



EL ODONTÓLOGO

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA PANAMEÑA



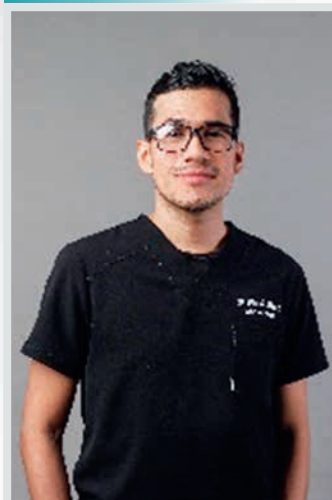
Alison Evers Pérez

Estudiante de Odontología de la Universidad Latina de Panamá
11vo semestre.



Sulema Issa Fattouth

Estudiante de Odontología de la Universidad Latina de Panamá
11vo semestre.



Dr. Félix O. Núñez O.

Odontólogo egresado de la Universidad de Panamá.

Especialista en Docencia Superior egresado de la Universidad de Panamá, Maestría en Gerencia de Servicios de Salud de la UMECIT.

Diplomado en Metodología de la Investigación Científica, Universidad de Panamá.

Docente de la Universidad Latina de Panamá

XEROSTOMÍA Y TRATAMIENTO PROTÉSICO EN LA POBLACIÓN GERIÁTRICA:

PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS

*Xerostomia and prosthetic treatment in
the geriatric population:*

— *Perspectives and challenges* —

*Xerostomia e tratamento protético
na população geriátrica:*

— *Perspectivas e desafios* —

Alison Evers Pérez

Sulema Issa Fattouth

Dr. Félix O. Núñez O.

Resumen

La salud bucal en adultos mayores presenta desafíos significativos, especialmente en relación con la función de la saliva. Este fluido no solo facilita la lubricación adecuada y la digestión de los alimentos, sino que también juega un papel crucial en la protección contra infecciones y el mantenimiento de la salud bucal. Sin embargo, con el avance de la edad, muchos individuos experimentan xerostomía, o sequedad bucal, una condición prevalente que afecta considerablemente a la población adulta mayor y suele estar presente en usuarios con prótesis dentales. La xerostomía no solo conlleva molestias como sensación de sequedad y dificultades para hablar y deglutir, sino que también aumenta el riesgo de caries dental, enfermedad periodontal y otras complicaciones bucales. Además, se ha asociado con problemas más amplios de salud, incluida la pérdida de peso involuntaria y un mayor

riesgo de infecciones oportunistas, subrayando su importancia clínica significativa. El tratamiento de esta afección suele incluir medidas generales de control y prevención, el uso de sustitutos salivales, agentes estimulantes y métodos alternativos como la acupuntura, terapia con láser de baja intensidad, dispositivos electroestimuladores intraorales, dispositivos incorporados a las prótesis removibles, intervención quirúrgica, y medicación inmunosupresora y antidepresiva. Este artículo se centra en abordar integralmente el manejo y tratamiento de la xerostomía en pacientes geriátricos, explorando tanto las causas subyacentes como las estrategias terapéuticas efectivas. Se llevó a cabo una exhaustiva revisión de la literatura científica mediante la búsqueda en las bases de datos PubMed, Google Scholar y ScieLo. Se incluyeron artículos de revisión bibliográfica y metaanálisis publicados desde el año 2015 hasta la fecha actual en español, inglés y portugués. Se aplicaron criterios de exclusión para omitir estudios que no cumplieran con el período de tiempo establecido, así como investigaciones in vitro o comparativas que no se alinearan con el enfoque revisor del presente estudio. Xerostomía y Tratamiento Protésico en la Población Geriátrica: Perspectivas y Desafíos Autores: Issa, Sulema (1); Evers, Alison (2). Afiliaciones: (1-2) Estudiantes de Odontología de la Universidad Latina de Panamá.

Palabras clave: xerostomía; hiposalivación; geriatría; paciente geriátrico; prótesis dental; sustitutos salivales

Summary

Oral health in older adults presents significant challenges, especially in relation to the essential function of saliva. This fluid not only facilitates proper lubrication and digestion of food, but also plays a crucial role in protecting against infection and maintaining oral health. However, with advancing age, many individuals experience xerostomia, or dry mouth, a prevalent condition that significantly affects the geriatric population and is often present in denture wearers. Xerostomia not only leads to discomfort such as dryness and difficulty speaking and swallowing, but also increases the risk of dental caries, periodontal disease, and other oral complications. In addition, it has been associated with broader health problems, including unintentional weight loss and an increased risk of opportunistic infections, underscoring its significant clinical importance.

Treatment of this condition usually includes general control and prevention measures, the use of salivary substitutes, stimulating agents and alternative methods such as acupuncture, low level laser therapy, intraoral electrostimulatory devices, devices

incorporated into removable prostheses, surgical intervention, and immunosuppressive and antidepressant medication. This article focuses on comprehensively addressing the management and treatment of xerostomia in geriatric patients, exploring both underlying causes and effective therapeutic strategies. A comprehensive review of the scientific literature was conducted by searching PubMed, Google Scholar, and ScieLo databases. Literature review articles and meta-analyses published from 2015 to the current date in Spanish, English and Portuguese were included. Exclusion criteria were applied to omit studies that did not comply with the established time period, as well as in vitro or comparative investigations that did not align with the reviewer focus of the present study.

Key words: *xerostomia; hyposalivation; geriatrics; geriatric patient; dental prosthesis; salivary substitutes.*

Resumo

A saúde oral nos adultos mais velhos apresenta desafios significativos, especialmente em relação à função essencial da saliva. Este fluido não só facilita a lubrificação e a digestão adequadas dos alimentos, como também desempenha um papel crucial na proteção contra infecções e na manutenção da saúde oral. No entanto, com o avançar da idade, muitos indivíduos sofrem de xerostomia, ou boca seca, uma condição prevalente que afecta significativamente a população geriátrica e está frequentemente presente em utilizadores de próteses. A xerostomia não só provoca desconforto, como secura e dificuldade em falar e engolir, mas também aumenta o risco de cáries dentárias, doença periodontal e outras complicações orais. Além disso, tem sido associada a problemas de saúde mais vastos, incluindo perda de peso não intencional e um risco acrescido de infecções oportunistas, o que sublinha a sua importância clínica significativa.

O tratamento desta condição inclui habitualmente medidas gerais de controlo e prevenção, a utilização de substitutos salivares, agentes estimulantes e métodos alternativos como a acupunctura, terapia laser de baixa intensidade, dispositivos electroestimuladores intra-orais, dispositivos incorporados em próteses removíveis, intervenção cirúrgica e medicação imunossupressora e antidepressiva. Este artigo tem como objetivo abordar de forma abrangente a gestão e o tratamento da xerostomia em doentes geriátricos, explorando tanto as causas subjacentes como as estratégias terapêuticas eficazes. Foi efectuada uma revisão exaustiva da literatura científica através da pesquisa nas bases de dados PubMed, Google Scholar e ScieLo. Foram incluídos artigos

de revisão da literatura e meta-análises publicados desde 2015 até à data atual em espanhol, inglês e português. Foram aplicados critérios de exclusão para omitir estudos que não cumpriram o período de tempo estabelecido, bem como pesquisas in vitro ou comparativas que não se alinharam com o foco do revisor do presente estudo.

