

Xerostomía en el paciente anciano

Francesc Formiga
Jordi Mascaró
Antonio Vidaller
Ramon Pujol

Servicio Medicina
Interna- UFISS
de Geriatria
Hospital Universitari
de Bellvitge
L'Hospitalet
de Llobregat
Barcelona

Resumen

La disminución de la secreción salival provoca la sequedad bucal o xerostomía que puede alterar la calidad de vida de las personas. Aunque la función salival suele estar bien conservada en las personas ancianas con buen estado general y sin otros problemas de salud, la xerostomía afecta alrededor del 30% de los pacientes mayores de 65 años.

La causa más frecuente de xerostomía en los ancianos es la secundaria a los efectos secundarios a los medicamentos.

Puede provocar alteraciones de la masticación, de la deglución y problemas incluso de fonación, halitosis, mayor presencia de caries lisas, rágades o queilitis angular y candidiasis.

Como opciones de tratamiento se intentará descubrir y eliminar la causa, estimular la secreción salival o dar saliva artificial y/o medicamentos secretagogos (pilocarpina, cevimeline).

Palabras clave: Xerostomía. Anciano. Saliva.

Summary

Decrease of salivary production or xerostomia is frequently in the elderly population (nearly of 30% of patients >65 years-old).

The most frequently cause of xerostomia in elderly patients was side-effects of prescribed drugs.

Salivary gland dysfunction can cause difficulty in chewing and swallowing food, difficulty in speaking without frequent water intake, and difficulty wearing dentures and an increased incidence of dental caries and oral candidiasis. Treatment options were stimulation of salivary flow and the use of saliva substitutes to relieve symptoms of dry mouth. Cevimeline and pilocarpine use is beneficial in reducing the symptoms of xerostomia, too.

Key words: Xerostomia. Elderly. Saliva.

Introducción

La saliva es esencial para la preservación de una correcta salud oro-faríngea, para proteger los tejidos

de la cavidad oral y para mantener la capacidad funcional en el lenguaje, la masticación, la deglución y la percepción del gusto. La saliva también protege el pH intraoral, contiene un amplio espectro de factores antimicrobianos, remineraliza lubrica las superficies orales y mantiene los poros gustativos limpios.

La disminución de la secreción salival provoca la sequedad bucal o xerostomía¹⁻³, que aunque en sí misma no es una enfermedad, puede alterar la calidad de vida de las personas y muy especialmente en las más ancianas.

La saliva se produce en distintas glándulas salivales: parótida, submaxilar y sublingual, además de en las glándulas salivales menores repartidas por los labios, la mucosa palatina y la lengua. En las personas mayores se produce en primer lugar una disminución de la saliva en reposo o basal, proveniente de las glándulas submaxilares, y posteriormente aparece una disminución de la producción de la saliva durante la masticación o la estimulación, aunque existe una aceptable capacidad de respuesta o reserva salival de las parótidas⁴.

Material y métodos

Epidemiología

La xerostomía es un problema cada vez más frecuente en el anciano y probablemente afecte alrededor del 30% de los pacientes mayores de 65 años¹. No obstante, la función salival suele estar bien conservada en las personas ancianas con buen estado general y sin otros problemas de salud⁵.

En un estudio en el que se analizaba la presencia de xerostomía en la población general, la prevalencia fue mayor en el grupo de edad de más de 55 años (40%) pero también presentaban boca seca el 20%

Correspondencia:
Francesc Formiga
UFISS de Geriatria
Servicio de Medicina
Interna
Hospital Universitari
de Bellvitge
08907 L'Hospitalet
de Llobregat
Barcelona
E-mail:
fformiga@csub.scs.es

del grupo de edad de entre los 18 a 34 años y el 26% en el grupo de entre 35 a 54 años⁶.

