

Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca

Current considerations on xerostomia or dry mouth syndrome

Dr. Eddy Troya Borges,^I Dra. Judit Martínez Abreu,^{II} Dr. Ernesto Padilla Suarez,^{III} Dr. Yasmani Rodríguez Hernández^{III}

^I Hospital Docente Territorial Dr. Mario Muñoz. Colón, Matanzas, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

^{III} Dirección Municipal de Salud. Colón, Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Las glándulas salivales son glándulas exocrinas, y su función principal es producir saliva. Se distinguen tres pares de glándulas salivales: las parótidas, situadas bajo el oído; las submaxilares, que se localizan en la mandíbula inferior; y las sublinguales, debajo de la lengua. Existen otras de pequeño tamaño dispersas por toda la cavidad bucal, en labios, lengua, etc., las cuales están asociadas al tejido conjuntivo, para captar los nutrientes que necesitan de los vasos sanguíneos, y presentan también conexiones con el propio sistema nervioso. La xerostomía o síndrome de boca seca, se define como la disminución del flujo salival en condiciones de reposo. El origen de esta entidad clínica es multicausal, pudiendo ser el resultado de una alteración localizada sobre las glándulas productoras de la saliva, o bien el resultado de un desequilibrio o alteración de índole sistémica. La evaluación del grado de disfunción de las glándulas salivares ha constituido un objetivo básico para la ciencia en primer lugar. Resulta esencial la elaboración de un historial clínico, acompañado de una entrevista personal al paciente, un examen clínico para el diagnóstico y evaluación de la enfermedad y, entre los exámenes complementarios, las pruebas cuantitativas y cualitativas. Para el tratamiento hay que tener en cuenta la prevención primaria, revisión del tratamiento farmacológico, la estimulación salival, así como los sustitutos de salivas o saliva artificial.

Palabras clave: glándulas salivales, xerostomía, síndrome boca seca.

ABSTRACT

Salivary glands are exocrine glands, and their main function is producing saliva. The three most important pairs of salivary glands are: the parotid ones, located below the ear; the submaxillary ones, located on the lower mandible; and the sublingual ones, located under the tongue. There are several little size others spread out over all the oral cavity, lips, tongue, etc., associated to the conjunctive tissue to capture the nutrients the blood vessels need; they also have connections with the proper nervous system. Xerostomia or the dry mouth syndrome is defined as the decrease of the salivary flow in resting conditions. The origin of this clinical entity is multicausal, and may be the result of an alteration located on the glands producing saliva or the result of a systemic unbalance or modification. Evaluating the dysfunction level of the salivary glands has being a main objective for the science. It is essential to work out a clinical history together with a patient personal interview, a clinical examination for the disease diagnosis and evaluation and, among the complementary tests, the quantitative and qualitative ones. For the treatment, primary prevention, reviewing the pharmacologic treatments, saliva stimulation, and also saliva substitutes or artificial saliva have to be taken into account.

Key words: salivary glands, xerostomia, dry mouth syndrome.

INTRODUCCIÓN

El organismo humano forma parte de un sistema de organización de la materia que va desde ese micromundo identificado por sustancias tan pequeñas que no se perciben por la visión que llamamos átomos, cuya suma forma las moléculas, y esta, a su vez, las células, hasta la agrupación de células que dan lugar a estructuras ya visibles que son los tejidos. Existen cuatro tipos o grupos básicos (conectivo, epitelial, muscular y nervioso), que forman los aparatos o sistemas, y la suma de todos, el organismo.

El tejido epitelial es de gran importancia en referencia a las glándulas salivales. El epitelio es el tejido formado por una o varias capas de células unidas entre sí, que puestas recubren todas las superficies libres del organismo, y constituyen el revestimiento interno de las cavidades, órganos huecos, conductos del cuerpo, así como forman las mucosas y las glándulas. El tejido epitelial deriva de las tres capas germinativas: ectodermo, endodermo y mesodermo.⁽¹⁾