Palabras-chave: *xerostomia; hipossalivação; geriatria; paciente geriátrico; prótese dentária; substitutos salivares.*

Introducción

Las prótesis dentales son un elemento clave en la rehabilitación oral de pacientes con pérdida dental. Es crucial que los odontólogos instruyan a los pacientes sobre el uso adecuado de las prótesis y los cuidados necesarios para mantener la salud de la mucosa de soporte, los dientes remanentes y el periodonto (6). La saliva desempeña un papel muy importante en la retención y la estabilidad de las prótesis removibles. Cambios en la composición o cantidad del flujo salival pueden causar problemas como lesiones en la cavidad bucal, dificultades en la masticación y en la fonación, y aumentar el riesgo de enfermedades como periodontitis, caries y candidiasis. Estos problemas afectan significativamente la calidad de vida del paciente, impactando su bienestar general, su capacidad para realizar actividades diarias y su autoestima. Además de su función mecánica, la saliva es vital para mantener la homeostasis bucal, y facilitar la formación del bolo alimenticio, participando en la digestión inicial mediante la amilasa salival. La disminución en la secreción salival puede llevar a la xerostomía, una condición caracterizada por la sequedad bucal que afecta a una parte considerable de la población y se agrava con la edad, especialmente en las mujeres debido a cambios hormonales.

La xerostomía no solo deteriora la calidad de vida, sino que también incrementa el riesgo de infecciones y pérdida de peso involuntaria en los adultos mayores. La disminución en la cantidad y en la viscosidad de la saliva puede causar una variedad de molestias en los pacientes portadores de prótesis dentales removibles, como dolor, pérdida de retención y formación de lesiones en la mucosa bucal.

Por lo tanto, es de suma importancia poner en práctica medidas de prevención y control multidisciplinarias, incluyendo el uso de lubricantes orales, sustitutos y estimulantes salivales, para el tratamiento exitoso de la xerostomía y sus complicaciones.

El diagnóstico temprano y la gestión adecuada son esenciales para mitigar sus efectos adversos y mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan esta condición. Además, los profesionales de salud deben considerar la incorporación de estrategias personalizadas en el manejo de la xerostomía para cada paciente. La educación continua sobre técnicas de higiene oral, el ajuste adecuado de las prótesis y la adaptación de la dieta puede marcar una diferencia significativa en la gestión de los síntomas y en la prevención de complicaciones.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar el impacto de la xerostomía en la calidad de vida de los pacientes geriátricos y las complicaciones asociadas en su rehabilitación protésica.

Objetivos Específicos

- ✓ Investigar la función de la saliva y su relevancia en la salud bucal de los adultos mayores.
- ✓ Identificar las causas y factores subyacentes que contribuyen a la xerostomía en la población geriátrica.
- ✓ Evaluar los efectos adversos y las manifestaciones clínicas asociadas con la xerostomía en pacientes geriátricos.
- ✓ Identificar las dificultades específicas en el tratamiento protésico de pacientes geriátricos con xerostomía.
- ✓ Presentar opciones de tratamientos y estrategias para mejorar la efectividad del manejo clínico y la calidad de vida de estos pacientes.
- ✓ Proponer recomendaciones para el diagnóstico precoz y la implementación de intervenciones odontológicas personalizadas en la atención odontológica de pacientes geriátricos con xerostomía.
- ✓ Evaluar la importancia del manejo interdisciplinario entre odontólogos y médicos especialistas en el tratamiento de pacientes con xerostomía.

Metodología

Se realizó una revisión exhaustiva en las bases de datos PubMed, Google Scholar y ScieLo utilizando los términos “xerostomía”, “hiposalivación”, “geriátrica”, “paciente adulto mayor” y “tratamiento protésico”. La búsqueda

se limitó a 14 artículos de revisión bibliográfica y de metaanálisis publicados a partir del año 2015 hasta la actualidad en español, inglés y portugués.

Se implementaron criterios de exclusión para descartar estudios que no cumplieran con el período de tiempo especificado, así como investigaciones in vitro o comparativas que no se alinearan con el enfoque revisor del presente estudio. Este enfoque metodológico garantizó la selección de la literatura más relevante y actualizada sobre el manejo y tratamiento de la xerostomía en pacientes geriátricos.

Contenido

Generalidades de la saliva:

La saliva es un biofluido compuesto principalmente por agua que contiene iones como sodio, potasio, magnesio, calcio, cloro, carbonato y fósforo, así como componentes orgánicos e inorgánicos como proteínas, polipéptidos, hormonas, moléculas lipídicas, ácido úrico, aminoácidos, ácidos grasos y glucosa. Entre sus componentes, se destacan enzimas clave que desempeñan roles fundamentales en la digestión y en la protección oral. La amilasa, por ejemplo, inicia la digestión al descomponer el almidón en moléculas más simples, como maltosa y glucosa, facilitando así el proceso digestivo desde que los alimentos entran en la boca. Además de la amilasa, la saliva contiene lipasa lingual, una enzima que inicia la digestión de las grasas (8).

La saliva es producida y secretada por glándulas especializadas conocidas como glándulas salivales. La unidad básica de secreción son agrupaciones de células denominadas acinos, que secretan dos tipos de

saliva: serosa (principalmente agua) y mucosa (rica en mucus). Las glándulas salivales se dividen en dos grupos principales: las mayores, que incluyen las parótidas, submandibulares y sublinguales, responsables del 90% del flujo salival total, y las menores (bucales, labiales y palatinas), que contribuyen con el 10% restante. Cada tipo de glándula produce saliva con características específicas:

- ✓ Parótidas: Principalmente serosas, con alta concentración de agua y enzimas como la amilasa para la digestión de carbohidratos. Son altamente sensibles a estímulos gustativos.
- ✓ Submandibulares: Secreción mixta de serosa y mucosa. Producen saliva viscosa que contiene tanto enzimas como mucina, la cual lubrica y protege la mucosa oral. Se localizan debajo de la mandíbula, cerca del ángulo mandibular.
- ✓ Sublinguales: Principalmente mucosas. Producen saliva espesa que lubrica la mucosa oral y facilita la formación del bolo alimenticio. Se encuentran debajo de la lengua, a lo largo de su superficie inferior.

La secreción salival está regulada por el sistema nervioso autónomo, que controla tanto el volumen como la composición de la saliva.

Generalmente, el sistema nervioso parasimpático regula la secreción de fluido, mientras que el sistema simpático regula la secreción de proteínas.

El pH de la saliva es neutro (aproximadamente 6.9) y su control contribuye al equilibrio del sistema tampón, regulando el pH de las superficies dentales y facilitando la reposición de minerales. La producción diaria promedio de saliva varía entre 500 ml y 1500 ml, con un flujo salival que fluctúa conside-

rablemente a lo largo del día, dependiendo de la estimulación de las glándulas salivales y del estado psicológico del individuo. El flujo en reposo no estimulado es de 0.3 ml/min a 0.4 ml/min.

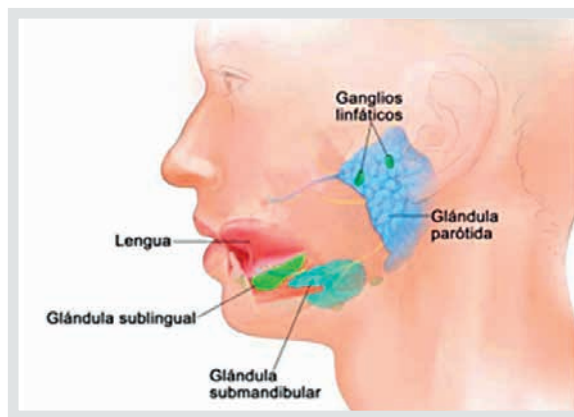


Imagen 1. Anatomía de las glándulas salivales. Fuente: [Winslow T. (2017). National Cancer Institute].

“La sensación de boca seca es un síntoma muy frecuente en pacientes que acuden a las consultas de atención primaria de salud.”
— (Troya Borges E. et al., 2015).

