



Frecuencia de hiposalivación (Xerostomía)

En pacientes geriátricos

Prevalence of hyposalivation (Xerostomía) in geriatric patients

Norma Ibáñez Mancera

Cynthia Jocelyn López García

Beatriz Piña Libien

Catedráticos del Instituto Universitario Franco Inglés de México, A.C. Metepec, México.

Resumen

La saliva es uno de los fluidos que contribuyen a mantener la salud, existen múltiples factores que influyen en la secreción salival; a la disminución o pérdida de saliva en la cavidad bucal se le nombra xerostomía, la cual favorece el deterioro de la salud bucal. La xerostomía no es una enfermedad sino un signo que presenta multitud de causas, que pueden ser reversibles o irreversibles, de su identificación depende el tratamiento indicado. Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional. Se revisaron las Historias Clínicas de pacientes geriátricos; se recolectó la información necesaria, se realizaron pruebas de independencia entre variables. Resultados: De 120 expedientes revisados, el 56% contaba con el resultado de la sialometría, el 42% presentaron xerostomía, relación hombre mujer de 1:3.7. De los pacientes con xerostomía, 25 (89%) presentaron alguna enfermedad sistémica y 27 (96%) estaban bajo tratamiento farmacológico. Discusión: La frecuencia de xerostomía en pacientes adultos mayores oscila entre el 30 y el 79%, los reportes nos indican que los pacientes geriátricos son una población susceptible ya que en ellos convergen varios de los factores que favorecen la xerostomía, la cual es generada en gran medida como respuesta al uso de medicamentos.

Palabras clave: Xerostomía, adultos mayores, medicamentos.

Abstract

The saliva is one of the fluids that help to support the health, exist multiple factors that influence the salivary secretion; at the decrease one the mouth cavity is named xerostomia, which favors the deterioration of the mouth health. The xerostomia is not a disease but a sign that they present multitude of reasons, which can be reversible or irreversible, of your identification depends the indicated treatment. Material and Methods: A retrospective study was realized. There were checked the Clinical Histories of geriatric patients; the necessary information was gathered, tests of independence were realized between these variables. Results: There were checked a whole of 120 processes of this 56 % it was possessing the result of the sialometría, 42 % presented xerostomia, relation man: women of 1:3.7. from the patients with xerostomia, 25 (89 %) presented some systemic disease and 27 (96 %) they were under pharmacological treatment. Discussion: The frequency of xerostomia in adult major patients ranges between 30 and 79 %, the reports indicate us that the patients geriatric are a capable population since on them they converge several of the factors that favor the xerostomia, which is generated to a great extent as response to the use of medicines.

Key words: Xerostomia, major adults, medicines.

Introducción

La saliva es uno de los fluidos que contribuyen a mantener la salud, en especial la salud bucal. Dentro de sus funciones destacan: ayudar a la formación del bolo alimenticio, facilitar la fonación, contribuir a la gustación, mantener un pH adecuado y como acción antimicrobiana.¹⁻⁴ El flujo salival en reposo debe ser de 0.1-0.2 ml/min y estimulado superior a 0.7 ml/min.⁵

Son múltiples los factores que influyen en la secreción de la saliva, entre ellos la edad y el sexo, el tamaño glandular, el peso corporal, el estado de hidratación, factores emocionales y algunos hábitos; los cuales ocasionan variaciones en la tasa de flujo salival. Clínicamente existen dos tipos de trastornos referentes a la cantidad de saliva secretada, la sialorrea y la xerostomía, la primera es un aumento de saliva en la cavidad bucal, por el contrario la xerostomía es la disminución o pérdida de saliva en la cavidad bucal, debido a una disminución en su producción o a un aumento de su consumo.² Existe gran controversia en la definición de xerostomía e hiposalivación, la xerostomía se define como el síntoma subjetivo o sensación de boca seca, la hiposalivación es la definición objetiva de la reducción de la tasa de flujo salival,⁶ sin embargo tanto en libros como artículos aun se hace referencia como xerostomía a los casos de boca seca.

