

Xerostomía: diagnóstico y tratamiento

E. Chimenos Küstner, M. Ferrer Benaiges, C. Poirier Aldea, J. López López, R. Caballero Herrera

RESUMEN

La xerostomía o disminución de la cantidad de saliva en la cavidad bucal suele tener una serie de consecuencias: unas directas, tales como el aumento en la incidencia de caries y enfermedad periodontal, y otras indirectas, como la dificultad en la masticación o la mala adaptación de las prótesis. De ahí la importancia de una correcta lubricación salival de la cavidad bucal. En el presente trabajo se realiza una revisión de los problemas ocasionados por la xerostomía, así como de su diagnóstico y tratamiento, aspectos éstos un tanto conflictivos, debido a la dificultad de objetivar la sintomatología y de conseguir resultados duraderos.

Palabras clave: Xerostomía, Diagnóstico, Tratamiento, Funciones de la saliva.

SUMMARY

The xerostomia or reduction of the amount of saliva in the oral cavity usually has a number of consequences: some are derived directly (like caries and periodontal disease), and other are related indirectly with this condition (such as difficulty of swallowing or bad adaptation of prothesis). That is the reason for the importance of a right salival lubrication of the oral cavity. In this work, a revision of the troubles caused by xerostomia and its diagnosis is done, and therapeutical aspects like the difficulty to get, durable results are commented as well.

Key words: Xerostomia, Diagnosis, Treatment, Functions of saliva.

La saliva es esencial para el mantenimiento de la salud bucal. Un flujo normal de saliva es crucial por muchas razones: protección de los tejidos bucales, ingestión y digestión de alimentos y funciones orales, como el habla. El principal papel o función de la saliva es proteger y lubricar el tracto gastrointestinal superior. Muchas facetas de la homeostasis están influidas por el flujo y la función salival. Por ello, la reducción del flujo salival (xerostomía) afecta adversamente a la calidad de vida y la salud oral. Así, debido a la importancia y al gran papel que la saliva representa en la salud bucal, es imprescindible conocer las características y funciones más importantes de este fluido.

Funciones de la saliva

Respecto a las funciones salivales, se describen las más importantes (1,4):

Función antivírica. La saliva puede tener una influencia moduladora sobre los virus, por medio de la secreción de inmunoglobulina A (Ig A), inmunoglobulina predominante en la saliva, con una concentración de 20 mg/100 ml. Las células acinares de las glándulas parótida y submandibular producen una glucoproteína conocida como componente secretorio. Esta glucoproteína, junto con la Ig A, forma la Ig A secretora, que es activa sobre las superficies mucosas. Más del 90% de la Ig A de la saliva es de naturaleza secretora. La Ig A secretora neutraliza los virus y puede actuar como anticuerpo frente antígenos alimentarios y bacterianos, provoca la agregación bacteriana y previene su adhesión a los te-

jididos bucales (1). Además, es relativamente resistente a las enzimas proteolíticas y, por lo tanto, puede subsistir en la cavidad bucal y el tracto gastrointestinal. Las mucinas también realizan una batalla efectiva contra los virus, y se ha demostrado que bloquean la adhesión del virus influenza a las células del huésped (1, 2). La saliva, con su contenido en mucina, ofrece también una protección no inmunitaria específica frente al virus herpes simple.

Función antibacteriana. La saliva tiene muchos componentes que interfieren en el crecimiento o inhiben la adhesión de bacterias a las distintas estructuras de la cavidad bucal. La capacidad para inhibir la adhesión bacteriana (especialmente a membranas mucosas) es una característica principal de la IgA secretora. Otras macromoléculas pueden agregar o reunir bacterias, de forma que éstas ya no puedan adherirse con efectividad a tejidos duros o blandos y sean fácilmente escupidadas o tragadas. Los componentes de mucina de la saliva ayudan a modular la microflora bucal e interfieren con los receptores patógenos. Las mucinas ayudan también a concentrar los mecanismos de defensa de la proteína salival y así a aumentar la actividad antibacteriana de estos mecanismos. Ciertos componentes salivales, como la lactoferrina (capta los depósitos de hierro libre en la saliva, lo que impide que sean las bacterias las que puedan captarlos, dificultando así su crecimiento) y la lisozima (ataca los componentes de la pared de la célula bacteriana), tienen la capacidad de interferir en la multiplicación bacteriana o pueden destruir las células directamente (1,2). Otra enzima antibacteriana importante es la que actúa como un potente antimicrobiano, la sialoperoxidasa. Junto con el peróxido de hidrógeno y el tiocianato (componente inorgánico con efecto bactericida), la sialoperoxidasa puede afectar a los lactobacilos y estreptococos cariogénicos (2), actuando como un potente antimicrobiano, al provocar la oxidación de las células bacterianas (1).

