fatto si manifesti solo in alcune delle donne in menopausa stressate o affette da ansia e il perché del manifestarsi della sintomatologia solo nel cavo orale.

Conclusioni

La sindrome della bocca che brucia è una condizione che può notevolmente diminuire la qualità della vita nelle donne in menopausa. Questo è dovuto a fattori eziologici multifattoriali non ancora completamente compresi; le procedure terapeutiche in BMS richiedono la collaborazione di specialisti in vari campi della medicina e odontoiatria.

Molto spesso le opzioni di trattamento non garantiscono il recupero completo, che genera stress e frustrazione in alcuni pazienti. Lo squilibrio nei livelli di estrogeni e progesterone del siero può, in alcune donne, anche indurre ansia e depressione. I fattori psicogeni svolgono un ruolo importante nello sviluppo della BMS e il supporto psicologico sembra quindi essere un altro elemento importante nella gestione di questa condizione.