La xerostomía no es una enfermedad sino un signo que se presenta por multitud de causas, las cuales pueden ser transitorias o permanentes, lo que quiere decir que el daño puede ser reversible o irreversible. Dentro de las causas sobresalen: la ingesta de fármacos xerostomizantes, la radioterapia, la quimioterapia y el Síndrome de Sjögren.^{2,3,5,7} Dentro de los fármacos xerostomizantes encontramos antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos, antihipertensivos, descongestionantes, broncodilatadores, diuréticos, anfetaminas, omeprazol, calcio y fármacos utilizados en el tratamiento de la infección por VIH, entre otros.^{1-3,8,9} Otras causas de xerostomía son el estrés, la ansiedad, la depresión, la anorexia nerviosa, el consumo excesivo de tabaco, la sialoadenitis; se presenta también en pacientes diabéticos y en quienes toman de forma continua diuréticos.^{2,3}

En adultos mayores existe una menor producción de saliva,^{2,10} en Nueva Zelanda el 79% de los ancianos presentan xerostomía, sin

diferencias en cuanto a género,¹¹ otros autores reportan que el 30% de la población de 65 años y más experimenta xerostomía por hipofunción glandular,^{12,5} en otro estudio se reporta un 21% de prevalencia de xerostomía en personas mayores de 50 años, siendo mayor presencia en mujeres.¹³ La causa más frecuente en este grupo de pacientes es el uso de medicamentos,^{4,14} un 80% de los medicamentos más comúnmente prescritos se ha referido que pueden provocar xerostomía (400 medicamentos aprox.).¹⁴ En un estudio con personas mayores de 60 años con xerostomía, el 94.8% tomaban algún medicamento,¹⁵ en otro estudio el 60% de pacientes con xerostomía tomaban medicamentos xerostomizantes.¹⁶

Clínicamente la xerostomía inicia con la dificultad para realizar determinadas funciones bucales como la masticación, la formación del bolo alimenticio, la deglución, molestia para la fonación, disgeusia y sensación de ardor bucal.^{1-4,13,14} La mucosa bucal se observa poco o nada lubricada, el espejo dental se adhiere y existen zonas eritematosas por la irritación, también suelen presentarse úlceras traumáticas.^{3,4,9} La xerostomía favorece la caries dental^{1-5,9} y la enfermedad periodontal³⁻⁵ (Figura 1). Los pacientes edéntulos ven disminuida la capacidad para retener sus prótesis, con los consecuentes efectos adversos.^{4,5} La xerostomía también favorece infecciones, una de las más frecuentes es la candidiasis eritematosa, además de la parotiditis bacteriana supurativa recurrente por infección retrógrada.^{1-3,5}

La sensación de boca seca referida por el paciente y/o la evidente hiposalivación, deben atenderse, además de comprobar los signos que se pueden manifestarse sobre la mucosa bucal y los dientes. Debemos iniciar con la sialometría para conocer la cantidad de flujo salival, posteriormente se debe emplear el estudio necesario de acuerdo al diagnóstico presuntivo de la alteración causante de la xerostomía, asimismo es conveniente evaluar la existencia de tejido glandular funcional.^{2,3,5,9}

El manejo terapéutico inicial es dar tratamiento a la causa que genera la xerostomía (2,3,5), en los casos reversibles se resolverá en pocos días, en los casos que el daño sobre la glándula es irreversible, el tratamiento debe perseguir la estimulación o la sustitución de la secreción salival;^{2,3,5,8,9} en ambos casos es conveniente la humidificación con pequeños buches de agua a lo largo del día.^{2-4,9} En los pacientes donde existe parénquima glandular que puede ser

estimulado podemos recomendar desde uso de goma de mascar hasta la prescripción de sialogogos;^{2-5,9} cuando no existe parénquima suficiente deben utilizarse salivas artificiales.^{2,3,5} Es muy importante dar tratamiento a las alteraciones producidas por la xerostomía y evitar que se produzcan nuevamente.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes geriátricos que acudieron a la clínica de odontogeriatría del Instituto Universitario Franco Inglés de México A.C. (IUFIM) durante el año 2007; ya que, en el IUFIM se realiza de forma rutinaria sialometría a los pacientes que acuden a esta clínica (previo consentimiento informado), la prueba siempre es supervisada por el mismo patólogo bucal, por que los criterios están unificados.

Se recolectó la información necesaria, en una ficha diseñada para este estudio, respecto a edad y género de los pacientes, medicamentos que utilizaban en ese momento, compromiso sistémico y resultado de la sialometría. Se concentró la información en una base de datos para obtener los resultados y se realizaron pruebas de independencia entre estas variables utilizando la prueba χ^2 en el programa SPSS.

