

# Halitofobia en la consulta de Otorrinolaringología

Erik Narváez Hernández,\* Édgar Ramiro Méndez,\*\* Ana Gabriela Magallanes Rodríguez,\*\*\* Brenda Yvonne Guerra Bezada,\*\*\*\* Cinthya Lorena Torres Hernández\*\*\*\*

## Resumen

### ANTECEDENTES

La halitofobia es un padecimiento en el que el paciente percibe que tiene mal aliento (halitosis), pero éste no es confirmado por terceras personas; además, el paciente no revela evidencia clínica de afecciones que pudieran favorecer el mal aliento, lo que le genera ansiedad.

### OBJETIVOS

Determinar que la halitosis debe abordarse de manera multidisciplinaria y considerar a la halitofobia como diagnóstico de exclusión.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en el que se observaron las características clínicas de cinco pacientes, quienes acudieron a la consulta de Otorrinolaringología por referir halitosis; no se encontraron condiciones que la favorecieran y no fue confirmada por terceras personas. Los habían valorado en Odontología y Gastroenterología sin encontrar hallazgos patológicos como posibles causantes de halitosis. Todos los pacientes referían ansiedad por su padecimiento y acostumbraban un cepillado lingual intenso con la intención de disminuir la halitosis. Todos los pacientes fueron referidos a Psicología.

### RESULTADOS

A todos los pacientes se les diagnosticó trastorno obsesivo compulsivo; tres pacientes abandonaron el tratamiento; dos pacientes requirieron tratamiento farmacológico con ansiolíticos indicados por Psiquiatría y refirieron disminución de la ansiedad, así como desaparición de la percepción de halitosis.

### CONCLUSIONES

En pacientes que refieren halitosis (no confirmada por terceras personas) y que no padecen alguna afección orgánica que favorezca su aparición, es importante considerar a la halitofobia como diagnóstico de exclusión.

## Abstract

### BACKGROUND

Halitophobia is a condition in which the patient refers bad breath despite the fact that is not being corroborated by third parties and that there is no clinical evidence of any conditions that would favor it. This causes anxiety to the patient.

### OBJECTIVES

To determine that the halitosis should be addressed on a multidisciplinary basis and to establish that halitophobia should be a diagnosis of exclusion.

### MATERIAL AND METHODS

In this descriptive study, the clinical features of five patients referred to the Otolaryngology department claiming halitosis were observed; no conditions favorable to halitosis were found nor was it corroborated by a third party. The Odontology and Gastroenterology departments previously assessed all patients finding no possible pathological causes of halitosis. All patients referred anxiety and intense tongue brushing in their effort to diminish their perceived halitosis. All patients were sent to the Psychology department.

### RESULTS

All the patients were diagnosed with obsessive-compulsive disorder, 3 patients abandoned treatment, and 2 patients required treatment with sedatives prescribed by Psychiatry and reported improvement in their anxiety and the ending of their perception of halitosis.

### CONCLUSIONS

It is important to consider Halitophobia as a diagnosis of exclusion in patients referring halitosis not corroborated by third parties and when no organic condition favoring its appearance is found.

#### Palabras clave:

halitosis, halitofobia, trastorno obsesivo compulsivo.

#### Key words:

halitosis, halitophobia, obsessive-compulsive disorder.

## Introducción

La búsqueda de atención médica por halitosis es un motivo de consulta frecuente en un servicio de Otorrinolaringología. Dentro de las principales causas de halitosis se encuentran la rinosinusitis crónica, la faringoamigdalitis crónica y la rinitis alérgica; adicionalmente es necesario considerar otras causas, como los problemas gingivodentales o gastrointestinales.

Hasta 25% de los pacientes que buscan atención por halitosis tienen halitofobia,<sup>1</sup> la cual es una afección en la que se refiere halitosis sin encontrarse algún cuadro médico subyacente que la pudiera precipitar; además, no puede ser confirmada por terceras personas.

La vida social de estos pacientes es limitada porque tienen como referencia las expresiones de los otros cuando interactúan con ellos; asocian las manifestaciones de los otros como un rechazo derivado de su mal aliento.