Las glándulas salivales son glándulas exocrinas y su función principal es producir saliva, la cual permite mantener húmedo el epitelio de la boca; facilitar el paso de alimentos mediante la lubricación con moco; realizar una digestión inicial del alimento que se ingiere; ayudar a la formación del bolo alimenticio; facilitar la fonación; contribuir a la gustación; mantener un pH adecuado; acción antimicrobiana local, proporcionada a través de enzimas como son las inmunoglobulina A, lisosimas, lactoperoxidasa e histaminas; mantenimiento de la integridad dental, participando en la constante remineralización del diente, debido a su papel como reservorio de calcio, fosfato y formador de la película de glicoproteínas que recubren la superficie dental.⁽²⁻⁴⁾En el ser humano existen

numerosas glándulas de pequeño tamaño dispersas por toda la cavidad bucal, en labios, lengua, etc.; las cuales están asociadas al tejido conjuntivo para captar los nutrientes que necesitan de los vasos sanguíneos, presentan también conexiones con el propio sistema nervioso. En el ser humano se distinguen tres pares de glándulas salivales: las parótidas situadas bajo el oído, las glándulas submaxilares que se localizan en la mandíbula inferior y las glándulas sublinguales bajo la lengua.(Fig.) Estas estructuras producen salivas en determinados momentos, respondiendo a una gama de estímulos sensoriales: gustativos, olfatorios e incluso a estímulos psíquicos.⁽²⁾

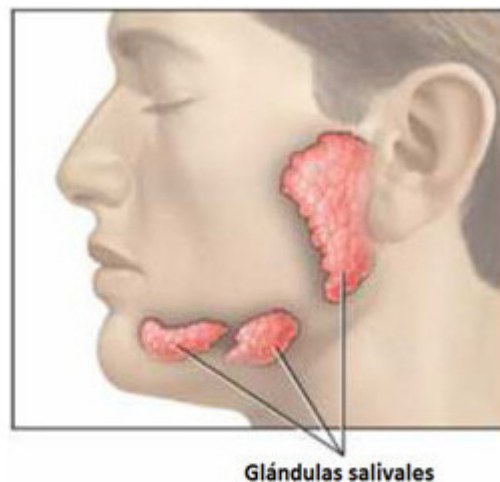


Fig. Glándulas salivales.

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.⁽³⁾

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.^(3,5)

Tanto a las consultas de medicina general integral como del estomatólogo general integral, son múltiples los pacientes que acuden con el síntoma de resequead de la boca. En este trabajo se abordará sobre xerostomía (boca seca), con la finalidad de realizar un bosquejo en la literatura para actualizar el tema, y llegar así a una mejor comprensión de este síntoma, tan frecuente en la práctica médica y estomatológica.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos de la red de Infomed como: Scielo, LILACS, Hinari, Medline/PubMed, y en la Biblioteca Virtual de Salud, teniendo en cuenta los artículos que tuvieran en algún campo las palabras claves: glándulas salivales, xerostomía, síndrome de boca seca. Se emplearon los operadores booleanos "and" y "or". Se seleccionaron los artículos científicos de

forma que el total de ellos cumplieran con los criterios de búsqueda, y que más del 75 % correspondiera a los últimos cinco años. Se revisó la información y se resumieron los elementos necesarios para el desarrollo del estudio. Se obtuvieron 18 referencias bibliográficas sobre la temática estudiada.

DISCUSIÓN

La saliva es uno de los fluidos corporales que contribuyen a mantener la salud, es especial la salud bucal. Como ya se planteó, no es una enfermedad, sino un signo que se presenta por multitud de causas, las cuales pueden ser transitorias o permanentes, o lo que quiere decir, que el daño puede ser reversible o irreversible.

La xerostomía o síndrome de boca seca se define como la disminución del flujo salival en condiciones de reposo. Término clínico que traduce una hiposialia o asialia. Puede ser subjetiva u objetiva. Se habla de hiposecreción salival (sialopenia, hiposialia) con cifras de menos de 0,1-0,2 ml/min en reposo o menos de 500 cc/día o menos de 0,5-0,7 ml/min en estímulo.⁽⁶⁾

Fue descrita por primera vez por Bartley en 1868, el cual estableció una relación entre la sintomatología presentada en los pacientes que la padecían y la repercusión de esta en la calidad de vida de los mismos.⁽⁷⁾

Varios son los reportes que recogen una prevalencia en la población adulta, que oscila entre un 10 y 20 %, afectando más a las mujeres que a los hombres,^(4,7,8) y un 20 % entre sujetos mayores de 60 años.⁽⁹⁻¹¹⁾