Por último, cabe mencionar que el fluido prevascular contiene anticuerpos séricos, como inmunoglobulina G (Ig G), que actúa contra las bacterias bucales, así como productos antibacterianos de las células fagocíticas.

Función antifúngica. Las mucinas salivales y muchos péptidos ricos en histidina actúan frente al sobrecrecimiento fúngico en la cavidad bu-

cal. La candidiasis se observa con frecuencia en el paciente con disfunción salival.

Capacidad de tamponamiento. La saliva es un fluido alcalino y por ello constituye un eficaz sistema tampón. El bicarbonato, fosfato y ciertos péptidos ricos en histidina pueden actuar tanto como reguladores del pH, como en calidad de agentes antibacterianos. Estos componentes salivales pueden difundir al interior de la placa bacteriana y actuar directamente, neutralizando al ácido producido. También la urea de la saliva es activada por las ureasas bacterianas para formar amoníaco, que contribuye a neutralizar el ácido. Por otra parte, el aumento del flujo de la saliva eleva el pH, porque se produce un aumento correspondiente en los tampones, como el bicarbonato y el fosfato. Dado que la masticación es un estímulo efectivo para aumentar el flujo salival, los fabricantes de goma de mascar han aumentado las ventas al advertir de este hallazgo.

Remineralización e integridad dentaria. La saliva está sobresaturada con los minerales que componen el diente. Entre estos minerales se encuentran el calcio salival y el fosfato, los cuales ayudan en la remineralización de las superficies dentarias. Por ello, la saliva es responsable del depósito de los cristales de hidroxapatita durante la remineralización cuando existe un proceso carioso. El calcio salival y el fosfato ayudan a la remineralización de las superficies dentarias (1,2). Las glucoproteínas salivales se adhieren selectivamente a las superficies de esmalte para formar una película adquirida o salival. Esta película es semipermeable y permite la entrada y salida selectivas de los iones beneficiosos para la remineralización de las superficies dentarias. Las mucinas salivales aportan también una barrera protectora y una película lubricante frente al desgaste dentario excesivo y la penetración de ácidos, y limitan la salida de los iones mineralizantes.

Lavado. El flujo físico de la saliva elimina las bacterias lesivas y restos alimentarios de los dientes y superficies mucosas. Después de deglutir comida o bebida, quedan residuos que estimulan la secreción de saliva para proceder a su limpieza. Si una sustancia es tóxica o nociva se estimula el acto de escupir. Este mecanismo de lavado es similar al lagrimeo y pestañeo de los ojos, la tos y la expectoración para aclarar las vías aéreas, etc. Las glándulas salivales son más

proclives a la infección cuando existe xerostomía, porque el flujo salival disminuido no puede prevenir que las bacterias asciendan al interior de la glándula.

Mantenimiento e integridad mucosa. La protección y el mantenimiento de la mucosa en el tracto alimentario bucal, faríngeo y esofágico es una función principal de la saliva. Las glucoproteínas y mucoides producidos por las glándulas salivales mayores y menores forman un recubrimiento protector de las membranas mucosas. Este recubrimiento es una barrera efectiva contra las enzimas proteolíticas e hidrolíticas producidas en la placa, carcinógenos potenciales (químicos, humo, etc.) y desecación. Las mucinas, además de lubricar la mucosa y aumentar las propiedades reológicas de la saliva, son también muy resistentes a la proteólisis y difusión de componentes lesivos a través de la mucosa. Las mucinas salivales son buenos lubricantes de mucosas, porque se unen al agua de forma efectiva y ayudan a formar una barrera protectora para retardar la desecación y caries de los dientes.

Reparación de tejidos blandos. La acción limpiadora y antibacteriana y la protección mucosa aportadas por la saliva son instrumentos muy valiosos en la iniciación y mantenimiento de una adecuada curación de las heridas. La saliva favorece la coagulación sanguínea, tanto afectando a los anticoagulantes directamente de la sangre como diluyendo la antitrombina. Esto es especialmente útil cuando alimentos rugosos o traumatismos pueden producir hemorragia o cuando los tejidos pueden sangrar fácilmente por enfermedad inflamatoria.