Dicha afección se convierte para el que la padece en la causa de las circunstancias negativas presentes en las distintas actividades de su vida.<sup>2</sup> En casos severos la ansiedad secundaria a su padecimiento puede derivar en la aparición de ideas suicidas.<sup>3</sup> Dicha afección es considerada parte del síndrome de referencia olfativa<sup>4</sup> (SRO) y se clasifica como alucinación, que es una característica de los rasgos sensitivos de la personalidad ansiosa en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*.<sup>5</sup> Esta conducta debe ser tratada por un profesional de salud mental con experiencia en afectaciones psiquiátricas.

## Material y métodos

En la ciudad de Tijuana, Baja California, en la consulta de Otorrinolaringología se realizó un estudio de 2009 a mayo de 2011 con pacientes referidos de la Clínica del Centro Universitario Médico Asistencial y de Investigación (CU-MAI) de la Universidad Autónoma de Baja California, Unidad Tijuana. El estudio fue de tipo descriptivo e incluyó a cinco pacientes adultos (edad promedio de 28 años), cuatro

hombres y una mujer, que acudieron inicialmente a consulta de Otorrinolaringología por halitosis y que habían sido previamente valorados por Odontología y Gastroenterología sin que les hubieran encontrado afecciones patológicas. En ningún caso la halitosis fue verificada por terceras personas (familiares o amistades cercanas). Los pacientes refirieron un cepillado lingual intenso cotidiano como parte de su aseo oral regular en un intento por mitigar su halitosis. La totalidad de los pacientes fundamentaba su halitosis con base en la interpretación de la expresión facial emitida por terceras personas; al acercarse, en una interacción ordinaria, asociaban las expresiones con reacciones de rechazo. Los pacientes al momento de ser valorados por Otorrinolaringología no referían síntomas en la vía respiratoria superior; se les realizó una exploración física completa de cabeza y cuello, endoscopia nasal, tomografía de senos paranasales y un cultivo faríngeo, que fueron negativos. Gastroenterología solicitó biometría hemática completa, perfil hepático y química sanguínea, cuyos resultados fueron normales; no se reportaron síntomas gastrointestinales o hallazgos patológicos en la exploración física; no se les realizó endoscopia de tubo digestivo al no manifestar signos o síntomas que la fundamentaran. Odontología no encontró lesiones dentales, gingivales o linguales que favorecieran la halitosis. Se excluyó a los pacientes con antecedentes de enfermedades sistémicas crónicas (diabetes, hepatopatías, insuficiencia renal, hipertensión arterial sistémica, enfermedades autoinmunitarias, etc.) que requirieran consumo continuo de fármacos, fumadores, pacientes que consumieran alcohol más de dos días a la semana o que consumieran alcohol hasta embriagarse, que tuvieran algún padecimiento detectado por Odontología, Gastroenterología u Otorrinolaringología que pudiera favorecer la halitosis, pacientes que no tuvieran un aseo dental regular y pacientes con halitosis confirmada por terceras personas. Posterior al proceso, todos los pacientes fueron referidos a un servicio de Psicología para su valoración.

\* Médico otorrinolaringólogo.

\*\* Cirujano dentista, especialista en Patología Oral.

\*\*\* Licenciada en Psicología, con maestría en Docencia.

\*\*\*\* Licenciada en Psicología.

Profesores de tiempo completo, Unidad Valle de las Palmas (CISALUD), Universidad Autónoma de Baja California, Tijuana, Baja California, México.

**Correspondencia:** Dr. Erik Narváez Hernández. Francisco Goitia 9927-C, Zona Río, CP 22010, Tijuana, Baja California, México. Correo electrónico: erik.narvaez@uabc.edu.mx

Recibido: noviembre, 2011. Aceptado: enero, 2012.

Este artículo debe citarse como: Narváez-Hernández E, Ramiro-Méndez É, Magallanes-Rodríguez AG, Guerra-Bezada BY, Torres-Hernández CL. Halitofobia en la consulta de Otorrinolaringología. *An Orl Mex* 2012;57(1):8-11.