Etiología de la xerostomía

El origen de esta entidad clínica es multicausal, pudiendo ser el resultado de una alteración localizada sobre las glándulas productoras de la saliva, o bien el resultado de un desequilibrio o alteración de índole sistémica. (Anexo)^(10,12)

La saliva disminuye cuando hay menor producción, mediada por:

Sistema nervioso central. Los centros salivales son afectados por varios factores, que actúan de manera poco conocida, como enfermedades psicológicas (ansiedad, depresión, somatización, psicosis) y emociones (miedo, excitación) y estrés. Otras causas son: enfermedades orgánicas (enfermedad de Alzheimer), encefalitis, tumores cerebrales, síndrome posmenopáusico y fármacos.⁽¹⁰⁾

Sistema nervioso autónomo. La inervación periférica se modifica por fármacos que compiten con sus neurotransmisores, así como por accidentes, irradiación o cirugía de cabeza y cuello.⁽¹⁰⁾

Glándulas salivales. El parénquima se altera por aplasia, obstrucción o infección, pero la disminución de secreción solo se produce si las glándulas menores también están afectadas, ya que estas son capaces de compensar el déficit de saliva en caso de que las glándulas mayores no funcionen. Algunas causas son el síndrome de Sjögren, enfermedades autoinmunes como las de Heerfordt, Mikulichs, Felty y Waldenström, la posirradiación y las resecciones quirúrgicas (en cabeza y cuello).⁽¹⁰⁾ Muchos otros factores pueden ser causantes de esta afección, es decir, del balance electrolítico de la saliva y son la diabetes mellitus o insípida, la deshidratación, déficit proteínico, alteraciones cardíacas. Los problemas a nivel del

conducto excretor de las glándulas, muchas veces de causa obstructiva (sialoadenitis), por infecciones (sialoadenitis) y estenosis de los conductos y conductillos. La afección también puede observarse por aumento del consumo de la saliva en el caso de los pacientes con estrés psiquiátrico, en los respiradores bucales por obstrucción nasal y por el uso de inhaladores.

La psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE) comprende el estudio de la relación de los mecanismos regulatorios y de control del organismo, ciencia que hay que tener en cuenta para comprender el correcto funcionamiento del organismo y, en especial, del sistema glandular. La comunicación entre sus componentes es determinada por diferentes tipos de señalización molecular, conformando así distintos subsistemas en permanente interrelación. Clásicamente tenemos un subsistema psíquico-neurológico dado por los neurotransmisores, neuromediadores y neuromoduladores; otro inmunológico, dado por las interleuquinas e inmunomediadores; y otro endocrinológico, dado por las hormonas y péptidos. Pero hoy se sabe que cada uno de los componentes que forman la PNIE es capaz de interrelacionarse con otro o bien actuar sobre sí mismo (automodulación) mediante todos los idiomas PNIE, así, ningún mensajero es propio de un sistema, sino que todos son "vehículos de información" psico-neuro-inmuno-endócrinos. En sentido amplio, se trata de los sistemas de comunicaciones entre las distintas partes del organismo, conceptualizados en una red de trabajo interrelacionada (*network*), que deben funcionar armónicamente como un todo y en permanente interconexión con el medio en que se desarrollan.^(5,13)

Diagnóstico clínico

El conocer el grado de afectación de las glándulas salivales es un interés básico para el estomatólogo general integral y el cirujano máxilo-facial. Múltiples son los procedimientos y métodos utilizados en la actualidad para la evaluación de los pacientes que tienen este síntoma (xerostomía).^(7,10,14)

Primero, la entrevista personal y confección de la historia clínica. En la entrevista (interrogatorio) se realizarán preguntas dirigidas a orientar el grado de padecimiento o intensidad del cuadro en los pacientes. Estas interrogantes tendrán un formato estructurado y seguirán un orden lógico, como:

- ¿Qué cantidad y frecuencia de agua ingiere a diario?
- ¿Tiene dificultades al tragar?
- ¿Tiene sensaciones de quemazón en la cavidad bucal?

