

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

Modalidad: Tema libre

ESTIMACIÓN DEL FLUJO SALIVAL EN PACIENTES MAYORES DE 15 AÑOS

MSc. Dra. Lilian Toledo Reyes ¹, MSc. Dra. Leticia Espinosa González ², MSc. Dra. Sara Fé de la Mella Quintero³ y MSc. Dra. Isabel Ramos Hurtado⁴.

1. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Asistente. UCM-VC. e-mail: liliantr@iscm.vcl.sld.cu
2. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Máster en Atención de Urgencias Estomatológicas. Profesora Auxiliar. UCM-VC. e-mail: leticiaeg@iscm.vcl.sld.cu
3. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Instructora. UCM-VC. e-mail: sarahm@iscm.vcl.sld.cu
4. Especialista de II Grado en Estomatología General Integral. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesora Titular y Consultante. e-mail: isabelrh@iscm.vcl.sld.cu

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo transversal para identificar signos y síntomas frecuentes en personas con escaso flujo salival. El universo de trabajo estuvo constituido por 34 pacientes mayores de 15 años, atendidos en la Facultad de Estomatología del Instituto Superior de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz” de Villa Clara, examinados de septiembre a marzo de 2007. La recogida de la información se realizó mediante encuestas, exámenes clínicos, observación y mediciones. La estimación del flujo salival se obtuvo por recolección de saliva estimulada. Para el análisis e interpretación de los resultados se utilizó: análisis porcentual, media aritmética, desviación estándar y prueba de inferencia. Se determinó que el mayor número de pacientes con escaso flujo salival son adultos mayores. Se obtuvo como resultado notorio la presencia de caries dental como la enfermedad más frecuente entre las personas con flujo salival escaso, y la sequedad de la mucosa bucal como signo clínico de mayor predominio.

Descriptores DeCS: SALIVA

XEROSTOMIA

ENFERMEDAD BUCAL

Introducción

La xerostomía es la manifestación clínica más común de las disfunciones salivales y consiste en una disminución de la secreción salival, denominada también boca seca, asialorrea o hiposalivación; la definen como una condición clínica subjetiva donde hay menos cantidad de saliva de lo normal, sin tener una definición entre límites normales y anormales; provoca efectos indeseables en varios aspectos de la función oral, como la disminución del sentido del gusto y, por consiguiente, del placer de comer, dificultad en la masticación y alteración de los patrones de alimentación.

La hipofunción de las glándulas salivales es el término usado para describir cualquier disminución demostrable objetivamente en la tasa de flujo general o individual de las glándulas salivales. Este término es preferido a xerostomía o síndrome de boca seca, porque este último ha sido usado para describir síntomas de sequedad bucal con variación de radio de flujo salival confirmatorio o sin ella.^{1,2}

La mayor parte de los esfuerzos para diagnosticar la hipofunción de las glándulas salivales debe incluir medición de flujo salival.

Después de la descripción de la condición referida como boca seca y xerostomía por Bartley (1868) y Hutchinson (1889), varios métodos para la evaluación de la disfunción de las glándulas salivales fueron introducidos en el siglo XIX y primera mitad del XX.

Existen pruebas específicas para examinar el flujo salival, como son la sialografía, sialometría, la sialoquímica y la biopsia de glándulas salivales. El ultrasonido, la resonancia magnética y la tomografía computarizada son

pruebas que también pueden ser utilizadas para el diagnóstico de enfermedades relacionadas con estas glándulas.³

Aunque estos métodos están disponibles para evaluar la disfunción de las glándulas salivales, requieren de personal especialmente entrenado o de equipos que generalmente no están disponibles en el consultorio dental; si consideramos el alto número de alteraciones que se presentan en los tejidos bucales asociados a esta condición, incluido el incremento de la caries y enfermedades periodontales, mucositis y queilitis angular, sensación bucal de molestia y alteraciones del gusto; sería de gran utilidad para el estomatólogo general perfeccionar la percepción diagnóstica relacionada con la identificación de los pacientes con riesgo de desarrollar dicha alteración, con el fin de incrementar procedimientos encaminados a disminuir las posibles consecuencias a través de medidas de higiene bucal, del control de la dieta, entre otras, y de remitir tempranamente al paciente que necesite de otros exámenes más complejos.

Por lo anterior, nos motivamos a realizar este trabajo, orientado a determinar las enfermedades bucales y principales signos y síntomas relacionados con la disminución del flujo salival, con la finalidad de aportar información sobre el tema.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal para determinar aspectos clínicos relacionados con la disminución del flujo salival en personas mayores de 15 años, que asistieron a la consulta estomatológica de la Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz” de Santa Clara, en el período comprendido entre septiembre y marzo de 2007. El universo de nuestro trabajo estuvo compuesto por 34 pacientes.