## Resultados

Una vez evaluados por el Departamento de Psicología, a los cinco pacientes se les diagnosticó trastorno obsesivo compulsivo (TOC);<sup>6</sup> se sugirió tratamiento terapéutico específico para tratar la conducta obsesiva y la alucinación olfativa asociada con el trastorno. Tres de los pacientes no aceptaron su trastorno y sólo dos pacientes continuaron con la atención psicológica. Una vez finalizado el proceso terapéutico bajo un modelo cognitivo conductual, fueron posteriormente referidos al servicio de Psiquiatría, donde recibieron tratamiento farmacológico con ansiolíticos; su comportamiento mejoró al referirse disminución de la ansiedad y eliminación satisfactoria de la halitofobia.

## Discusión

El tratamiento de la halitosis es un reto por su variedad de causas, y el otorrinolaringólogo es parte importante de esa valoración para descartar la existencia de afectaciones crónicas en la vía respiratoria superior; como el paciente insiste en su halitosis, el médico puede desorientarse e indicarle múltiples tratamientos contra causas orgánicas sin que el paciente encuentre mejoría. Cuando el paciente acude a profesionales de la salud buscando solución a un supuesto problema de halitosis, es importante identificar que no se asocien padecimientos que favorezcan la aparición de halitosis, además de considerar tres aspectos comunes, que se encontraron en los pacientes estudiados y que son: cepillado lingual intenso, ansiedad relacionada con la circunstancia y una halitosis no confirmada por terceros (Figura 1). La manifestación conjunta de estos elementos deriva en un esfuerzo por contrarrestar la halitosis sentida, de ahí que se observe que los pacientes se realicen un vigoroso y excesivo aseo oral, que en ocasiones produce un traumatismo que pudiera evolucionar a una glositis autoinducida. El hecho de que la idea de halitosis persista, a pesar de no ser reconocida por el explorador o por terceras personas (incluidas las de aparente confianza para el paciente, como los familiares directos), genera ansiedad en éste, lo que afecta su autoconcepto y limita su contacto social con terceras personas, ya que no sólo refiere miedo a establecer nuevas relaciones sociales y a conservar las relaciones establecidas con anterioridad, sino que además todo lo interpreta como rechazo social. Al mismo tiempo, en el halitofóbico existe una constante sobre la probable pérdida de empleo como consecuencia de esta situación (Cuadro 1).

Como parte de la valoración del paciente que acude por halitosis, se ha sugerido la aplicación de un cuestionario de halitosis, elaborado por la Universidad de British Columbia (Cuadro 2), para valorar qué percepción de halitosis tiene el paciente,<sup>8</sup> qué síntomas refiere, qué alteraciones físicas pueden estar relacionadas con halitosis y qué ansiedad le genera

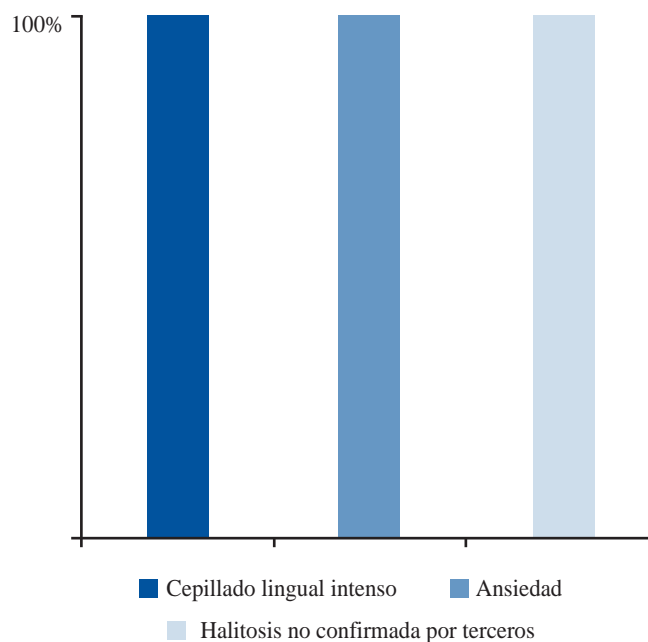


Figura 1. Síntomas que padecieron los pacientes con halitofobia.

la halitosis. Ésta debe abordarse de manera multidisciplinaria (en la que el médico otorrinolaringólogo tome parte activa), la halitofobia debe considerarse como un diagnóstico de exclusión y el paciente debe ser referido a un servicio de Psicología, como parte de la valoración integral que debe hacerse para confirmar este padecimiento.