La historia clínica dirigida a la búsqueda de enfermedades subyacentes a este síntoma (diabetes mellitus, hepatitis C, infección por VIH, parotiditis viral o bacteriana, alcoholismo, tabaquismo, etc.), así como factores de riesgo (higiene bucal deficiente). Aquí también se interroga sobre el consumo de determinados fármacos con capacidad de inducir a cuadros de hiposalivación (antidepresivos tricíclicos, antiespasmódicos, neurolépticos, inhibidores de la MAO, agentes antiparkinsonianos, sales de litio, agonistas adrenérgicos centrales, diuréticos, descongestionantes nasales, antihistamínicos, broncodilatadores, etc.), como otros procedimientos médicos realizados a los pacientes como: radiación en cabeza y cuello, quimioterapia y cirugía de glándula salival.⁽⁷⁾ De este momento se derivan una serie de interrogantes que ayudan al proceso de diagnóstico como son:

- ¿Qué medicamentos está tomando?
- ¿Consume suplementos alimenticios?
- ¿Usa prótesis dental (de cualquier tipo), y cada cuándo la limpia?
- ¿Con qué frecuencia se lava los dientes?
- ¿Le duele la boca o los dientes?
- ¿Para humedecer la boca frecuentemente bebe sorbos de agua?
- ¿Siente la boca seca al momento de las comidas?
- ¿Percibe que tiene menos saliva que antes?
- ¿Le es difícil consumir alimentos secos como galletas, pan o pan tostado?

Un segundo paso es la inspección clínica de la cavidad bucal del paciente, donde se podrá observar la ausencia de saliva en el suelo de la boca, una mucosa bucal y lingual de aspecto seco, eritematosa y en ocasiones la presencia de fisuras. Son frecuentes la presencia de caries dental, y episodios de gingivitis, lo cual empeora el cuadro y es debido a la ausencia de saliva y, por tanto, ausencia de funciones de la misma en la cavidad, tales como: mantener un pH adecuado; acción antimicrobiana local, proporcionada a través de enzimas como son las inmunoglobulina A, lisosimas, lactoperoxidasa e histaminas; mantenimiento de la integridad dental, etc. ^(7,15,16)

Los síntomas que más refieren los pacientes son ardor y dolor de origen mucoso, en especial de la lengua; dificultad para la fonación y en la formación del bolo alimenticio, la masticación y la deglución; alteraciones gustativas, que acarrearán la apreciación de un sabor metálico, lo que modifica de manera sensible la cantidad y calidad de los alimentos que los pacientes consumen, al preferir alimentos con gran contenido de azúcar y agua; halitosis, que se debe a la dificultad en el arrastre y mantenimiento de los alimentos en la cavidad bucal; sensación de boca seca; intolerancia a ciertas comidas.

Los signos que se pueden encontrar al examen físico los agrupamos por regiones como:

Mucosos: los hallazgos más observados se deben a sequedad de la mucosa bucal, y se manifiestan como pérdida del brillo de la mucosa, palidez y adelgazamiento de la mucosa. El dorso de la lengua se fisura con facilidad y aparece lobulado; a veces ocurre lo mismo en los labios (xeroqueilía). También puede presentarse inflamación y candidiasis oral, en especial en lengua y paladar. En pacientes que usan prótesis dentales, el roce ocasiona erosiones sobre la mucosa bucal, inflamación periodontal y los labios se ven secos y fisurados.

Dentarios: aumento del número de caries, generalmente en los cuellos dentarios. Coronas dentarias fracturadas.

Glandulares: ocasionalmente aparece sialomegalia o agrandamiento de las glándulas salivales, que a la presión manual segregan poca saliva y de aspecto espeso.

Extrabucales: durante la afección de las glándulas se facilita la aparición de faringitis, laringitis, ronquera, tos seca y dificultad para expectorar. La sequedad nasal favorece la formación de costras, epistaxis y disminución en la capacidad olfativa. La afectación de las glándulas lagrimales cursa con xeroftalmía, queratoconjuntivitis, disminución de la lagrimación y acumulación de las secreciones en el saco conjuntival. La xerostomía también puede causar síntomas gastrointestinales como dispepsia y estreñimiento.

Entre las pruebas complementarias a realizar encontramos dos grupos principales, las llamadas pruebas cuantitativas, cuyo proceder se sustenta en la cuantificación de la producción salivar, y, por otra parte, las técnicas cualitativas, basadas en aspectos relativos a la composición de la saliva.