Etiología

El Síndrome de Sjögren (SS) es la enfermedad en que se piensa más frecuentemente en asociación con la boca seca. No obstante, hay que tener también en cuenta que la incidencia de otras enfermedades crónicas y la polifarmacia⁷ en el anciano es muy alta y que ambas circunstancias favorecen la aparición de xerostomía. Por lo tanto, y aunque deberemos pensar en él y descartarlo, no siempre la existencia de boca seca es sinónimo de SS en el anciano. De hecho, la causa más frecuente de xerostomía en los ancianos (Tabla 1) es la secundaria a los efectos secundarios a los medicamentos que reciben. Un 80% de los medicamentos más frecuentemente prescritos se ha descrito que pueden provocar xerostomía⁸ y existen más de 400 medicamentos que causan como efecto secundario una disfunción de las glándulas salivares⁹.

En un estudio longitudinal realizado en ancianos se incluyeron a 322 hombres y mujeres ambulatorios que vivían en la comunidad, a 122 hombres y 10 mujeres que vivían en residencias de ancianos y a 75 hombres ingresados en un hospital por problemas neurológicos¹⁰. El 72% de los pacientes estudiados experimentó xerostomía en algún momento durante el día y el 55% usó uno o más medicamentos xerostómicos (el 86% de los ingresados en residencias de ancianos). Las personas con xerostomía tenían más dificultad de iniciar la deglución. Los medicamentos administrados para el tratamiento de la enfermedad obstructiva crónica, de la incontinencia urinaria y del insomnio estaban correlacionados con la presentación de boca seca.

Hochberg, *et al.*¹¹, en un estudio reciente de 2520 personas con edades comprendidas entre los 65 y los 85 años que vivían en la comunidad, valoraron la prevalencia de boca seca y si existía correlación con la producción de saliva. El 17% de los pacientes manifestaron síntomas de sequedad bucal. La prevalencia de síntomas de xerostomía aumentaba con la edad y era mayor en las mujeres que en los hombres. En las personas con sequedad de boca se evidenció un descenso en la producción de saliva.

Respecto al SS, recordar que es una enfermedad autoinmune crónica que se caracteriza por la presencia de infiltrados linfoplasmocitarios fundamentalmente en las glándulas lacrimales y salivares. La lesión de estas glándulas exocrinas conduce a la apa-

-
- Problemas emocionales (miedo, excitación, ansiedad).
 - Medicamentos (hipnóticos, miorelajantes, antidepresivos, ansiolíticos, anorexígenos, anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, antiespasmódicos, anticolinérgicos; antihistamínicos, simpaticomiméticos, antihipertensivos, diuréticos, etc).
 - Alteración de las glándulas salivares (aplasia, obstrucción conductos y traumas, irradiación, infecciones).
 - Síndrome de Sjögren.
 - Factores que afectan el balance de fluidos o electrolitos, diabetes.
 - Factores locales (Respiración bucal, fumar en exceso, alcoholismo).
 - Ausencia de dientes y alimentación blanda con escasa o ausencia de masticación.
 - Otros: amiloidosis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, esclerodermia, sarcoidosis, lupus, etc.
-

Tabla 1.
Causas frecuentes de boca seca en el anciano

rición de sequedad ocular y bucal, que son los síntomas clásicos de este síndrome¹². En una tercera parte de los pacientes también se afectan otros órganos no glandulares como el riñón, el hígado, el pulmón, el músculo, etc¹³. El SS puede ser primario o asociado a otros procesos, principalmente a la artritis reumatoide y al lupus eritematoso sistémico (SS secundario). Debido a su heterogeneidad se han intentado identificar diversos subgrupos para definir mejor el curso y pronóstico de la enfermedad¹⁴⁻¹⁶. El SS afecta principalmente a mujeres entre la 5ª y la 6ª década de la vida, con una razón mujer/varón de 9/1¹⁷. La etiopatogenia del SS es todavía desconocida. Se considera que sobre la base de una predisposición genética, que podría ser responsable de alteraciones en la regulación inmunitaria, la incidencia de ciertos factores exógenos podría actuar como el factor iniciador de la enfermedad. En el SS existe una activación de los linfocitos T, los cuales infiltran y destruyen los distintos tejidos y por otra parte existe también una activación de los linfocitos B responsable de una hipergammaglobulinemia y de la presencia de numerosos anticuerpos. Aunque el SS aparece más frecuentemente en la quinta década de la vida¹⁸, no es excepcional el inicio en personas mayores de 70 años¹⁵.