Ingestión, gusto y digestión. La contribución salival inmediata a la digestión es preparatoria. Cuando un individuo come, la glándula parótida se activa y produce una saliva acuosa que ayuda a humedecer el alimento. Las glándulas submandibular, sublingual y glándulas salivales menores producen mucina para ayudar a cubrir el alimento. Así, la amilasa salival inicia la digestión de los almidones, pero es inactivada en el estómago por el bajo pH y por la actividad proteolítica que allí tiene lugar. Se cree que el desdoblamiento del almidón en maltosa, que es un disacárido, puede ser uno de los factores coadyuvantes a la formación de la caries. Sin estas funciones salivales, la simple masticación o deglución no sólo serían incómodas, sino imposi-

bles. Los alimentos no pueden degustarse, a menos que se encuentren en estado disuelto. La saliva los hace solubles y actúa por lo tanto como medio para la activación de receptores de las papilas gustativas. Además, la pérdida salival podría ser amenazadora para un paciente que depende de la disolución de tabletas de nitroglicerina sublingual durante un ataque anginoso. Comer se hace muy poco agradable sin la presencia de saliva que lubrique y proteja la mucosa. Los pacientes que llevan prótesis y que sufren xerostomía son especialmente proclives a ulceraciones mucosas durante la ingesta y se quejarán de prótesis que ajustan mal y de mucosa dolorida. Por otra parte, hay que tener en cuenta que, una vez se hace difícil degustar, se cambian los hábitos de alimentación y los pacientes pueden sufrir deficiencias nutricionales, con las consiguientes complicaciones sistémicas y bucales resultantes (1,2).

Diagnóstico

El diagnóstico de la xerostomía debe basarse en:

1.- *Estudio de los síntomas bucales y sistémicos.* Las manifestaciones de la xerostomía en la mucosa bucal son muy marcadas. Suele haber una queilitis comisural, la mucosa bucal está seca, brillante; la lengua aparece lisa, brillante depapilada, fisurada y suele estar recubierta de una capa mucoide que se adhiere al espejo. Hay polícaries y la alveolitis conduce rápidamente a la pérdida de los dientes, que es mal compensada por la colocación de una prótesis poco tolerada. Puede haber candidiasis sobreañadida que, para algunos autores, está presente en el 60-80% de los casos de xerostomía (5,6,7).

Junto a las manifestaciones anteriores, y teniendo en cuenta que la sintomatología bucal que acompaña a este síndrome es muy variada, nos podemos encontrar también con: caries rampantes y en zonas no habituales, enfermedad periodontal, aftas, úlceras, desmineralización del diente, alteraciones de la masticación y deglución, dolor generalizado en la mucosa bucal, sensación de quemazón acentuada por ciertos alimentos, dificultad al hablar, alteración en el gusto y sabor, disfonía, dificultad para llevar prótesis móviles o fijas, mal aliento... (1, 3, 4, 8).

2.- *Historia médica.* Es necesario incluir la pregunta de si el paciente nota boca seca en la exploración dental de las primeras visitas a la clí-

nica. El paciente experimenta la necesidad de hacer algo para mantener la boca húmeda, la necesidad de levantarse de la cama durante la noche para beber agua y la dificultad para el habla. Estos síntomas están presentes, según un estudio realizado por Sreebny y Valdini(9), en el 48% o más de los pacientes que presentan sequedad de boca. Debe realizarse una anamnesis completa, valorándose su estado general, ya que existen determinadas situaciones que pueden inducir la sensación de sequedad bucal, tales como: la irradiación en el área bucofacial (10-13), algunas enfermedades autoinmunes (importante el diagnóstico diferencial con una enfermedad aneja, el síndrome de Sjögren) (14) y varias otras enfermedades o condiciones (depresión, diabetes, deshidratación, algunas condiciones febriles, sarcoidosis, enfermedad de injerto contra huésped) (4,9). Y sobre todo es imprescindible preguntar por el posible consumo diario de fármacos xerostomizantes, ya que son la causa más frecuente del síndrome de la boca seca (1,3,4,8,9).

Se ha informado de que el flujo salival disminuye con la edad y que esos cambios funcionales son consecuencia de hallazgos morfológicos. Sin embargo, existen estudios (4,14) que también demuestran que los flujos salivales (estimulado y no estimulado) no disminuyen en ancianos sanos. La dificultad de objetivar la sintomatología referida por estos pacientes es motivo de que sean visitados por múltiples especialistas. Ello condiciona que frecuentemente acudan al dentista, presentando patología dentaria (caries agresivas) y de la mucosa bucal (candidiasis, fisuras linguales, úlceras), favorecidas o agravadas por los múltiples tratamientos recibidos para atenuar su sintomatología, tanto orgánica como funcional.