Pruebas cuantitativas del flujo salival⁽⁷⁾

La sialometría, la cual constituye un proceso metódico objetivo en la determinación del flujo salivar y se correlaciona con el grado de xerostomía. La realización de esta técnica tendrá lugar a nivel de las diferentes glándulas productoras de saliva, o bien mediante la determinación del volumen salivar producido por todas ellas en conjunto, lo que se denomina flujo salivar global.

- Determinación parcial del volumen salivar glandular:

- A nivel de las glándulas salivares parótidas. Se procede a la colocación de cánulas en los conductos salivares de Stenon, siendo en muchos casos molesta y dolorosa su colocación para el paciente. Así, en la actualidad el procedimiento más empleado es la implantación de las cápsulas de Laslhey en la base de la boca, las cuales mediante un sistema de vacío procederán al drenado salivar total de la cavidad.

Mediante este procedimiento se podrá cuantificar el volumen parotídeo salivar total, considerando flujos inferiores a 0,3 ml/15 minutos como patológicos.

- En glándulas salivares menores. Se procede a la colección del volumen salivar total producido por estas, mediante la aplicación de tiras de papel absorbente a nivel de estas glándulas.

- Medición salivar mixta en reposo. Dentro de este apartado han de destacarse las siguientes técnicas:

- Drenaje y expectoración salivar. La saliva producida se deposita en un recipiente graduado para su posterior cuantificación por unidad de tiempo. En el caso de la expectoración se invita al paciente para que escupa en el interior de un recipiente graduado para su cuantificación.

- Test de succión. Mediante este procedimiento se consigue reunir la producción total salivar existente en el suelo bucal mediante un sistema evacuador de vacío.

- Test de peso de algodón. El fundamento de dicho test radica en la aplicación de tres algodones sobre los conductos de secreción de las glándulas parótidas. Transcurrido un tiempo, desde su inicial colocación, se procederá al pesado de los mismos, con objeto de determinar la diferencia de peso alcanzada por los mismos a partir de la absorción del flujo glandular salivar.

- Test del terrón de azúcar. Tiene lugar mediante la colocación de un terrón de azúcar en una localización específica de la cavidad oral, el dorso lingual. A

continuación, se contabilizará el tiempo transcurrido hasta la completa disolución del mismo fruto de la secreción salivar.

- Test de Schimmer oral. Para la realización de este test tendrá lugar la colocación de una tira milimetrada de papel de aproximadamente 1 cm de ancho por 17 cm de largura en el suelo de la boca. Para su colocación se tendrá en consideración que la parte no milimetrada sea la que contacte con el suelo y la milimetrada en una bolsa de poliestireno. A continuación, se deja transcurrir un período de tiempo de 5 minutos con objeto de que la saliva empape el papel y con ello puedan leerse los milímetros de papel impregnados.

- Test de Saxon. La realización de este test tiene lugar por medio de la colocación de una esponja en el interior de la cavidad oral con objeto de que el paciente proceda a su masticado. A continuación, se procederá al pesado de la misma con el fin de medir el volumen salivar almacenado en el interior de esta.

- Medición de la saliva estimulada. Mediante esta técnica obtendremos información relativa a la capacidad secretora de las glándulas salivares. El mecanismo más utilizado para estimular la glándula parótida es el empleo de ácido cítrico o por medio de la masticación de parafina. A continuación, se utilizarán los tests comentados en el epígrafe anterior. De este modo, el resultado de un flujo parotídeo inferior a 0,5 mililitros/minuto es un dato patognomónico de hipofunción glandular.

Mediciones cualitativas del flujo salivar

Este tipo de procedimientos tienen su fundamento en el estudio de la sialoquímica, o lo que es lo mismo, el estudio de los diferentes componentes de la saliva y sus concentraciones en la misma. Así, se valoran las concentraciones de Na⁺, Cl⁻, amilasa y bicarbonato.

En esta medición tendrá lugar también la determinación del pH oral, el cual se podrá ver muy afectado tras exposiciones a radiación en pacientes tratados con radioterapia. Además, podrán ser valorados los niveles de ciertas proteínas inmunes como las inmunoglobulinas del tipo IgA e IgM, las cuales pueden ver afectado su número en pacientes irradiados.