Por otra parte, en alrededor del 30-60% de los pacientes con SS primario puede existir hipertrofia parotídea, que puede ser episódica o constante y que nos obligará a hacer el diagnóstico diferencial con otras causas de tumefacción parotídea (Tabla 2).

Tabla 2.
Causas de tumefacción parotídea en el anciano

Unilateral
– Tumores
– Infección bacteriana
– Sialoadenitis crónica
– Obstrucción (sialolitiasis)
Bilateral
– Infecciones virales, actinomicosis, histoplasmosis
– Enfermedad granulomatosa: tuberculosis
– Diabetes mellitus
– Cirrosis
– Amiloidosis
– Alcoholismo

Clinica

La xerostomía ocasiona múltiples problemas como consecuencia de la pérdida de las funciones salivares. Frecuentemente los síntomas de la xerostomía son lo suficientemente molestos como para producir ansiedad y depresión reactivas. Los problemas^{1,4} más importantes son:

- *Alteraciones de la masticación* por molestias de las prótesis (muy frecuentes en el anciano), ya sea por roces o bien porque la prótesis se retiene ocasionando grandes dificultades debido a la escasa presencia de saliva.
- *Alteraciones en la deglución* y problemas incluso de *fonación* en pacientes con xerostomía por la disminución o desaparición completa de la saliva.
- *Halitosis*, frecuentemente asociada a disminución de la secreción salival, ya que existe menor fluido salival y, por tanto, menor capacidad de limpieza de la cavidad oral. La cantidad de inmunoglobulinas y enzimas necesarios para el cuidado de la boca está disminuida.
- Mayor presencia de *caries lisas* de gran extensión y menor profundidad. En estas caries se han aislado mayores concentraciones de gérmenes de la flora oro-faríngea como *streptococcus sobrinus* o *streptococcus mutans*. Éste es el germen causante de la caries en la edad adolescente o juvenil y *Strep. sobrinus* es un germen oportunista que aparece en condiciones adversas cuando hay menos saliva o existe xerostomía. Además, la xerostomía favorece la presencia de caries en zonas atípicas.
- Comisura de los labios agrietada (rágades o queilitis angular).
- Mayor incidencia de infecciones de la mucosa oral (candidiasis).

- Mayor incidencia de enfermedad periodontal y de glositis.
- Otros síntomas: dificultad al mover la lengua, dificultad en el descanso nocturno al tener que beber agua en múltiples ocasiones por la noche, disgeusia, etc.

A pesar del enorme dintel de posible síntomas, frecuentemente la xerostomía se diagnostica accidentalmente ante una inspección oral donde se suelen presentar, entre otros, uno o varios de los signos y síntomas descritos anteriormente.

Diagnóstico

La sospecha clínica aparece ante las necesidades aumentadas de beber más líquidos, incluso por la noche, o por las necesidades de saliva artificial. El diagnóstico de xerostomía se basa en la demostración objetiva de la disminución salival mediante sialografía y pueden realizarse pruebas que estudien tanto la función como la estructura de las glándulas salivares como la gammagrafía.

Discusión

Tratamiento⁴

Se intentará descubrir la causa y eliminarla si es posible, intentando si el paciente va a precisar medicamentos que éstos tengan la mínima acción de inhibición de la secreción salival. Por otra parte, en el conocimiento de que la producción de saliva disminuye durante la noche, si administramos los medicamentos con acción anticolinérgica durante el día podremos disminuir la xerostomía nocturna¹.