Funciones de la Saliva:

La saliva desempeña un papel fundamental en el mantenimiento de la salud bucal y la digestión. Actúa como lubricante durante la masticación y la deglución, facilitando el paso de los alimentos por la boca. Además, funciona como un buffer que ayuda a mantener el pH óptimo en la cavidad oral, protegiendo los dientes contra la erosión ácida. Su acción antimicrobiana y antifúngica ayuda a controlar la proliferación de microorganismos, manteniendo un equilibrio. Asimismo, contiene minerales como el calcio y el fosfato, que son esenciales para la remineralización del esmalte dental y la prevención de la caries. En la **Tabla N°1** se resumen las funciones de la saliva.

Función	Efecto	Componentes de saliva
Percepción del gusto	<ul style="list-style-type: none"> Solubilización de moléculas Maduración de las papilas gustativas 	<ul style="list-style-type: none"> Agua Zinc Anhidrosis carbónica
Digestión	<ul style="list-style-type: none"> Formación del bolo alimenticio Neutralización del contenido esofágico Digestión del almidón, proteínas y lípidos Digestión enzimática 	<ul style="list-style-type: none"> Mucina y agua Fosfato y bicarbonato Amilasa, proteasa y lipasa
Protección	<ul style="list-style-type: none"> Lubricación de la boca, la orofaringe y el esófago Impermeabilización Lavado Formación de película 	<ul style="list-style-type: none"> Glicoproteínas Agua
Reparación tisular	<ul style="list-style-type: none"> Cicatrización de la mucosa oral, gástrica y orofaríngea 	<ul style="list-style-type: none"> Factor de crecimiento epidérmico (EGF)
Acción antimicrobiana	<ul style="list-style-type: none"> Barrera Anticuerpos Actividad antivírica (infección por VIH) Actividad antifúngica 	<ul style="list-style-type: none"> IgA, IgM e IgG Lisozima Mucina e inmunoglobulinas, histatina Defensina
Integridad dental	<ul style="list-style-type: none"> Maduración del esmalte Protección contra la desmineralización, abrasión y erosión Remineralización 	<ul style="list-style-type: none"> Calcio y fosfato Mucinas, fosfato y calcio Proteínas ricas en prolina, estearina
Sistema de defensa antioxidante	<ul style="list-style-type: none"> Previene la formación radicales libres, elimina los existentes y repara los daños causados 	<ul style="list-style-type: none"> Ácido úrico, albúmina, betacaroteno, ascorbato y glutatión
Amortiguación	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento de un nivel de pH para la colonización de microorganismos Neutralización de la acidez tras la ingestión de azúcares 	<ul style="list-style-type: none"> Fosfato, bicarbonato y proteínas Urea

Tabla 1. Componentes de la saliva y sus efectos. Fuente: [Machado G., Sara (2017). Influência da Xerostomia em Pacientes Portadores de Prótese Removível e Tratamento. Disponible en: <http://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/2859>.

Además de las funciones mencionadas, la saliva también tiene un papel importante en la percepción del gusto. Al disolver las sustancias químicas presentes en los alimentos, facilita el contacto de estos compuestos con las papilas gustativas, permitiendo una mejor identificación de los sabores. La saliva también contribuye a la limpieza de la cavidad oral, al arrastrar residuos alimenticios y células muertas, lo que ayuda a reducir la acumulación de placa bacteriana. Además, en situaciones de estrés o enfermedad, la producción de saliva puede verse afectada, lo que puede influir en la comodidad y la salud bucal general (8).

Xerostomía, definición:

La xerostomía se caracteriza por la sensación subjetiva de sequedad bucal, que puede ocurrir sin importar la cantidad real de saliva producida. Esto difiere de la hiposalivación, que se refiere específicamente a una reducción objetiva en la cantidad de saliva secreta por las glándulas salivales mayores y menores (3). La xerostomía es un síntoma clínico significativo que puede originarse a partir de diversas causas, tales como efectos secundarios de medicamentos, enfermedades sistémicas como el síndrome de Sjögren, tratamientos de radioterapia en la cabeza y el cuello, y el envejecimiento. Esta

condición no solo afecta la comodidad del individuo, sino que también puede impactar negativamente en su salud bucal y en su calidad de vida (11).

La prevalencia de la xerostomía varía según la población estudiada y las condiciones específicas subyacentes. En general, es más común entre adultos mayores y pacientes que toman medicamentos que reducen la producción de saliva. Este síntoma afecta de manera significativa a los adultos mayores, con una prevalencia que puede alcanzar hasta un 47%, siendo más frecuente en mujeres que en hombres. Nassar et al. llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era analizar los cambios químicos en la saliva de jóvenes de entre 20 y 30 años y de ancianos de entre 60 y 80 años en Tokio. Demostraron que la saliva no estimulada disminuye con la edad, pero que el efecto amortiguador no se ve afectado por ella, al igual que la función glandular y sus componentes.

Etiología, agentes causales:

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. En la **tabla N°2** se resumen los agentes causales de la xerostomía.

La xerostomía causada por medicamentos es una de las más frecuentes. Cerca del 80% de los medicamentos más comunes pueden disminuir la secreción de saliva, especialmente aquellos con propiedades anticolinérgicas como antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos y algunos agentes neuroepilépticos (**Tabla N°3**).

Esta condición no solo es provocada por tratamientos médicos, sino también por diversas enfermedades sistémicas como el síndrome de Sjögren, amiloidosis, sarcoido-

sis, tuberculosis, hepatitis C, lepra, fibrosis quística, diabetes mellitus y otras. Además, condiciones o patologías psicológicas como el estrés, la ansiedad, la depresión, la esquizofrenia y la demencia también pueden causar xerostomía en los ancianos.

ETIOLOGÍA DE LA XEROSTOMÍA	
<p>Enfermedades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Sjögren • Amiloidosis • Sarcoidosis • Enfermedad granulomatosa • Sarcoidosis • Tuberculosis • Lepra • Hepatitis C • Cirrosis biliar • Fibrosis quística • Diabetes mellitus • Agenesia glandula 	<p>Tratamientos</p> <p>⇒ <u>Medicamentos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antidepresivos tricíclicos • Antiespasmódicos • Neurolépticos • Inhibidores de la MAO • Agentes antiparkinsonianos • Litio • Agonistas adrenérgicos centrales • Diuréticos • Descongestionantes nasales • Antihistamínicos • Broncodilatadores <p>⇒ <u>Radiación en cabeza y cuello:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Quimioterapia • Radioterapia • Cirugía de glándulas salivales
<p>Otras causas patológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemocromatosis • Enfermedad de Wegener • Infección por VIH • Parotiditis (viral o bacteriana) • Depresión severa 	<p>Hábitos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcoholismo • Tabaquismo • Mal aseo bucal

Tabla 2. Agentes causales de la xerostomía. Fuente: [Elaboración propia].

“La xerostomía inducida por medicamentos afecta a millones de personas y requiere estrategias de gestión adaptadas.”
— (Chatzopoulos, D., et al., 2020).

FÁRMACOS PRODUCTORES DE XEROSTOMÍA
Antidepresivos (<i>amitriptilina; fluoxetina; paroxetina</i>)
Antidiarreicos (<i>difenoxilato/atropina</i>)
Antihistamínicos (<i>bromfeniramina; clorfenamina; difenhidramina</i>)
Antipsicóticos (<i>quetiapina; olanzapina; clozapina</i>)
Antiespasmódicos (<i>hioscina; difenoxilato; clordiazepóxido</i>)
Antihipertensivos (<i>clonidina; enalapril; propranolol</i>)
Relajantes musculares (<i>ciclobenzaprina; tizanidina; metocarbamol</i>)
Antiparkinsonianos (<i>levodopa; biperideno; prociclidina</i>)
Diuréticos (<i>espironolactona; indapamida; amilorida</i>)
Broncodilatadores (<i>ipratropio; tiotropio; teofilina</i>)
Bloqueadores de secreción ácida (<i>omeprazol; lansoprazol; cimetidina</i>)
Fármacos anti-HIV (<i>indinavir; lopinavir; efavirenz</i>)
Anorexígenos (<i>fentermina; sibutramina; mazindo</i>)
Cocaína y otras drogas
Retinoides (<i>isotretinoína; acitretina; tazaroteno</i>)

Tabla 3. Medicamentos que provocan xerostomía. Fuente: [Elaboración propia].