Otras pruebas utilizadas en la clínica

- Sialografía. Se trata de un procedimiento menos utilizado en la práctica clínica diaria. Consiste en la inspección de los conductos de secreción glandular. Para ello, será necesaria la inoculación de un contraste (generalmente iodolipol o yodo), con objeto de visualizar la permeabilidad de los conductos, todo ello a partir de radiografías seriadas.

- Gammagrafía con Tc 99 o escintigrafía. Se trata de una prueba de imagen de carácter no invasivo a partir de la cual será posible obtener un estudio de la morfología y función de las glándulas salivares. Mediante el uso de tecnecio 99 como radiotrazador, podremos valorar el grado o severidad de la disfunción, el tiempo de incorporación al interior y la consiguiente excreción del mismo.

- Biopsia glandular. En este caso, la biopsia de glándulas salivares, y concretamente de las glándulas menores, representa un procedimiento sencillo. Previa infiltración anestésica local del labio inferior, se procederá a la realización de una pequeña incisión sobre la mucosa labial, generalmente entre la línea media del labio y su comisura, para a continuación diseccionar las glándulas salivares

menores. Otra variante de biopsia es la basada en la punción glandular, la cual constituye otra de las posibles vías de valoración del estado glandular.

Diagnóstico diferencial de la xerostomía⁽¹⁰⁾

Agenesia de glándulas salivales; alteraciones locales: sialadenitis, post infecciosa, post radioterapia, post quirúrgica, involutiva senil; alteraciones medicamentosas: antidepresivos tricíclicos, ansiolíticos, hipnóticos, diuréticos, antihistamínicos, antihipertensivos, anticolinérgicos, espasmolíticos; alteraciones generales: deshidratación, diabetes, amiloidosis; síndrome de Heerfordt: parotiditis, xerostomía, parálisis facial y uveítis; enfermedad de Mickulicz (agrandamiento simétrico y bilateral de las glándulas salivales y lagrimales).

Tratamiento^(10,14-18)

Prevención primaria: mantener una perfecta higiene bucodental, incluyendo visitas regulares al dentista, limitar el consumo de alimentos con azúcares refinados, sobre todo entre comidas, evitar el alcohol y, particularmente, el tabaco.

Revisión del tratamiento farmacológico: evaluar la supresión, sustitución o reducción de dosis de fármacos causantes de xerostomía.

Profilaxis de caries y de la enfermedad periodontal: mediante enjuagues con flúor y clorhexidina, además de la fluoración tópica semestral.

Mantenimiento o soporte periodontal cada tres meses.

Estimulación de la salivación: cuando existe función residual de las glándulas salivales, de forma mecánica se puede aumentar con la masticación de alimentos duros (zanahorias) o chicle (sin azúcar). Otra manera es mantener semillas de fruta (huesos de cereza o aceituna) en la boca.

En cuanto al uso de sialogogos, el fármaco más empleado es la pilocarpina oral a dosis de 5 a 10 mg tres veces al día, con la cual solo pueden manifestarse efectos secundarios como sofocación, sudoración y poliuria, que desaparecen al disminuir la dosis. También se puede emplear la siguiente formulación: se disuelven 15 gotas (0,5 mL) de clorhidrato de pilocarpina a 1 % de las soluciones oftálmicas (isoptocarpina a 1 %) en un vaso con 20 mL de agua para obtener una dosis equivalente a 5 mg. O bien, una o dos gotas de pilocarpina a 5 % sobre la lengua tres veces al día. También se puede utilizar una solución a base de ácido cítrico. Pueden aconsejarse caramelos o chicles de limón, aunque con precaución por el efecto de los azúcares (sorbitol, xilitol) que actúan como estímulos gustativos.

Sustitutos de saliva o saliva artificial: están reservados para pacientes desprovistos de parénquima salival funcionante o que no pueden responder a la estimulación. Entre los sustitutos de la saliva destaca la metilcelulosa, como solución acuosa, la carboximetilcelulosa y la hidroximetilcelulosa. La solución acuosa de metilcelulosa a 1 % como enjuague sustituye a las glucoproteínas de la saliva.

Humectantes: como enjuague se puede utilizar una solución acuosa con glicerina, vaselina y parafina líquida a 50 % en solución acuosa.