Resultados

Se revisaron un total de 120 expedientes de los cuales 84 (70%) correspondían a mujeres y 36 (30%) a hombres, con una relación hombre-mujer de 1:2.3; de los 120 pacientes, el 56% contaba con el resultado de la sialometría, por medio de la cual se midió el flujo salival, quedando 67 expedientes, 49 (73%) mujeres y 18 hombres (27%), con relación hombre-mujer de 1:2.7.

De los 67 expedientes con sialometría, el 42% (28 pacientes) presentaron xerostomía, de los cuales 6 (21%) fueron hombres y 22 (79%) mujeres ($p=0.395$), teniendo una relación hombre-mujer de 1:3.7 (Figura 1), el rango de edad fue de 60 a 87 años, con una media aritmética de 69 años y mediana de 67 años.

Del total de pacientes con xerostomía, 25 (89%) presentaron alguna enfermedad sistémica ($p=0.793$) (Figura 2), las cuales fueron: Hipertensión Arterial 12 casos (42.8%), Diabetes Mellitus 10 casos (35.7%) y Parkinson 1 caso (3.6%). Los que tuvieron tratamiento

farmacológico fueron 27 (96%) y 1 (4%) no tuvo tratamiento ($p=0.191$) (Figura 3). Los fármacos registrados fueron los inhibidores de ACE 10 casos (35.7%), AINES 7 casos (25%), Sulfonilureas 5 casos (17.9%), metformina 4 casos (14.3%), bloqueadores de los canales de Ca e Insulina con 1 caso (3.6%) cada uno y 3 casos (10.8%) de fármacos no especificados; uno de los pacientes positivos con xerostomía no tenía tratamiento farmacológico y 3 pacientes tomaban dos medicamentos ver figuras 1, 2 y 3.

Discusión

La frecuencia de xerostomía en pacientes adultos mayores oscila entre el 30 y el 79%,^{5,11,12} de acuerdo a las características específicas de la población estudiada, a la metodología empleada y al periodo de observación. En este estudio encontramos un 42% de pacientes con xerostomía, siendo más frecuente en mujeres al igual que en otros reportes,^{5,12} la inclinación hacia el género femenino, puede ser debido a que fue mayor la población de mujeres examinadas en comparación de los hombres, ya que estos resultados no fueron estadísticamente significativos; los reportes de frecuencia de xerostomía en los diversos estudios nos indican que los pacientes geriátricos son una población susceptible ya que en ellos convergen varios de los factores que favorecen la xerostomía, principalmente el uso de medicamentos xerostomizantes y algunas enfermedades sistémicas.

De acuerdo a la literatura, la principal causa de xerostomía en pacientes adultos mayores es el uso de medicamentos,^{4,14,15} Murray Thomson et al. reportan que el 94.8% de pacientes geriátricos con xerostomía toma algún medicamento,¹⁵ cifras muy cercanas a las encontradas en esta investigación, en donde el 96% de los pacientes se encontraba bajo tratamiento farmacológico en el momento de realizar la sialometría, esto está íntimamente relacionado con el 89% de los pacientes cursaban en ese momento con alguna enfermedad sistémica.

Existen más de 400 fármacos xerostomizantes¹⁴ dentro de los que se encuentran antidepresivos tricíclicos, calcio, benzodiazepinas, betabloqueadores, antihistamínicos, antihipertensivos, omeprazol broncodilatadores, diuréticos, etc.;^{2,3,8,9} muchos de éstos, como el calcio y el omeprazol, son utilizados con frecuencia y con poco control por los adultos mayores debido a las alteraciones y/o

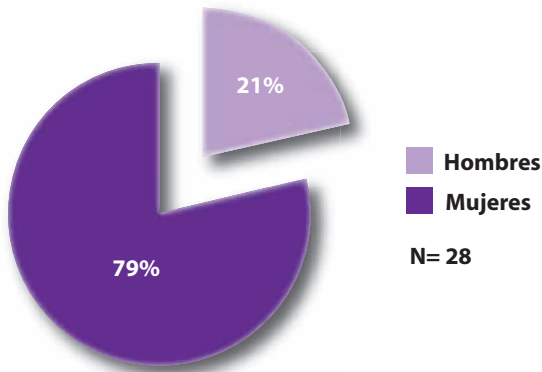


Figura 1. El 42% de los pacientes presentaron xerostomía, 21% mujeres y 79% hombres, relación hombre-mujer de 1:3.7.