Además de los factores farmacológicos y las enfermedades sistémicas, existen causas funcionales como la deshidratación, la pérdida de líquidos por diarrea o vómitos persistentes, alteraciones cardíacas y problemas renales como la uremia y el edema.

La radioterapia y quimioterapia en áreas de cabeza y cuello también contribuyen significativamente a la xerostomía debido al daño en las glándulas salivales.

La quimioterapia reduce el flujo salival y espesa la saliva; por lo general, la función se recupera al completar el tratamiento. La radioterapia de tumores en cara y cuello también daña las glándulas salivales, y su recuperación es menos evidente al finalizar el tratamiento. Este síntoma puede ser muy molesto para el paciente e incluso puede limitar las dosis de radiación ionizante a administrar. Otras causas incluyen hábitos como el consumo de alcohol y tabaco, así como intervenciones quirúrgicas como la extirpación de glándulas salivales (9).

“La boca seca, como manifestación clínica del síndrome de Sjögren, impacta en la comodidad diaria y la salud oral.” - (Bergdahl, M., & Bergdahl, J., 2018).

Síndrome de Sjögren (SS)

El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune crónica que afecta principalmente a las glándulas exocrinas, especialmente las glándulas salivales y lagrimales. Esta condición se caracteriza por la infiltración linfocítica y la inflamación de estas glándulas, lo que lleva a una disminución en la producción de saliva y lágrimas, resultando en sequedad intensa en la boca y los ojos. Además de la sequedad oral y ocular, el SS puede causar una serie de síntomas

y complicaciones adicionales. Los pacientes frecuentemente experimentan boca seca persistente, lo cual no solo causa molestias, sino que también aumenta el riesgo de caries dental y enfermedades periodontales debido a la reducción de la protección antibacteriana proporcionada por la saliva. La sequedad ocular puede provocar irritación, sensación de cuerpo extraño en los ojos, y en casos severos, úlceras corneales y daño a la superficie ocular (11).



Imagen 3. Manifestaciones clínicas en pacientes con Síndrome de Sjögren. Fuente: [Hernández, González (2014). Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología].

Además de los problemas bucodentales y oculares, el SS puede afectar otros sistemas del cuerpo. Los pacientes pueden experimentar fatiga, dolor articular y muscular, inflamación de las glándulas parótidas, y otras manifestaciones sistémicas.

El SS afecta predominantemente a mujeres, con una relación mujer-hombre de aproximadamente 9:1, y típicamente se diagnostica en personas mayores de 40 años, aunque también puede presentarse en ni-

ños y adolescentes, aunque menos comúnmente. El manejo del SS se centra en aliviar los síntomas y prevenir las complicaciones. Esto puede incluir el uso de lágrimas artificiales y lubricantes para los ojos, estimulantes de la saliva para la boca seca, así como medidas para manejar el dolor y la fatiga. Además, es importante un seguimiento regular con un equipo multidisciplinario que incluya oftalmólogos, dentistas, reumatólogos y otros especialistas según sea necesario, para abordar adecuadamente las manifestaciones de esta compleja enfermedad autoinmune. En el contexto de la rehabilitación protésica con prótesis removibles (PPR), es crucial mantener una rigurosa higiene bucal y evitar lesiones en la mucosa oral. Los pacientes portadores de prótesis removibles que padecen del SS, suelen presentar mucha incomodidad debido a la falta de saliva. En estos casos, se emplean enjuagues herbales y otros tratamientos paliativos para mitigar los síntomas. En casos más severos, las prótesis implantosoportadas han demostrado ser una opción exitosa a largo plazo para rehabilitar pacientes con SS que presentan maxilares completamente desdentados.

Signos y Síntomas de la Xerostomía

La saliva no solo lubrica la boca, sino que también ayuda a combatir las infecciones, por lo que una reducción en la cantidad de saliva aumenta el riesgo de sufrir de molestias bucales, caries e infecciones. Aunque es normal que se produzca menos saliva durante el sueño, los pacientes con boca seca comúnmente describen sus bocas como que se sienten “secas”, “como papel de lija” o “como un desierto” en todo momento. Los pacientes informan que tienen más placa dental de lo habitual sobre los dientes, y que la lengua y los labios se les pegan a los dientes. Algunos pacientes tienen dificultad para hablar y masticar alimentos, perdiendo peso como consecuencia (3).

Podemos resumir los signos y síntomas en:

Signos:

- ✓ Labios secos, agrietados y descamados; grietas en las comisuras de la boca
- ✓ Lengua seca y áspera; pérdida de las papilas linguales dorsales; glositis atrófica
- ✓ El espejo clínico intraoral se pega a la mucosa oral y a la lengua Aumento del volumen de las glándulas salivales
- ✓ Mucosa y lengua eritematosa Aumento de caries dental (especialmente en las áreas incisales o cuspídeas)
- ✓ Erosión, abrasión dental, Úlceras orales, aftas
- ✓ Candidiasis oral recidivante
- ✓ Acumulación de placa
- ✓ Mala adaptación de prótesis dentales

Síntomas:

- ✓ Dificultades para tragar, masticar los alimentos y hablar (disfagia)
- ✓ Mal aliento (halitosis) Alteración y/o disminución del sentido del gusto (disgeusia)
- ✓ Sabor salado, amargo o metálico en la boca Sensación de ardor en la boca y sequedad de la garganta
- ✓ Molestias nocturnas
- ✓ Dolor crónico

Diagnóstico

Diagnóstico

El diagnóstico se fundamenta en la evaluación de los síntomas reportados por el paciente, el examen clínico para identificar signos específicos, la medición del flujo salival utilizando sialometría cuantitativa, y pruebas complementarias según sea necesario(5).

Para realizar un diagnóstico preciso, es crucial considerar los siguientes aspectos fundamentales:

- ✓ **Historia clínica:** Se lleva a cabo una entrevista o interrogatorio con preguntas específicas para evaluar la gravedad o intensidad del cuadro clínico en los pacientes (ver Tabla 4).

CUESTIONARIO PARA PACIENTES CON XEROSTOMÍA	
1.	¿Cuándo comenzaron los síntomas de sequedad bucal?
2.	¿Con qué frecuencia experimenta sequedad bucal?
3.	¿Ha notado alguna relación entre la sequedad bucal y ciertos momentos del día o actividades específicas?
4.	¿Ha recibido algún tratamiento previo para la sequedad bucal?
5.	¿Ha notado cambios en la percepción del gusto (disgeusia) o dificultades para masticar los alimentos?
6.	¿Experimenta molestias o dolor en la mucosa oral, especialmente en la lengua?
7.	¿Tiene alguna condición médica subyacente conocida, como enfermedades autoinmunes, diabetes u otras condiciones crónicas?
8.	¿Está tomando actualmente algún medicamento?
9.	¿Fuma o consume alcohol regularmente?
10.	¿Tiene antecedentes de enfermedades de las glándulas salivales, como sialolitiasis o radioterapia en cabeza y cuello?
11.	¿Qué espera lograr con el tratamiento para la sequedad bucal?
12.	¿Tiene alguna preocupación o pregunta sobre su condición?

Tabla 4. Cuestionario para pacientes con xerostomía. Fuente: [Elaboración propia].

Se investiga el uso de fármacos, comorbilidades, patología autoinmune, hábitos (tabaco, alcohol, drogas), y antecedentes de cáncer de cabeza y cuello tratado con radioterapia, quimioterapia y cirugía de glándula salival.