Medidas generales: adecuada ingesta de agua, empleo de dentífricos, colutorios o geles que contienen lactoperoxidasas. La sustitución del efecto buffer de la saliva se obtiene mediante enjuagues con bicarbonato de sodio. El efecto analgésico se

consigue con solución de difenhidramina y anestésicos locales. Se deberá considerar la aplicación de corticosteroides a muy bajas dosis o antiinflamatorios para evitar las lesiones orales.

CONCLUSIONES

La sensación constante de boca seca es un síntoma muy frecuente en pacientes que acuden a las consultas de la atención primaria de salud (ya sea del estomatólogo general integral, como del médico de la familia), por lo que debe ser de conocimiento de los profesionales de la salud, para tener presente a la hora de encaminar un diagnóstico o pensamiento médico. Es precisamente esta elevada prevalencia lo que debe convertir la xerostomía en un síntoma de potencial investigación y estudio en la actualidad. La mayoría de las veces se aborda de modo paliativo, solo mediante el profundo conocimiento de su fisiopatología, así como de los posibles agentes que inducen a su aparición en los pacientes, estaremos en situación de mejorar su abordaje clínico y terapéutico.

Con relación a la prescripción de medicamentos, resulta esencial que el facultativo considere y valore de modo preciso el tipo de fármaco a prescribir en todos aquellos pacientes con susceptibilidad de desarrollar este cuadro. Es conocido el potencial de toxicidad que un amplio grupo de fármacos plantean para la mucosa oral.

La prevención juega un papel importante, la debe realizarse desde la práctica diaria, tanto por personal sanitario a la hora de la prescripción de un fármaco; aprovechando el potencial que en educación para la salud tiene el fortalecimiento de una buena higiene bucal, haciendo conciencia al paciente que no solo evitará la presencia de este síntomas, sino además la aparición de otras afecciones como la caries dental, enfermedades gingivales y periodontales y afectación a su salud general.

ANEXO

Anexo. Diversas causas de xerostomía

Enfermedad de las glándulas salivales	Iatrogénica
Síndrome de Sjögren Amiloidosis Sarcoidosis Enfermedad granulomatosa Sarcoidosis Tuberculosis Lepra Hepatitis C Cirrosis biliar Fibrosis quística Diabetes mellitus Agenesia glandula	Medicamentos (aprox. 400): –Antidepresivos tricíclicos –Antiespasmódicos –Neurólépticos –Inhibidores de la MAO –Agentes antiparkinsonianos –Litio –Agonistas adrenérgicos centrales –Diuréticos –Descongestionantes nasales –Antihistamínicos –Broncodilatadores Radiación en cabeza y cuello: -Quimioterapia -Cirugía de glándula salival
Otras causas patológicas Hemocromatosis Enfermedad de Wegener Infección por VIH Parotiditis (viral o bacteriana) Depresión severa	Hábitos Alcoholismo Hábito tabáquico Mal aseo bucal

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Venegas Zambrano MT. Alteraciones bucodentales en pacientes con xerostomía. Tesis de grado previo a la obtención del título de Odontóloga. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Manta, Manabí, 2009-2010 [citado 01 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.repositorio.uleam.edu.ec/bitstream/26000/645/1/T-ULEAM-34-0009.pdf>
- 2- Ibáñez Mancera N, López García CJ, Piña Libien B. Frecuencia de hiposalivación (Xerostomía) en pacientes geriátricos. Rev ADM [Internet]. 2009 [citado 05 Mar 2014]; LXV(5). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenMain.cgi?IDARTICULO=28850>
- 3- Chapa Arizpe G, Garza Salinas B, Garza Enríquez M, Martínez Sandoval G. Hiposalivación y xerostomía; diagnóstico, modalidades de tratamiento en la actualidad: Aplicación de neuroelectroestimulación. Rev Mexicana Periodontología [Internet]. 2012 [citado 05 Mar 2014]; 3(1): 38-46. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=212&IDARTICULO=35918&IDPUBLICACION=3816>
- 4- González Jiménez E, Aguilar Cordero MJ, Guisado Barrilao R, Tristán Fernández JM, García López PA, Álvarez Ferre J. Xerostomía: diagnóstico y manejo Clínico. Rev

Clin Med Fam [Internet]. 2009 [citado 05 Mar 2014];2(6): 300-4. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n6/revision2.pdf>