Actualmente, se debe tener en cuenta la importancia del estrés, ya que es un factor xerostomizante adicional. En muchos casos, los pacientes se encuentran con un entorno familiar, social

y/o económico desfavorable, que contribuye a agravar la situación general del cuadro clínico, cuando no es ya la primera causa del mismo (Figura 1)(1).

3.-*Descubrimientos clínicos y pruebas salivales* (medición del flujo salival, del pH, de la capacidad tampón, y en estudios más concretos, medir la concentración de lactobacilos y hongos). La exploración bucal cuidadosa y detallada revelará datos sobre el estado dental y periodontal. La mucosa bucal y la presencia de prótesis pueden indicar lesiones candidiásicas o de otro tipo. Es importante tranquilizar al paciente sobre el objetivo de la exploración para no causarle una alarma o temor infundados. El examen clínico debe incluir la palpación de las glándulas salivales mayores y la inspección ocular. Si se descubren lesiones o síntomas compatibles con el síndrome de Sjögren debe remitirse al paciente para su tratamiento complementario al oftalmólogo y/o al internista (4,15,16,17, 18)..

4.-*Otras pruebas descritas son:* sialometría, sialografía, escáner, resonancia magnética, citología por punción-aspiración (PAAF), biopsia de glándulas salivales menores labiales, gammagrafía, etc. (18-22). Los estudios inmunológicos y hematológicos puedan también ayudar a establecer el diagnóstico correcto (4).

En definitiva, es posible demostrar la presencia de hipofunción glandular mediante medición del flujo salival del paciente por un procedimiento objetivo (existen diferentes procedimientos, como el disco de doble cámara, inserción de cánulas en los conductos principales de glándulas mayores, recolección en jeringa...). La función salival debe valorarse mediante la frecuencia de flujo total y parotídeo en reposo y estimulado para determinar las posibles alteraciones en el flujo y la composición salivales (4,17). Un procedimiento sencillo y rápido de sialometría es el llamado *Test de Saliva Global (TSG)*, consistente en la humidificación de una tira de papel Whatman milimetrada introdu-

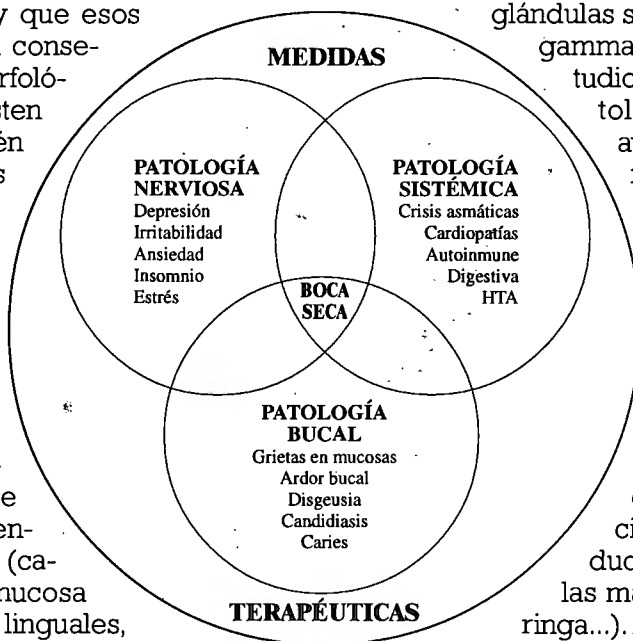


Fig. 1.- Factores etiopatogénicos de la boca seca

cida en una bolsa de polietileno e insertada en la cavidad bucal durante 5 minutos (23).

Tratamiento

El tratamiento de la xerostomía debe plantearse siempre teniendo en cuenta la premisa de que es una alteración secundaria. Por tanto, siempre que se conozca y sea posible, deberá tratarse la causa inicial. En los casos en que no exista esa posibilidad, el tratamiento será sintomático. Los diversos aspectos que comprende el tratamiento deben realizarse según el grado y severidad del cuadro clínico xerostómico para proteger la cavidad bucal de los efectos devastadores de una insuficiente función salival. Dependiendo de las circunstancias, las siguientes medidas son necesarias (1,3,4,24,25):

1. - *Valoración crítica de posibles fármacos xerostomizantes.* Debe realizarse un análisis exhaustivo de los fármacos que pudiera tomar el paciente para diagnosticar su posible poder xerostomizante, ya que son éstos la causa más común de xerostomía (Tabla 1). Se han descrito cerca de 400 fármacos de uso común con capacidad de producir sequedad bucal y originar hipofunción glandular salival, siendo los psicofármacos, junto con los diuréticos y los antihipertensivos, los que poseen mayor poder xerostómico. Sus efectos suelen desaparecer, aunque no siempre, cuando se suprime el fármaco (1,2,8,14). Puede recurrirse a la colaboración del facultativo que haya prescrito la medicación (cardiólogo, psiquiatra, internista) con el objetivo de sustituir el fármaco responsable (diurético, antidepresivo, antihipertensivo), si lo hubiere, o en caso negativo, estudiar la duración y dosis del tratamiento (26,27).