- ✓ **Examen físico:** Durante la inspección clínica de la cavidad bucal, se pueden observar signos como la falta de saliva en el suelo de la boca, mucosas bucales y lingual secas y enrojecidas, y ocasionalmente la presencia de fisuras. Es común encontrar caries dental y episodios de gingivitis. Los síntomas más frecuentes reportados por los pacientes incluyen ardor y dolor en la mucosa oral, especialmente en la lengua; dificultad para masticar los alimentos, mal aliento e intolerancia a ciertos alimentos. Se deben evaluar los signos y síntomas del paciente ya mencionados.

- ✓ **Exámenes de laboratorio:** Complementan el diagnóstico de la relación entre la xerostomía y una enfermedad sistémica. Ejemplos: hemograma, perfil bioquímico completo, vitamina B12 y ácido fólico, inmunoglobulinas, y serología si se sospecha de infección viral.

- ✓ **Imagenológicos:** Ecografía, TAC y sialografía son exámenes de segunda línea para determinar la morfología glandular. La sialografía implica la inspección de los conductos salivales mediante la administración de un contraste (generalmente yodo- o iodolipol), con el fin de visualizar la permeabilidad de dichos conductos. La imagenología también se realiza en casos de sialolitiasis, donde se comprueba la presencia de sialolitos (cálculos) en el interior de las glándulas salivales mayores, que obstruyen el flujo salival normal y causan dolor asociado a la xerostomía.

- ✓ **Histológicos:** La biopsia de glándulas salivales menores puede identificar patologías de las glándulas salivales, indicando si esta disfunción está causada por enfermedades como la amiloidosis, sarcoidosis, síndrome de Sjögren u otras afecciones.

- ✓ **Microbiológicos:** Se utiliza para confirmar la presencia de candidiasis y la necesidad de terapia antifúngica; la presencia de infecciones bacterianas y la necesidad de tratamiento antibiótico.

Exámenes Complementarios

- A. **Determinación parcial del volumen salivar glandular:** Se coloca una cánula en los conductos salivares de Stenon para medir el volumen total de saliva parotídea. Actualmente, se emplea comúnmente la cápsula de Lashley en la base de la boca para facilitar el drenaje

salivar mediante un sistema de vacío. Se considera patológico un flujo inferior a 0.3 ml/15 minutos.

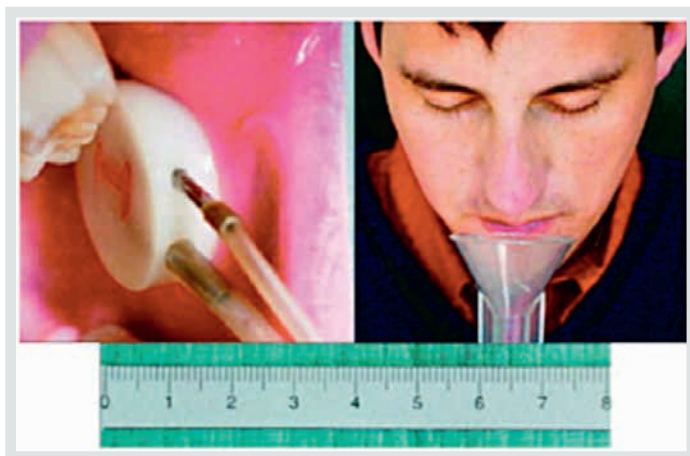


Imagen 4. Medición de flujo salival. Fuente: [Saura Pérez M., Castejon Esteban Y. Universidad de Murcia].

- B. 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 le pide al paciente que escupa en el interior de un recipiente graduado para su cuantificación.
- C. Test de succión:** Este procedimiento se consigue reunir la producción total salivar existente en el suelo bucal mediante un sistema de vacío.
- D. Test de peso de algodón:** Consiste en aplicar 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.
- E. Test de Schimmer oral:** Para la realización de esta prueba 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.

- F. Medición de la saliva estimulada:** Se evalúa la capacidad secretora de las glándulas salivares mediante la estimulación con ácido cítrico o masticación de parafina. Un flujo parotídeo menor a 0.5 ml/minuto indica disfunción glandular.
- G. Sialoquímica:** Se enfoca en el estudio de los glicoconjugados, especialmente glicoproteínas y glicolípidos que están presentes en la saliva. "Sialo-" hace referencia al ácido siálico, un tipo de azúcar que se encuentra en las cadenas de carbohidratos de muchas glicoproteínas y glicolípidos. Su presencia en la saliva tiene varias funciones, como la protección y lubricación de las mucosas orales, y también juega un papel en la interacción celular y en la respuesta inmune. Con la sialoquímica se estudian los componentes y concentraciones de la saliva, como Na⁺, Cl⁻, amilasa, bicarbonato y el pH oral. También se evalúan niveles de inmunoglobulinas como IgA e IgM, especialmente en pacientes tratados con radioterapia.
- H. 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 sa-

livares. 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 de este.

- I. **La biopsia incisional de las glándulas salivales accesorias o menores:** Es una prueba muy fiable. Se trata de un método relativamente sencillo, tras la anestesia infiltrativa local del labio inferior se realiza una incisión pequeña y horizontal sobre la mucosa labial y se diseccionan las glándulas salivales menores. Es una técnica reconocida para el diagnóstico del Síndrome de Sjögren

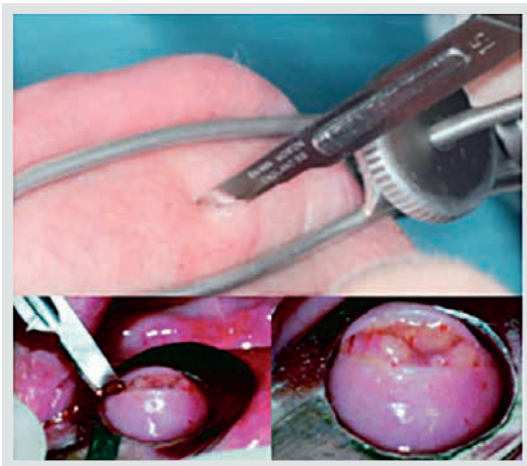


Imagen 4. Biopsia de glándulas salivales menores (labiales).
Fuente: [Saura Pérez M., Castejon Esteban Y. Universidad de Murcia].

“El diagnóstico preciso de la xerostomía es crucial para el manejo efectivo y personalizado del paciente.”
— (Journals of Clinical Medicine, 2021)

Manejo Interdisciplinario

“En los adultos mayores, la xerostomía suele deberse a múltiples factores subyacen-

tes. El tratamiento requiere un enfoque integral.” - (Morris, C., et al., 2021). El tratamiento interdisciplinario de la xerostomía implica la colaboración estrecha de varios profesionales de la salud para abordar los múltiples aspectos de esta condición. Los médicos de familia y especialistas desempeñan un rol esencial en la gestión médica, evaluando la historia clínica del paciente y ajustando la medicación que pueda contribuir a la sequedad bucal. Los odontólogos juegan un papel crucial al desarrollar planes de cuidado oral específicos, que incluyen la prescripción de sustitutos salivales, recomendaciones sobre productos dentales adaptados a las necesidades del paciente y la realización de tratamientos preventivos y restaurativos para proteger la salud bucal (8).

Los farmacéuticos colaboran estrechamente para optimizar la terapia farmacológica, asegurando que los medicamentos prescritos no agraven los síntomas de la xerostomía y ofreciendo alternativas cuando sea necesario. Los nutricionistas proporcionan asesoramiento dietético individualizado, enfocado en mantener una adecuada hidratación y una dieta que no propicie la caries dental, considerando la limitación en la producción de saliva del paciente. Además, psicólogos, psiquiatras y terapeutas del habla y del lenguaje complementan el equipo interdisciplinario al ofrecer soporte emocional y manejo del estrés relacionado con la enfermedad, así como técnicas para mejorar la comunicación y la deglución en casos de sequedad bucal severa. Esta colaboración integral entre profesionales de diversas áreas asegura un manejo completo y personalizado de la xerostomía, mejorando significativamente la calidad de vida del paciente al mitigar las complicaciones asociadas y promover un bienestar oral y general óptimo.