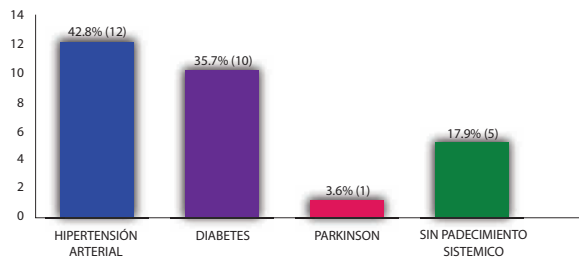


Figura 2. Del total de pacientes con xerostomía, 89% presentaron alguna enfermedad sistémica, las cuales fueron: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Parkinson.

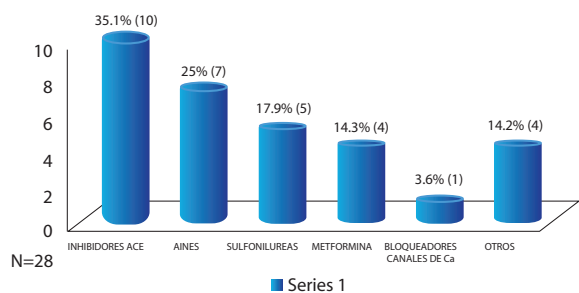


Figura 3. Los pacientes con tratamiento farmacológico fueron el 96%). Los fármacos registrados fueron los inhibidores de ACE, AINES, Sulfonilureas, metformina, bloqueadores de los canales de Ca e Insulina.

enfermedades que presentan. No debemos olvidar que las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus requieren tratamientos largos, en este estudio el 42.8% de los pacientes con xerostomía refirieron padecer hipertensión arterial, 91.8% de ellos estaba recibiendo tratamiento farmacológico para dicha enfermedad; el 35.7% de los individuos con xerostomía refirió padecer diabetes mellitus, esta enfermedad es causa directa de xerostomía,^{2,3} unido a que todos estos pacientes tomaban medicamentos. Con estos datos podemos confirmar que la xerostomía es generada en gran medida como respuesta al uso de medicamentos, sin embargo es de suma importancia conocer de forma independiente el nivel de afección que generan a las glándulas salivales, para establecer el tratamiento indicado en cada caso.

Es necesario realizar estudios prospectivos de frecuencia de xerostomía en pacientes geriátricos para poder controlar y comparar las variables, de este modo es posible evaluar las causas de xerostomía en este grupo poblacional, establecer diagnósticos concretos, dar el tratamiento específico de acuerdo al origen de la xerostomía, establecer el manejo local de la misma, además de, comparar la eficacia del tratamiento de acuerdo a la causa.

Los adultos mayores son la población más expuesta a desarrollar xerostomía y por lo tanto a presentar todas las complicaciones de la misma, como la disfagia, disgeusia, candidiasis y la incapacidad para portar prótesis, entre otras; por lo tanto, es importante fomentar la valoración de la cantidad y calidad de saliva en este grupo de pacientes, ya que nos puede conducir al diagnóstico de alguna enfermedad sistémica; y en casos en los que ya está establecida la causa como los pacientes con radioterapia de cabeza y cuello, les podemos ofrecer mayor confort bucal, facilitándoles con el tratamiento adecuado todas las funciones bucales.