2. - *Tratamiento y prevención bucal.* Consiste en mantener la cavidad bucal en las mejores condiciones, para evitar las sobreinfecciones (1). Debe instaurarse un adecuado programa de higiene bucal con el fin de controlar el crecimiento y desarrollo de la placa dentogingival. El cepillado debe incluir, además, la superficie lingual. La utilización de pastas, empleando cepillos dentales de cerda suave y pastas dentífricas no irritantes y colutorios con productos antimicrobianos es fundamental. La clorhexidina puede resultar muy útil para controlar el riesgo de caries y enfermedad periodontal (1,4). Se trata del más poderoso agente anticaries y antimicrobiano, pero tiene varios e importantes efectos

Tabla I
Grupos de medicamentos favorecedores de xerostomía (27)

De acción sobre el metabolismo:

- Anorexígenos anfetamínicos
- Anorexígenos no anfetamínicos
- Hipolipemiantes
- Suplementos dietéticos con calcio
- Enzimas y digestivos
- Complejos vitamínicos con calcio

Preparados dermatológicos:

- Antiacné
- Analgésicos
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Antihistamínicos
- Antipruríticos

De acción sobre SNC, SNP y/o SNV:

- Analgésicos
- Anticolinérgicos
- Antiespasmódicos
- Antidepresivos
- Antiparkinsonianos
- Antipsicóticos
- Inhibidores de las síntesis de catecolaminas
- Relajantes musculares
- Parasimpaticolíticos
- Sedantes
- Agentes psicoterápicos

De acción sobre el aparato digestivo:

- Antidiarreicos
- Antihistamínicos
- Antinauseosos
- Antieméticos
- Antiulcerosos

De acción sobre el sistema inmunitario:

- Agentes citotóxicos antineoplásicos

De acción sobre el aparato respiratorio:

- Broncodilatadores
- Preparados antiresfriados (sin narcótico)
- Preparados antiresfriados (con narcótico)
- Descongestionantes nasales
- Expectoantes

De acción sobre el sistema cardiovascular:

- Antihipertensivos
- Diuréticos
- Antiarrítmicos
- Vasodilatadores coronarios
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Antihistamínicos

secundarios: irrita la mucosa, da mal sabor, tiñe los dientes, elimina tanto la microflora bucal normal como la patógena y, por último, su administración no debe sobrepasar las dos semanas de tratamiento.

En los pacientes geriátricos debe recomendarse la limpieza de sus prótesis dentales, que han de ser retiradas por la noche durante las horas de sueño e introducirse en una solución de clorhexidina al 0,12 % para controlar el desarrollo de las candidas, o bien en una solución acuosa de hipoclorito sódico (lejía), mucho más barata (28). Si se presentan grietas en los labios, pueden recomendarse cremas protectoras hidratantes, de aplicación tópica.

3.- Recomendaciones en la dieta. Los hábitos nocivos como la ingesta rica en carbohidratos (golosinas, dulces, etc...), el consumo de tabaco y alcohol deben reducirse al máximo, mediante un programa de dieta personalizado en cada caso. Para evitar la desecación de la mucosa bucal y la aparición de posibles cambios disqueratóticos, no deben utilizarse colutorios con elevado contenido alcohólico. Es necesario mantener un aporte permanente de líquido, especialmente agua.

4.- Tratamiento específico. En el síndrome de Sjögren puede ser necesario un tratamiento inmunosupresor (ciclofosfamida) o antiinflamatorio (corticoides) (1,4), junto al tratamiento sintomático de la sequedad bucal.

5.- Estimulación de la producción de saliva. La terapéutica para estimular la secreción salival puede ser aplicada de forma local o sistémica. Sustancias como la parafina, bolas de cera o glicerina o goma de mascar mentolada sin azúcar pueden estimular localmente la salivación (1,4). El ácido cítrico no debe utilizarse, porque puede irritar la mucosa bucal y contribuir a la desmineralización dental (4).