Prevención y Tratamiento

Este tratamiento es más paliativo que definitivo y se basa en aliviar los síntomas molestos y aplicar medidas preventivas. Hay que tener en cuenta su etiología para elegir la mejor pauta terapéutica. El tratamiento lo podemos dividir en tres áreas de intervención: Medidas generales de control, apoyo y prevención de la salud oral.

1. Aumento de la producción de saliva mediante estimulación mecánica, gustativa o farmacológico (estimulantes salivales).
2. Medidas de tratamiento alternativas en casos necesarios.
3. A medida que aumenta la esperanza de vida, es cada vez más frecuente buscar tratamiento para la xerostomía con el fin de mejorar y mantener la calidad de vida del paciente.

Medidas generales de control, apoyo y prevención de la salud oral

Es fundamental establecer una comunicación fluida entre el médico de familia, el farmacéutico y el dentista. Cuando se prescribe medicación que puede causar sequedad bucal, el odontólogo debe informar al médico y al paciente sobre sus efectos en la boca. Se debe considerar la posibilidad de cambiar la medicación si es viable; de lo contrario, el dentista debe implementar medidas de apoyo. Es crucial aconsejar al paciente que aumente su consumo de agua (al menos 2L diarios) y proporcionar asesoramiento nutricional para promover una dieta que no fomente la caries, especialmente dado el bajo nivel de defensas salivales del paciente.

“En los adultos mayores, la xerostomía suele deberse a múltiples factores subyacentes. El tratamiento requiere un enfoque integral.”
— (Morris, C., et al., 2021).

Se recomienda que el paciente beba agua durante las comidas y durante el día para mantener la boca húmeda, evitando alimentos que puedan causar sequedad oral como los secos, salados, picantes y ácidos, así como abstenerse de café y alcohol. Para los fumadores, se recomienda encarecidamente dejar de fumar de inmediato.

El odontólogo debe enfatizar la importancia de la higiene bucal y sugerir el uso de agentes tópicos anticariogénicos y bactericidas con flúor, como el xilitol, aceite de oliva, betaína y fosfato de calcio amorfopeptido caseína en forma de pastas, geles, barnices y colutorios para uso diario. Es esencial educar al paciente sobre: a) el uso de un cepillo dental adecuado y cepillarse los dientes al menos dos veces al día; b) evitar cepillarse inmediatamente después de despertarse, dado que el esmalte dental está ligeramente reblandecido por la actividad ácida y la baja ingesta de líquidos durante la noche; c) usar diariamente hilo dental, cepillo interdental y enjuague bucal para limpiar los espacios entre los dientes; d) buscar tratamiento dental cuando sea necesario para eliminar infecciones; e) tratar las caries con restauraciones dentales y aplicaciones regulares de flúor en la consulta para prevenir y tratar rápidamente infecciones secundarias.

Para aliviar el dolor, se puede recetar medicamentos como benzodicepinas, tetracaína y anestésicos tópicos, y evaluar deficiencias vitamínicas como hierro, vitamina B12 y ácido fólico, considerando también terapia hormonal, corticosteroides, psicoterapia y/o antidepresivos según sea necesario. En el caso de pacientes con dentadura postiza, es crucial que se les realice su ajuste adecuado y se recomienden el uso de adhesivos si es necesario (4).

Tratamiento con Sustitutos Salivales

El tratamiento con sustitutos salivales juega un papel fundamental en el manejo de la xerostomía, especialmente en pacientes con síndrome de Sjögren u otras condiciones médicas que afectan la producción de la saliva. Son productos diseñados para proporcionar el alivio temporal de la sequedad bucal, los cuales actúan sobre la sialogía para aumentar la secreción de las glándulas exocrinas mediante la estimulación del sistema nervioso autónomo. Están disponibles en diferentes formas, como geles, enjuagues, aerosoles y tabletas. Suelen contener carbometilcelulosa, un mucopolisacárido, o bases poliméricas glicerizadas y mucinas, que temporariamente humedecen la boca. Además, incorporan enzimas como lactoferrinas, lisozimas y lactoperoxidasas, estos últimos con sustratos como tiocianato y peróxido de hidrógeno, para conferir propiedades antimicrobianas. Sin embargo, la eficacia de estos productos puede verse reducida al tragar, lo que lleva a un rápido agotamiento del producto aplicado y requiere su frecuente aplicación, lo cual puede agotar la saliva disponible (14).

Algunos ejemplos de sustitutos salivales que encontramos según su presentación son:

- ✓ Geles: Biotène® y Oasis
- ✓ Líquidos: SalivaSure
- ✓ Sprays: Salivart y XyliMelts

Tratamientos con estimulantes salivales

Son agentes diseñados para aumentar la producción de saliva estimulando las glándulas salivales y promoviendo la liberación de saliva natural. Estos agentes pueden actuar directamente sobre las glándulas salivales o

estimular los receptores salivales en la cavidad bucal para mejorar la secreción salival. El estímulo mecánico de la saliva se puede lograr con caramelos sin azúcar, ácido cítrico, parafina masticable o chicles que contengan xilitol. Estos chicles pueden complementar los tratamientos médicos prescritos para la xerostomía, aunque deben evitarse en pacientes con dentaduras postizas removibles. Recientemente, se ha demostrado que un aerosol de ácido málico al 1% (presente en manzanas y peras) es efectivo en pacientes con xerostomía que toman antidepresivos e hipertensivos. Sin embargo, estudios indican que este producto puede provocar cierta erosión del esmalte dental (1).

Para estimular la producción de saliva, se utilizan sialogogos como la pilocarpina y la amifostina (un agente citoprotector). **La pilocarpina** ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la xerostomía en pacientes irradiados y en otras causas de hiposalivación irreversible, como el síndrome de Sjögren. Este medicamento actúa sobre los receptores muscarínicos y fue el primer fármaco aprobado por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU.). La dosis recomendada de pilocarpina (Salagen®) es de 5 mg, de 3 a 4 veces al día, con un máximo de 30 mg al día durante 90 días. Sin embargo, puede causar efectos secundarios como náuseas, vómitos, afectar la función cardíaca y pulmonar, rinitis, problemas visuales, entre otros. Existen también otros tipos de sialogogos orales como las pastillas Salivix Pastille® (saliva artificial), diseñadas para estimular la producción de saliva, aunque su acidez puede causar erosión del esmalte dental. Un estudio en pacientes con diabetes tipo II y sequedad bucal evaluó un aerosol bucal a base de jengibre, que demostró eficacia en la reducción de la xerostomía, presentándose como una alternativa

económica y accesible en estos casos. La fitoterapia también ha mostrado resultados analgésicos y antidepresivos en pacientes con síndrome de boca ardiente, una condición asociada frecuentemente con la xerostomía (10).

Medidas de tratamiento alternativas en casos necesarios

Existen tratamientos alternativos eficaces para la xerostomía. La terapia láser de baja intensidad (LLLT), específicamente en el rango del espectro electromagnético entre 632 y 680 nanómetros, ha demostrado reducir el dolor, la inflamación y promover la reparación de tejidos. La acupuntura también se ha estudiado como una técnica beneficiosa para prevenir y tratar la xerostomía. Introducida por primera vez en la literatura occidental en 1981, ha mostrado ser especialmente eficaz en pacientes sometidos a radioterapia en cabeza y cuello, con resultados satisfactorios. Sin embargo, aún se requiere investigación adicional sobre la duración de los efectos, la estandarización de los protocolos, posibles efectos adversos y los mecanismos involucrados (10).