5- Lafaurie G, Fedele S, Martín GR, Wolff A, Strietzel F, Porter S, et al. Biotechnological advances in neuroelectrostimulation for the treatment of hyposalivation and xerostomia. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2009[citado 01 Ene 2014];14(2). Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v14i2/medoralv14i2p76.pdf>

6- Lynge AM, Smidt D, Nauntote B, Jerlang C, Bjornsson J. Burning mouth syndrome: Etiopathogenic mechanism, symptomatology, diagnosis and therapeutic approaches. Oral Biosci Med [Internet]. 2004 [citado 05 Mar 2014];1:3-19. Disponible en: http://obm.quintessenz.de/obm_2004_01_s0003.pdf

7- Laplace Pérez BN, Legrá Matos SM, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suárez L, Castellanos Almestoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM [Internet]. 2013 Dic [citado 04 Jun 2014];17(4): 477-88. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es

8- Morse DE, Psoter WJ, Baek LS, Eisenberg E, Cohen D, Cleveland D, et al. Smoking and drinking in relation to depressive symptoms among persons with oral cancer or oral epithelial dysplasia. Head Neck. 2010; 32(5):578-87. Citado en PubMed: PMID: 19693944.

9- Andrades Kesly M R, Oliveira G B, Ávila L F, Odebrecht M, Carlos Machado ML. Asociación de los Índices de Glucemia, Hiposalivación y Xerostomía en Pacientes Diabéticos Tipo 1. Int J Odontostomat [Internet]. 2011 Ago [citado 04 Jun 2014]; 5(2): 185-90. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2011000200012&lng=es

10- Mathews SA, Kurien BT, Scofield RH. Oral manifestations of Sjögren's syndrome. J Dent Res. 2008;87:308-18. Citado en PubMed: PMID: 18362310.

11- Bascones A, Tenovuo J, Ship J, Turner M, Mac-Veigh I, López-Ibor JM, et al. Conclusiones del Simposium 2007 de la Sociedad Española de Medicina Oral sobre "Xerostomía. Síndrome de Boca Seca. Boca Ardiente". Av Odontoestomatol [Internet]. 2007 Jun [citado 04 Jun 2014];23(3): 119-26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852007000300002&lng=es

12- De Luca Monasterios FM, Roselló Llabrés X. Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 Jun [citado 15 Jul 2014];30(3): 121-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000300004&lng=es

13- Ami S, Wolff A. Implant-supported electrostimulating device to treat xerostomia: a preliminary study. Clin Implant Dent Relat Res. 2010;12(1):62-71. Citado en PubMed: PMID :19681934.

14- Pereira Almeida J, Kowalski LP. Pilocarpina no tratamento de xerostomia em pacientes submetidos à iodoterapia: estudo piloto. Braz J Otorhinolaryngol [Internet]. 2010 Oct [citado 04 Jun 2014];76(5): 659-62. Disponible en:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000500021&lng=en

15- Martín Martín M, López M, Cerezo L. Xerostomía postradioterapia: eficacia de tratamientos tópicos basados en aceite de oliva, betaína y xilitol. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 [citado 15 Jul 2014]; 30(3):161-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000300010&lng=es

16- Chimenos Küstner E. Boca seca y boca ardiente. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 [citado 15 Jul 2014]; 30(3):117-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000300003&lng=es

17- Blanco Carrión A, Otero Rey E. Patología oral asociada a la sequedad bucal. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 [citado 15 Jul 2014]; 30(3):129-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000300005&lng=es

18- Jané Salas E, Estrugo Devesa A, Ayuso Montero R, López López J. Tratamiento de la boca seca: nuevas tendencias. Av Odontoestomatol [Internet]. 2014 Jun [citado 15 Jul 2014]; 30(3):135-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852014000300006&lng=es

Recibido: 21 de julio de 2014.
Aprobado: 17 de agosto de 2014.

Eddy Troya Borges. Hospital Docente Territorial Dr. Mario Muñoz. Calle Luz Caballero No. 4. Colón. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: ernestop.mtz@infomed.sld.cu

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Troya Borges E, Martínez Abreu J, Padilla Suarez E, Rodríguez Hernández Y. Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Sep-Oct [citado: fecha de acceso]; 36(5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol5%202014/tema06.htm>