El xilitol (1) es un azúcar natural similar a la sacarosa (aunque más caro), no tóxico y con actividad remineralizante y tampón, a diferencia de otros azúcares como la sacarosa y el sorbitol. Su función antibacteriana se basa en que no es sustrato apropiado para el metabolismo bacteriano y no se ha descrito ninguna posible adaptación bacteriana, y bajo ciertas condiciones clínicas se le han observado propiedades anticariogénicas. El consumo crónico de chicle endulzado con xilitol determina una reducción de la placa dental, la supresión de los estrepto-

cocos mutans y la disminución de la adhesividad de la placa (29). Asimismo, su consumo provoca una reducción en la incidencia caries radicales supragingivales (24). Según Birkhed (29), una ingesta diaria de dos o tres piezas de chicle de xilitol determina una reducción definida de caries, cosa que muestra que el uso prolongado y regular de chicle con xilitol puede tener un efecto preventivo de la caries.

La estimulación de la secreción salival de forma sistémica mediante determinados fármacos ha tomado un interés creciente. La pilocarpina es el más efectivo sialogogo actual. Es un parasimpaticomimético con acción colinérgica y betaadrenérgica, estimulando intensamente la secreción exocrina. Su principal efecto secundario es cardiocirculatorio (deben controlarse la frecuencia cardíaca y la presión arterial). No tiene utilidad en pacientes con glándulas salivales muy afectadas (1,25), con poco tejido funcional(4). En pacientes irradiados y con síndrome de Sjögren puede ser útil la administración de pilocarpina diariamente, durante 6 meses, para su hipofunción salival.

6.- Sustitutos de saliva o saliva artificial. Cuando la estimulación salival no es suficiente para paliar la sensación de sequedad bucal o xerostomía, la boca puede conservarse húmeda con saliva artificial (1,4); pero, aunque es un paliativo de los síntomas, no aporta componentes protectores. Se trata de sustancias de elevada densidad que contienen elementos que confieren un aspecto y sabor agradable, así como minerales que contribuyen a la remineralización de los dientes remanentes. Generalmente su contenido consiste en iones, una sustancia viscosa, un edulcorante, un conservante y, a veces, fluoruro. Los iones calcio y fosfato son necesarios para darle a la saliva artificial un potencial de remineralización junto con el fluoruro. La viscosidad de la saliva artificial la aportan las glicoproteínas, mucinas o carboximetilcelulosa.

Suele contener metilhidroxibenzoato como conservante (1,4). Algunos de estos sustitutos salivales contienen enzimas propios de la secreción salival, como lactoperoxidasa y lisozima, que controlan el crecimiento bacteriano y proporcionan una sensación de humedad y bienestar importante (1). Los sustitutos de saliva reducen la desagradable sensación relacionada con la sequedad bucal, aunque el agua, *per se*, parece tener un notable efecto terapéutico.

Como conclusión: en primer lugar deben utilizarse los estimulantes salivales locales y sistémicos (los pacientes los aceptan mejor). Cuando esta terapia resulta inefectiva, se debe recomendar la saliva artificial (4). En otros países, existen diferentes marcas comerciales de este tipo de tratamiento sustitutivo salival. En España, hasta el momento, se encuentra comercializado un único producto de este tipo. El sustituto salival ideal debe contener elementos enzimáticos similares a los del organismo, con capacidad antimicrobiana (lactoperoxidasas, lisozimas, lactoferrinas), así como productos que estimulen la secreción salival; deben proporcionar un efecto lubricante y poder ser utilizados de forma continuada, sin generar efectos secundarios.

Actualmente, Sreebny *et al.* (30), teniendo presente la gran cantidad de casos de cáncer de cabeza y cuello que son tratados con radioterapia y cuyo efecto implica la afectación de las glándulas salivales provocando xerostomía, han propuesto una posible solución para prevenir los signos y síntomas clínicos de los cambios bucales que la acompañan. Estos autores, basándose en la observación de que el flujo y la composición de la saliva son normales en la mayoría de pacientes antes de la irradiación, proponen la obtención de la saliva del paciente antes de la irradiación, su posterior procesado y tratamiento (creación de una técnica que desinfecte o esterilice la saliva para así preservar sus propiedades protectoras) y su almacenaje en un «banco de saliva»; por último, esta saliva retornarla al mismo paciente, durante y después de las sesiones de radioterapia.