Otro enfoque es el uso de dispositivos electroestimuladores intraorales, que incrementan el flujo salival. Por ejemplo, el dispositivo Saliwell y Saliwell Crown han demostrado eficacia en reducir la sensación de boca seca al aumentar la producción de saliva. Se debe considerar la comodidad de uso y la falta de estudios clínicos exhaustivos, especialmente en pacientes con prótesis removibles. Se investigan también otros tratamientos como inmunosupresores para reducir el daño en las glándulas en el síndrome de Sjögren, aunque su uso clínico es limitado (7).

Además, fármacos como clonazepam y gabapentina han mostrado beneficios rela-

cionados con la disfunción del sistema dopaminérgico en el sistema nervioso central, útiles para el manejo del dolor crónico asociado con la xerostomía.

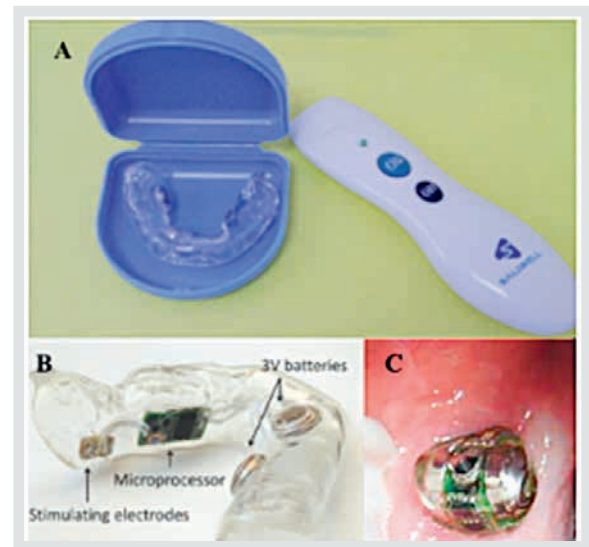


Imagen 5. (A-B) Saliwell Device **(C)** Saliwell Crown. Fuente: [Mercadante, Valeria, et al. (2024). Salivary Electrostimulation in the Treatment of radiation Therapy. Induced Xerostomia. International Journal of Radiation Oncology].

Xerostomía y uso de PR

En pacientes con prótesis dentales removibles totales o parciales, la saliva desempeña un papel crucial en la retención de las prótesis mediante su capacidad de humectación mecánica. Es fundamental que los odontólogos presten especial atención a los pacientes con xerostomía que usan prótesis dentales, ya que la falta de lubricación y protección oral aumenta el riesgo de lesiones intraorales. Además, la falta de retención puede causar ansiedad, falta de confianza, y problemas de vergüenza social. Al planificar la construcción de prótesis dentales, es crucial considerar varios aspectos como el funcionamiento de las articulaciones temporo-

mandibulares, el tono muscular, la higiene oral y de la prótesis, la forma y tamaño de la cresta alveolar, la distribución de las fuerzas de masticación, el espacio intermaxilar, las condiciones oclusales, las enfermedades sistémicas del paciente, los defectos cervicales de los dientes y la experiencia previa del paciente con prótesis removibles (13).

La retención adecuada de la prótesis dental se logra mediante factores físicos como la cohesión, tensión superficial, sellado periférico y viscosidad de la saliva, además de factores mecánicos y quirúrgicos. En el caso de pacientes parcialmente desdentados que usan prótesis dentales, es esencial promover el mantenimiento de los dientes remanentes, ya que son fundamentales para la retención. Los pacientes con prótesis parciales removibles y xerostomía tienen un mayor riesgo de caries dental y enfermedad periodontal en comparación con aquellos sin xerostomía. Por lo tanto, las prótesis dentales pueden representar un factor de riesgo para la salud bucodental del paciente. Un estudio realizado en la Facultad de Odontología de Passo Fundo concluyó que la mayoría de los portadores de prótesis removibles (totales y parciales) presentaban algún tipo de lesión asociada a las prótesis; no obstante, es importante tener en cuenta que muchas de estas lesiones pueden estar relacionadas con la sequedad bucal (**ver Tabla N°5**).

Tratamiento de la Xerostomía en usuarios con PR

El tratamiento de la xerostomía en pacientes que usan prótesis removibles es esencial para mitigar los efectos adversos sobre la salud oral. La xerostomía, comúnmente asociada con el uso de prótesis dentales, puede aumentar significativamente el riesgo de irritación mucosa, inflamación y

desarrollo de infecciones fúngicas debido a la reducción en la lubricación natural de la cavidad oral. Es fundamental proporcionar a los pacientes una educación exhaustiva sobre métodos efectivos para mejorar la hidratación oral (2).

Esto incluye el uso regular de sustitutos salivales y saliva artificial para mantener una adecuada lubricación y confort durante el uso de las prótesis.

Además, se debe enfatizar la importancia de mantener una higiene bucal meticulosa. Esto implica limpiar diariamente las prótesis utilizando métodos apropiados como el cepillado mecánico con cepillos específicos para prótesis y el uso de soluciones limpiadoras recomendadas. La acumulación de placa bacteriana y residuos alimentarios en las prótesis puede ser más problemática en pacientes con xerostomía, por lo que estos procedimientos son clave para prevenir complicaciones adicionales como caries y enfermedad periodontal.

La adaptación y sustitución periódica de las prótesis también juegan un papel crucial en el manejo de la xerostomía. Asegurar un ajuste adecuado y cómodo de las prótesis ayuda a minimizar la fricción y la presión sobre los tejidos mucosos, lo cual es especialmente importante para evitar úlceras o lesiones en la mucosa oral sensible (13).

Las lesiones/enfermedades de los tejidos blandos más comunes descritas por Veiga et al.	
Úlceras traumáticas	Es una de las lesiones más frecuentes en la cavidad oral, con diversas etiologías, y puede estar causada por la presión de las prótesis dentales o extensiones demasiado largas. Clínicamente son ovaladas, amarillentas y grises en el centro y con bordes eritematosos.
Hiperplasia papilar	Más frecuente en el paladar duro. Puede estar causada por prótesis dentales mal ajustadas, falta de lubricación oral y mala higiene. Clínicamente es una lesión patógena con manifestación en forma de "frambuesa", pequeños nódulos eritematosos, que ocasionan una sensación de quemazón en el paladar.
Enfermedad Periodontal	Existe una mayor incidencia de enfermedad periodontal, ya que el uso de prótesis dentales aumenta la formación de placa bacteriana y la retención de alimentos. La periodontitis debe controlarse para que la prótesis tenga éxito. Este control debe incluir radiografías y exámenes clínicos periódicos.
Candidiasis	Es una infección de la mucosa oral causada principalmente por el hongo <i>Candida albicans</i> con una mayor incidencia en usuarios con PR. Puede producirse por diversas causas de origen sistémico, así como por causas locales como la xerostomía, la falta de higiene, el uso de prótesis mal ajustadas, en particular prótesis acrílicas. Se ha demostrado que las prótesis con base metálica presentan un menor crecimiento de especies de <i>Candida</i> en su superficie en comparación con las bases de resina acrílicas termocuradas. Por otro lado, las termopolimerizadas mostraron una menor colonización bacteriana, por su facilidad de limpieza.
Estomatitis protésica	También conocida como candidiasis atrófica, es una inflamación difusa de la mucosa oral en contacto con la prótesis, con diversas etiologías. Clínicamente aparece como un eritema mucoso y puede evolucionar hacia nódulos inflamatorios en los que hay colonización por <i>Candida albicans</i> .

Tabla N°5. *Enfermedades de los tejidos blandos más comunes descritas por Veiga et al.* Fuente: [Elaboración propia].

Tabla 5. Enfermedades de los tejidos blandos más comunes descritas por Veiga et al. Fuente: [Elaboración propia].