Simultáneamente intentaremos una higiene bucal adecuada con una correcta evaluación dental¹⁹ y estimularemos la saliva en reposo mediante la realización de ejercicios como invitar al paciente a realizar la masticación con más frecuencia, masticando más los alimentos y añadiendo el uso de zumo de limón. Una dieta baja en azúcares y el uso diario de flúor tóxico pueden ayudar a prevenir la caries en pacientes con la boca seca. Un aspecto que frecuentemente se olvida es valorar la presencia de patología nasofaríngea, que pueda inducir a dormir con la boca abierta y aumentar la sequedad nocturna.

Puede ser aconsejable la sustitución de comida entre horas por chicles sin azúcar, fundamentalmente chicles ricos en Xylitol, considerando como tales aquellos cuyo contenido total de edulcorantes del chicle sea igual o superior al 50% de Xylitol. Además de

tener un efecto antibacteriano y específicamente *antiestreptococo mutans*, el Xylitol es un importante estimulante de la saliva.

Otra posibilidad terapéutica es incorporar sistemas enzimáticos como la glucolactoperoxidasa, un antibacteriano eficaz que se puede usar tanto en chicles como en colutorios.

Pueden utilizarse también en pacientes con xerostomía sustitutos salivales, entre los cuales se han hecho intentos con sustancias basadas en glicerina y sorbitol junto con edulcorantes artificiales a modo de saliva artificial, que pueden proporcionar un alivio transitorio pero no tienen ninguna de las propiedades protectoras de la saliva. La saliva artificial se presenta como solución acuosa salina, en forma de vaporizador, con distintas concentraciones de flúor y sustancias lubricantes que aumentan su viscosidad, así como conservantes y mucinas. En verano es mejor mantenerla en la nevera.

Finalmente, podemos usar secretagogos como la pilocarpina, alcaloide de efecto colinérgico, que, sin embargo, está muy restringido por los efectos colaterales que conlleva por lo que debe tenerse precaución en las personas mayores al ser un agonista muscarínico no selectivo. Aunque con variabilidad individual en la respuesta, la dosis habitual es de 5 mg de tres a cuatro veces al día. El efecto aparece durante la primera hora tras su administración oral y se mantiene durante alrededor de 3 horas.

Más recientemente se ha estudiado el cevimeline, un análogo de la acetilcolina que tiene una mayor especificidad para los receptores M3 que la pilocarpina²⁰, y que ha demostrado ser útil en pacientes con SS a dosis de 30mg/8 horas con escasos efectos secundarios, al minimizar los efectos cardíacos y pulmonares²¹.

En conclusión, debemos aumentar la atención hacia la boca de nuestros pacientes, especialmente de los ancianos que muchas veces mostrarán patologías con relación a enfermedades o tratamientos sistémicos²². También deberemos conocer que frecuentemente o por estar en el contexto de un SS o por los mismos medicamentos entre otras causas, frecuentemente ante la existencia de una xerostomía deberemos investigar en la persona anciana la presencia de ojo seco o xeroftalmía²³.