## Conclusiones

La halitosis debe abordarse de manera multidisciplinaria y todos los que participen en su valoración deben considerar a la halitofobia como diagnóstico de exclusión, sobre todo cuando el paciente insista en una percepción intensa y frecuente de mal aliento, cuando no existan testimonios de terceras personas que lo corroboren, cuando no haya evidencia clínica de padecimientos que lo pudieran condicionar y cuando, adicionalmente, el paciente manifieste una gran ansiedad que limite su vida diaria por su sensación de halitosis. Es importante recomendar la valoración psicológica para el diagnóstico y el tratamiento correspondientes, que deben ser establecidos por especialistas en salud mental.

## REFERENCIAS

1. Eli I, Baht R, Kozlovsky A, Rosenberg M. The complaint of oral malodor: possible psychopathological aspects. *Psychosom Med* 1996;58(2):156-159.
2. Eli I, Baht R, Koriati H, Rosenberg M. Self-perception of breath odor. *J Am Dent Assoc* 2001;132(5):621-626.

**Cuadro 1.** Criterios diagnósticos para establecer pseudohalitos y halitofobia<sup>7</sup>

Criterios diagnósticos para establecer pseudohalitos	El paciente refiere sensación de halitos, pero desiste de ella al no ser confirmada por terceras personas y al explicarle que no existen evidencias que favorezcan la aparición de la misma
Criterios diagnósticos para establecer halitofobia	El paciente refiere sensación de halitos, pero no desiste de su idea, a pesar de no ser confirmada por terceras personas y de no tener evidencias que favorezcan la aparición de la misma

**Cuadro 2.** Cuestionario de halitos, elaborado por la Universidad de British Columbia

- ¿Cuándo comenzó a percibir el mal aliento?
- ¿Tiene familiares o amigos que le comenten algo respecto a su aliento?
- ¿Cuándo se produce el mal aliento?
- ¿Hay algo que lo mejora? ¿Qué lo empeora?
- ¿Cuál cree que es la causa de su mal aliento?
- ¿En este momento usted está experimentando algún tipo de estrés emocional excepcional?
- ¿Siente que tiene un problema con los olores del cuerpo?
- ¿Tiene un mal sabor en la boca?
- ¿Su comida tiene un sabor característico?
- ¿A menudo siente la boca seca?
- ¿Usted tiene alguna enfermedad?
- ¿Usted padece goteo nasal, congestión nasal, comezón nasal, estornudos u otros síntomas relacionados con alergias?
- ¿Tiene alguna historia de problemas de los senos paranasales? ¿Ha tenido problemas respiratorios?
- ¿Tiene antecedentes de problemas gastrointestinales?
- ¿Usted está tomando algún medicamento?
- ¿Cuál es su dieta típica? Refrescos gaseosos, café, dulces, golosinas, productos lácteos.
- ¿Durante el día cuántas veces se toma bebidas?
- ¿Qué tanto alcohol bebe usted?
- ¿Duerme con la boca abierta?
- ¿Usted es un respirador oral?
- ¿Usted padece aftas dolorosas? ¿Con qué frecuencia?
- ¿Qué es lo que hace actualmente para contrarrestar su mal aliento?
- ¿Ha consultado a otros médicos sobre su problema de halitos?

3. Pryse-Phillips W. An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 1971;47(4):484-509.
4. Kretschmer E. El delirio sensitivo de referencia. 1ª ed. Madrid: Triacastela, 2000.
5. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002.
6. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad. En: López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M, editores. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002;685-689.
7. Yaegaki K, Coil JM. Examination, classification, and treatment of halitosis; clinical perspectives. *J Can Dent Assoc* 2000;66(5):257-261.
8. Bosy A. Oral malodor: philosophical and practical aspects. *J Can Dent Assoc* 1997;63(3):196-201.