Discusión

Nuestros resultados destacan la importancia de un manejo integral de la xerostomía en pacientes con prótesis removibles, una condición que puede provocar la irritación de la mucosa, inflamación y candidiasis oral debido a la disminución de la lubricación natural de la cavidad oral.

Los hallazgos de Smith et al. (2018), indican un aumento en las infecciones fúngicas e irritación de las mucosas en pacientes con xerostomía y prótesis dentales. Asimismo,

los resultados sobre la efectividad de los sustitutos salivales y la higiene bucal rigurosa corroboran las conclusiones de Johnson y Lee (2020), que demostraron que el uso regular de sustitutos salivales y métodos de higiene adecuados son fundamentales para reducir las complicaciones asociadas con la xerostomía. A diferencia de otros estudios, como el de Patel et al. (2019), que se concentran principalmente en el uso de sustitutos salivales sin considerar la adaptación y sustitución de prótesis, enfatizamos que

la adaptación periódica de las prótesis es esencial para reducir la fricción y evitar úlceras mucosas, como también sugirió Alvarez et al. (2021).

Además, aunque estudios como el de González et al. (2021) han demostrado resultados prometedores en la estimulación de la producción salival mediante LLLT y acupuntura, la evidencia sigue siendo insuficiente para garantizar que estos métodos sean aceptados de manera generalizada. Sugerimos que una combinación de tratamientos, incluida la educación del paciente, la higiene meticulosa y la adaptación de prótesis, puede proporcionar un enfoque más completo y efectivo. Contrario a la investigación de García y Martínez (2020), que encontró que los dispositivos electroestimuladores intraorales tienen una eficacia variable. La validez de nuestros hallazgos se refuerza por la metodología rigurosa de esta revisión, que incluyó la aplicación de criterios de inclusión la aplicación de criterios de inclusión estrictos y una búsqueda exhaustiva en bases de datos clave.

Según Martínez et al. (2019), la xerostomía se asoció con problemas de salud adicionales, como pérdida de peso y un mayor riesgo de infecciones oportunistas. Por lo tanto, se hace un énfasis en la importancia de abordar la xerostomía no solo como una condición aislada sino como un problema que afecta la salud general de los pacientes.

Futuras investigaciones deben centrarse en estudios controlados que evalúen la eficacia de enfoques terapéuticos integrales y personalizados, así como la validación de métodos alternativos y dispositivos innovadores para optimizar el manejo de la xerostomía en pacientes con prótesis removibles, dado el aumento de la población geriátrica.

Conclusiones

La salud bucal en adultos mayores enfrenta desafíos significativos debido a la función crítica de la saliva, que es fundamental para la lubricación, digestión y protección contra infecciones. Con el envejecimiento, la xerostomía, se convierte en una condición prevalente que afecta a muchos pacientes geriátricos, especialmente aquellos con prótesis dentales. Esta condición no solo genera incomodidades como sequedad oral, dificultades para hablar y deglutir, sino que también incrementa el riesgo de caries dentales, enfermedad periodontal y otras complicaciones bucales.

El manejo efectivo de la xerostomía en la población geriátrica requiere un enfoque integral que incluya medidas de control y prevención adecuadas, el uso de sustitutos salivales, y la aplicación de agentes estimulantes. Además, se deben considerar métodos alternativos como la acupuntura, la terapia con láser de baja intensidad (LLLT), y dispositivos electroestimuladores, junto con dispositivos incorporados a las prótesis removibles, intervención quirúrgica, y medicación inmunosupresora y antidepresiva. Este artículo resalta la necesidad de una estrategia multifacética para abordar tanto las causas subyacentes como los tratamientos efectivos para la xerostomía. Al implementar un enfoque integral, es posible mejorar la calidad de vida de los pacientes geriátricos, optimizar su salud bucal y prevenir complicaciones adicionales asociadas con esta condición prevalente.

REFERENCIAS

- Assery, M. A. (2019). *Efficacy of artificial salivary substitutes in treatment of xerostomia: A systematic review. Journal Of Pharmacy And Bioallied Sciences*, 11(5), 1. https://doi.org/10.4103/jpbs.jpbs_220_18
- Betancourt, Dr. E. E. C., & Blanco, Dr. J. y. H. (s. f.). *XEROSTOMÍA e HIPOSALIVACIÓN, RETOS EN EL TRATAMIENTO PROTÉSICO. Sociedad Cubana de Ciencias Estomatológicas*. <https://orcid.org/0000-0001-4247-6630>
- B, J. P. U., & C, F. F. (2016). *Manejo actual de la xerostomía. Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 76(2), 243-248. <https://doi.org/10.4067/s0718-48162016000200017>
- Del Mar Molero Jurado, M., Martín, A. B. B., Del Mar Simón Márquez, M., & Martínez, Á. M. (2020). *Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud: afrontamiento y cambio de hábitos*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=782753>
- Eddy, T. B., Judit, M. A., Ernesto, P. S., & Yasmani, R. H. (s. f.). *Consideraciones actuales sobre la xerostomía o síndrome de boca seca*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000500006&script=sci_abstract
- Jiménez, Z. Q., Bárbara, I. G., Maresma, R. F., Justo, M. D., Terry, M. (2021). *Impacto de la rehabilitación protésica en la calidad de vida relacionada con salud bucal en adultos mayores. Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez de Plaza, La Habana, La Habana, Cuba*.
- Kapourani, A., Kontogiannopoulos, K. N., Manioudaki, A., Pouloupoulos, A. K., Tsalikis, L., Assimopoulou, A. N., & Barmplexis, P. (2022). *A Review on Xerostomy and Its Various Management Strategies: The Role of Advanced Polymeric Materials in the Treatment Approaches. Polymers*, 14(5), 850. <https://doi.org/10.3390/polym14050850>
- López, S. M., Ochoa, L. F., Valle, N. M., & M, G. C. A. (s. f.). *Flujo salival en adultos mayores y su relación con enfermedades crónicas y el consumo de medicamentos. Ustasalud*, 6(1), 9. <https://doi.org/10.15332/us.v6i1.1802>
- Pacholke, H. D., Amdur, R. J., Morris, C. G., Li, J. G., Dempsey, J. F., Hinerman, R. W., & Mendenhall, W. M. (2005). *Late xerostomia after Intensity-Modulated Radiation therapy versus Conventional radiotherapy. American Journal Of Clinical Oncology*, 28(4), 351-358. <https://doi.org/10.1097/01.coc.0000158826.88179.75>
- Peirano, C. C., & Cerda, L. D. (s. f.). *Eficacia de un estimulante versus un sustituto salival en el tratamiento de la xerostomía y su impacto en la calidad de vida*. http://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/ria/4291/1/a119047_Conejeros_C_Eficacia_de_un_estimulante_versus_2016_Tesis.pdf
- Pupo, O. L. Z., Pérez, D. A., Infante, M. L., Santiesteban, Y. C., & De Peralta Hijuelos, M. G. (2018). *Manejo estomatológico de pacientes con síndrome de Sjögren. DOAJ (DOAJ: Directory Of Open Access Journals)*. <https://doaj.org/article/33d17fb819d143dfbb1dc379ae0e32d6>
- Salas, E. J., Devesa, A. E., Montero, R. A., & López, J. L. (2015). *Tratamiento de la boca seca: nuevas tendencias. Avances En Odontoestomatología*, 30(3), 135-138. <https://doi.org/10.4321/s0213-12852014000300006>
- Santos, O. L. A. R. D. (2017). *Influência da Xerostomia em Pacientes Portadores de Pótese Removível e Tratamento*. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/2859>
- Villa, A., Connell, C., & Abati, S. (2014). *Diagnosis and management of xerostomy and hyposalivation. Therapeutics And Clinical Risk Management*, 45. <https://doi.org/10.2147/tcrm.s76282>