Discusión

La saliva es el principal protector de los tejidos bucales blandos y duros, además de tener funciones y beneficios que los pacientes con disfunción salival no pueden disfrutar. Cuando disminuye el proceso de secreción, los tejidos bucales se hacen susceptibles a la infección y la capacidad de masticar, tragar, hablar y degustar se altera, lo que afecta a la calidad de vida. Por ello, los pacientes que presentan dicha sintomatología deben ser evaluados en busca de una posible disfunción salival, ya que puede significar pérdida de flujo y función salival.

La xerostomía, aunque no se considera como una enfermedad en sí misma, puede indicar la

presencia de un gran número de enfermedades y alteraciones sistémicas graves. A pesar de esto, la xerostomía es un síntoma que recibe poca atención por parte del paciente y por parte del profesional. Resulta importante el hecho que la xerostomía no es siempre un síntoma de enfermedad salival glandular, por lo que las medidas diagnósticas no se deben confinar exclusivamente a las glándulas salivales, aunque en la mayoría de casos la producción salival está disminuida.

El diagnóstico de este cuadro se realiza fundamentalmente en base a su clínica, teniendo en cuenta que los pacientes refieren principalmente sequedad de boca (que podemos comprobar midiendo la cantidad de saliva producida en 5 minutos, como uno de los métodos más sencillos), la cual se puede acompañar de los diversos signos y síntomas anteriormente mencionados. Por otro lado, el interrogatorio realizado al paciente resulta de gran ayuda, sobre todo en relación a la ingesta de determinados fármacos con poder xerostomizante, principalmente anti-depresivos.

Respecto a su tratamiento, se emplean los diversos métodos citados (sialogogos, saliva artificial...), teniendo en cuenta que es aconsejable empezar primero por los estimulantes locales y sistémicos, ya que suelen ser mejor tolerados por los pacientes. De todas maneras, los resultados dejan bastante que desear. No hay que olvidar que, en muchas ocasiones, el paciente con sensación de boca seca bebe poca agua. Si éste es el caso, la primera recomendación para tratar este síntoma y/o signo será beber 1,5 a 2 l de agua al día. En todo caso, el tratamiento de la xerostomía no es fácil. Muchas veces no es posible eliminar la causa y el tratamiento sintomático no siempre es eficaz. Es una patología compleja, en cuyo desarrollo intervienen factores múltiples y diversos, también de carácter psicopatológico.

Así, nos encontramos que este cuadro clínico es posiblemente el que mayores problemas nos plantea en la consulta: de un lado, por la escasez de remedios que tenemos para combatirlo; de otro, porque suele aparecer en personas polimedicadas, con un componente psíquico bastante difícil de controlar. Lo más importante, pues, es diagnosticarlo de forma correcta, establecer un tratamiento adecuado y potenciar la concienciación frente al mismo.