Bibliografía

1. Ship JA, Pillemer SR, Baum BJ. Xerostomia and the geriatric patient. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:535-43.
2. López P, Bermejo A, Sánchez A, Saura M, Oñate R. Criterios terapéuticos ante una xerostomía. *Arch Odont Estomatol* 1993;9:571-4.
3. López P, Bermejo A. Xerostomía en el paciente geriátrico. En: Bullon P, Velasco E, eds. *Odontoestomatología geriátrica*. Madrid: SmithKline Beecham, 1996:197-210.
4. Rodríguez D, Rodríguez B, Fernández N. Odontología geriátrica en residencias. En: Reuss JM (ed). *Medicina Geriátrica en residencias*. Madrid: Edimsa, 2000; 559-91.
5. Pedersen AM, Reibel J, Nordgarden H, Bergem HO, Jensen JL, Nauntofte B. Primary Sjögren's syndrome: salivary gland function and clinical oral findings. *Oral Dis* 1999;5:128-38.
6. Sreebny LM, Valdini A. Xerostomia. Part I: relationship to other oral symptoms and salivary gland hypofunction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1988;66:451-8.
7. Subirà C, Cuenca E. La prescripción de fármacos en el paciente anciano. Implicaciones en odonto-estomatología. *Rev Eur Odontoestomatol* 1992;8:345-52.
8. Smith RG, Burtner AP. Oral side-effects of the most frequently prescribed drugs. *Spec Care Dent* 1994; 14:96-112.
9. Sreebny LM, Schwartz SS. A reference guide to drugs and dry mouth-2nd edition. *Gerodontology* 1997;14: 33-47.
10. Loesche WJ, Bromberg J, Terpenning MS, Bretz WA, Dominguez BI, Grossman NS, et al. Xerostomia, xerogenic medications and food avoidances in selected geriatric groups. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:401-7.
11. Hochberg MC, Tielsch J, Muñoz B, Bandeen-Roche K, West SK, Schein OD. Prevalence of symptoms of dry mouth and their relationship to saliva production in community dwelling elderly: the SEE project. Salisbury Eye Evaluation. *J Rheumatol* 1998;25:486-91
12. Talal N. Clinical and pathogenetic aspects of Sjögren syndrome. *Semin Clin Immunol* 1993;6:11-20.
13. Anaya JM, Gutiérrez M, Espinosa LR. Síndrome de Sjögren primario. Manifestaciones clínicas extraglandulares. *Rev Esp Reumatol* 1994;21:337-42.
14. Ramos-Casals M, Cervera R, García-Carrasco M, Miret C, Muñoz FJ, Espinosa G, et al. Síndrome de Sjögren primario: características clínicas e inmunológicas en una serie de 80 pacientes. *Med Clin (Barc)* 1997; 103:652-7.
15. García-Carrasco M, Cervera R, Rosas J, Ramos-Casals M, Morlà RM, Siso A. Primary Sjögren's syndrome in the elderly: clinical and immunological characteristics. *Lupus* 1999; 8: 20-3.
16. Drosos AA, Andonopoulos AP, Costopoulos JS, Papadimitrou CS, Moutsopoulos HM. Prevalence of primary Sjögren's syndrome in an elderly population. *Br J Rheumatol* 1988;27:123-7.

17. Kaplan G. Síndrome de Gougerot-Sjögren. En: Kahn MF, Peltier AP, Meyer O, Piette JC (eds) *Les Maladies Systémiques*. París: Flammarion, 1991;499-544.
18. Strickland RW, Tesar JT, Berne BH, Hobbs BR, Lewis DM, Welton RC. The frequency of sicca syndrome in an elderly female population. *J Rheumatol* 1987;14: 766-71.
19. Fox PC. Management of dry mouth. *Dent Clin North Am* 1997;41:863-76.
20. Fox R, Pentrone J, Condemi R, Fife P. Randomized, placebo controlled trial of SIN-2011, a novel M3 muscarinic receptor agonist for the treatment of Sjögren's syndrome. *Arthritis Rheum* 1998;41 (suppl):S 288.
21. Fife RS, Chase WF, Dore RK, Wiesenhutter CW, Lockhart PB, Tindall E, *et al*. Cevimeline for the treatment of xerostomia in patients with Sjögren syndrome. *Arch Intern Med* 2002;162:1293-300.
22. Slavkin HC, Baum BJ. Relationship of dental and oral pathology to systemic illness. *JAMA* 2000;284:1215-7.
23. Schein OD, Hochberg MC, Muñoz B, Tielsch JM, Bandeen-Roche K, Provost T, *et al*. Dry eye and dry mouth in the elderly: a population-based assessment. *Arch Intern Med* 1999;159:1359-63.