Referencias bibliográficas

1. De Almeida P. del V., Grégio AM, Brancher JA, Ignácio SA, Machado MA, de Lima AA, Azevedo LR. Effects of antidepressants and benzodiazepines on stimulated salivary flow rate and biochemistry composition of the saliva. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008;106:58-65.
2. Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M. *Medicina Oral*. Masson Barcelona, España 1995.
3. Mosqueda Taylor. *Tópicos selectos de Oncología Bucal. Planeación y desarrollo editorial*. México, D.F. 2007.
4. Bascones A, Tenovuo J, Ship J, Turner M, Mac - Veigh I, López-Ibor JM, Lanzos E, Aliaga A. Conclusiones del Simposium 2007 de la Sociedad Española de Medicina Oral sobre "Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente". *Av Odontostomatol* 2007; 23 (3): 119-126.
5. Silvestre FJ, Minués MP, Suñe Negre JM. Clinical evaluation of a new artificial saliva in spray form for patients with dry mouth. *Med Oral Pathol Pral Cir Bucal* 2009;14:E8-11.
6. Rodríguez EH, Sacsquispe S.J. Tasa de flujo salival y nivel de confort al emplear saliva artificial y caramelos de menta sin azúcar en adultos mayores con xerostomía. *Rev Estomatol Herediana* 2006; 16(2): 103-109.
7. Mosqueda A, Luna K, Irigoyen ME, Díaz MA, Coll AM. Effect of pilocarpine hydrochloride on salivary production in previously irradiated head and neck cancer patients. *Med Oral* 2004; 9: 204-11.
8. Olver I. Xerostomía: a common adverse effect of drugs and radiation. *Aust Prescr* 2006; 29: 97-98.
9. Valicena M, Escalona LA. Manejo Terapéutico del paciente con xerostomía. *Acta Odontol* 2001; 39 (1).
10. Avcu N, Ozbek M, Kurtoglu D, Kurtoglu E, Kansu O, Kansu H. Oral findings and health status among hospitalized patients with physical disabilities, aged 60 or above. *Arch Gerontol Geriatr*. 2005;41(1):69-79.
11. Murray T, Herenia P, Broadbent, Poulton R. The impact of xerostomia on oral-health-related quality of life among younger adults. *Health and Quality Life Outcomes* 2006; 4:86.
12. Turner MD, Ship JA. Dry mounth and its effect on the oral health of elderly people. *J Am Dent Assoc* 2007;138 (Suppl1):15S-20S (Erratum in: *J Am Dent Assoc* 2008;139:252-253).
13. Johansson AK, Johansson A, Unell L, Ekback G, Ordell S, Carlsson GE. A 15-yr longitudinal study of xerostomia in a Swedish population of 50-yr-old subjects. *Eur J Oral Sci* 2009;117:13-19.
14. Formiga F, Mascaró J, Vidaller A, Pujol R. Xerostomía en el paciente anciano. *Rev Mult Gerontol* 2003;13(1):24-28.
15. Murray Thomson W, Chalmers JM, John Spencer A, Slade GD, Carter KD. Gerodontology. A longitudinal study of medication exposure and xerostomia among older people. 2006 Dec;23(4):205-13.
16. Gallagher L, Naidoo P. Prescription Drugs and Their Effects on Swallowing. *Dysphagia* 2008 Dec 16. DOI 10.1007/s00455-008-9187-7.
17. Bernardi R, Perin C, Becker F.L, Ramos G.Z, Gheno G.Z, Lopes L.R, Pires M, Barros H.M.T. Effect of pilocarpine moutwash on salivary flow. *Braz J Med Biol Res* 2002, 35(1): 105-110.
18. Chitapanarux I, Kamnerdsupaphon P, Tharavichitkul E, et al. Effect of oral pilocarpine on post-irradiation xerostomia in head and neck cancer patients: a single-center, single-blind clinical trial. *J Med Assoc Thai*. 2008 Sep;91(9):1410-5.
19. Aíslan A, Orhan K, Canpolat C, Delilbasi C, Dural S. Impact of xerostomia on oral complaints in a group of elderly Turkish removable denture wearers. *Arch Gerontol Geriatr* 2008 Nov 12.
20. Espitia S, Castillo L, Carbonell B, Mórelo AP, Pacheco M. Asociación entre la disminución de los niveles de flujo salival y xerostomía en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados de la unidad renal nefrología LTDA, de la Ciudad de Santa Marta. *Duazary* 2007; 4(2): 100-7.
21. Fernández RG, Cortés NZ, Ochoa FJ, Poitevin MA, Pérez HE. Respuesta terapéutica de la pilocarpina en relación a la xerostomía inducida por radioterapia. *Revista Odontológica Mexicana* 2008; 12(3): 149-53.
22. Hargitai I, Sherman R, Strother J. The effects of electrostimulation on parotid saliva flow: A pilot study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99: 316-20.
23. Guggenheimer J, Moore P. Xerostomia, Etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc* 2003; 134(1): 61-69.
24. Chilenos E, Marques MS. Boca ardiente y saliva. *Med Oral* 2002; 7(4): 244-53.