Bibliografía

1. JANE SALAS E., CHIMENOS KUSTNER E., LOPEZ LOPEZ J., ROSELLO LLABRES X.: El síndrome de la boca seca en el anciano. *Av Odontoestomatol*, 1995; 11: 667-72.
2. HALL H.D.: Funciones de protección y mantenimiento de la saliva humana. *Quintessence* (ed. esp.), 1995; 8: 344-7.
3. SEIFERT G., MIEHLKE J., CHILLA R.: Diseases of the salivary glands. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1986.
4. VELASCO E., MACHUCA E., MARTINEZ-SAHUQUILLO A., RÍOS V., BULLÓN P.: Xerostomía en el paciente geriátrico. *Arch Odontoestomatol*, 1994; 10: 546-53.
5. CEBALLOS A.: Medicina bucal. Granada: Gráficas Anel S.A., 1993.
6. NGUYEN N.T., LALONDE B.: La candidiasis bucal. Diagnóstico y tratamiento farmacológico. *Rev Eur Odontoestomatol*, 1996; 3: 53-6.
7. GRINSPAN D.: Enfermedades de la boca. Buenos Aires: Mundi, 1977.
8. GIL MONTOYA J.A., CATANDO SORIANO A.: Patología sistémica y farmacoterapia en la población geriátrica. Problemática del tratamiento odontológico. *Anales Odontoestomatol* 1995; 5:154-8. Sreebny L, Valdini
9. SREEBNY L., VALDINI A.: Xerostomia. Part I: Relationship to other oral symptoms and salivary gland hypofunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988; 66:451-8.
10. ENNUYER A., BERTOIN D., BILLET J., ROUCHON C.L.: Les complications maxillo-faciales et bucodentaires des traitements par les radiations ionisantes. *Rev Stomatol Chir Maxillo Fac* 1971; 72-173.
11. VICENTE RODRIGUEZ J.C., COBO J., VILLA M.A.: Xerostomía postradioterapia en pacientes con cáncer oral. Modificaciones de los componentes inorgánicos e inmunoglobulinas de la saliva. *Av Odontoestomatol*, 1991; 7:503-17.
12. DREIZEN S., BROWN L.R., MANDLER S.: Radiation induced xerostomia in cancer patients: effect on salivary and serum electrolytes. *Cancer* 1976; 38:273-8.
13. BROWN L.R., DREIZEN S., RIDER L.J.: The effects of radiations induced xerostomia on saliva and serum lysozyme and immunoglobulin levels. *Oral Surg* 1976; 41:83-92.
14. PERSSON R.E., IZUTSU K.T., TRUELOVE E.L., PERSSON R.: Differences in salivary flow rates in elderly subjects using xerostomatic medications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1991; 72:42-6.
15. CHIMENOS KUSTNER E., MOLINA AYALA M.J.: Manifestaciones clínicas del Síndrome de Sjögren. *Rev Eur Odontoestomatol*, 1993; 5: 85-8.
16. HAIDAIR S., PIRAL T., TORBEY M., LOUVELA., PRINC G.: Syndrome de Sjögren révélé par une tumeur parotidienne. *Actual Odonto-Stomatol*, 1995; 190:295-9.
17. GRAAMANS K., VAN DEN AKKER H.P.: Diagnosis of Salivary Gland Disorders. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1991.
18. SEYMOUR R.A., WALTON J.G.: Adverse Drug Reactions in Dentistry. New York: Oxford Medical Publications, 1988.
19. MARTINEZ-SAHUQUILLO A., MACHUCA G., RÍOS V., RODRIGUEZ DE QUESADA B., ARMAS J., MONTERO J., BULLÓN P.: La gammagrafía salival secuencial en el diagnóstico de la xerostomía en el síndrome de Sjögren. *Arch Odontoestomatol* 1994; 10: 38-43.
20. STUCHELL R.N., MANDEL I.D., BAURMASH H.: Clinical utilization of sialochemistry in Sjögren's syndrome. *J Oral Pathol*, 1984; 13: 303-9.
21. LORENZO MARTINEZ R., CHIMENOS KÜSTNER E.: Contribución de la punción-aspiración con aguja fina al diagnóstico en Odonto-Estomatología. *Rev Act Odonto-Estomatol Esp*, 1995; 55: 37-46.
22. SILVESTRE DONAT F.J.: Técnicas diagnósticas de las glándulas salivales. En: Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M. *Medicina Oral*. Barcelona: Masson, 1995. 265-79.
23. LOPEZ JORNET P., BERMEJO FENOLL A.: Síndrome de Sjögren. En: Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M. *Medicina Oral*. Barcelona: Masson, 1995; 305-10.
24. MAKINEN K.K., PEMBERTON D., COLE J., MAKINEN P.L., CHEN C.Y., LAMBERT P.: Saliva stimulants and the oral health of geriatric patients. *Adv Dent Res*, 1995; 9: 125-6.
25. LAMY M., HOCKERS T., LEGRAND R.: Ostéo-radio-nécrose-xérostomie: l'oxygène hyperbare, un outil thérapeutique supplémentaire. *Actual Odonto-Stomatol*, 1995; 190: 225-32.
26. BAGAN SEBASTIAN J.V.: Patología oral inducida por medicamentos. *Av Odontoestomatol*, 1994; 10: 37-9.
27. CHIMENOS KUSTNER E.: Patología oral geriátrica derivada de la terapia farmacológica. En: Bullón P, Velasco E. *Odontoestomatología geriátrica*. Madrid: Ed. IM&C, 1996; 281-90.
28. CHIMENOS KUSTNER E.: Candidiasis oral en el anciano. En: Bullón P, Velasco E. *Odontoestomatología geriátrica*. Madrid: Ed. IM&C, 1996; 229-40.
29. BIRKHED D.: Aspectos cariológicos del xilitol y su uso en el chicle: revisión. *Arch Odontoestomatol*, 1995; 11: 461-7.
30. SREEBNY L.M., ZHU W.X., SCHWARZ S., MEEK A.G.: The preparation of an autologous saliva for use with patients undergoing therapeutic radiation for head and neck cancer. *J Oral Maxillofac Surg*, 1995; 53: 131-9.

Correspondencia:
Dr. Eduardo Chimeos Küstner
Vía Augusta 124, 1º 3ª
08006 Barcelona