La recogida de la información se realizó mediante el método de encuesta, a través del examen clínico, la observación, las mediciones y entrevistas individuales.

En todos los casos, las personas fueron examinadas en un sillón estomatológico, y el examinador frente al paciente; se utilizó espejo bucal plano y explorador, también probetas, pipetas, vasos de precipitados (bikers) y un cronómetro para la determinación del flujo salival.

En el examen clínico se valoraron las condiciones de la mucosa del labio, la lengua y los carrillos, la laguna de saliva (saliva acumulada en el suelo de la boca), las glándulas salivales, el estado del periodonto y la presencia de dientes cariados, obturados y perdidos.

La estimación de flujo salival se realizó por estimulación mecánica, para lo cual se entrenaron a los pacientes previamente; luego se les mandaba a tragar, se introducía un pedazo de polietileno en la boca y se les mantenía masticando durante cinco minutos. Después de medido el tiempo con el cronómetro, pasaban a escupir en los vasos (bikers) preparados con 1 ml de agua, lo que facilitó la separación de la saliva del recipiente; luego se vaciaban las probetas y se estimaba la medición de la columna restando el mililitro añadido. En esta

determinación se toma como criterio de secreción: abundante: más de 1,0 ml/min; normal: entre 0,7 ml/min y 1,0 ml/min, y escaso: menos de 0,7 ml/min.

Los datos fueron procesados estadísticamente mediante el software (SPSS), versión 8.0 para Windows; luego de confeccionar la base de datos, se obtuvieron los resultados y se resumieron en tablas estadísticas. Se determinaron frecuencias absolutas (número de casos) y relativas (porcentajes) en las distribuciones de frecuencia conformadas.

Para determinar si existían relaciones significativas entre las variables, se aplicó la prueba de Chi cuadrado; para la significación estadística se tomaron los siguientes criterios:

Si $p < 0,05$ la relación es significativa.

Si $p < 0,01$ la relación es altamente significativa.

Si $p < 0,001$ la relación es muy altamente significativa.

Si $p > 0,05$ no existe relación significativa.

Todos los análisis realizados permitieron finalmente llegar a conclusiones en el trabajo y ofrecer recomendaciones.

Resultados

La tabla 1 muestra la relación entre el flujo salival de los pacientes estudiados y su edad. Se puede observar que en el grupo con edad entre los 15 y 19 años ninguno de los pacientes presentaba flujo salival escaso. En el grupo etario de 60 años y más, el mayor porcentaje de personas (11,8 %) mostraron flujo salival escaso.

La tasa de flujo salival mediante la prueba propuesta reveló una media aritmética de 0,57 ml con una desviación estándar (S) de 0,16 alrededor de la media.

Según se muestra en la tabla 2, se encuentra relación significativa ($p = 0,02764$) entre las enfermedades bucales y el flujo salival, lo que manifiesta la dependencia de estas variables en nuestro estudio ($\chi^2 = 3,43997$; $gl = 3$).

La mayor cantidad de pacientes con escaso flujo salival presentaban enfermedades bucales; la caries dental resultó ser la enfermedad más frecuente (11,8%).

En la tabla 3 se presenta que el mayor número de pacientes con escaso flujo salival exhiben síntomas y signos de la cavidad bucal; la sequedad de la mucosa oral fue la de más predominio (11,8%); mientras que los pacientes con flujo salival normal y abundante existe un predominio de los que no presentan signos o síntomas (17,6% y 29,4% respectivamente).

Discusión

Al relacionar el flujo salival con la edad de los pacientes examinados se muestra cómo el flujo salival escaso fue un hallazgo común para el grupo de gerentes; esto coincide con lo informado por Avcu N y colaboradores⁴, quienes observaron en un grupo de ancianos hospitalizados un alto porcentaje de xerostomía (58,6 %). En las personas entre 15 y 19 años, no se encontró esta manifestación en el estudio. El envejecimiento individual es considerado como un proceso normal, y aunque resta capacidades no es sinónimo de enfermedad; sin embargo, estas alteraciones pueden menoscabar la salud del individuo si no se le brinda la atención adecuada y se fomentan modos de vida más saludables que contribuyan a elevar la salud bucal. La secreción escasa de saliva en los ancianos se asocia con cambios de las glándulas salivales, así como con las condiciones de nutrición existentes y con el empleo de medicamentos que contribuyen a esta alteración, frecuentemente usados por la población más adulta. Para la atención a estos pacientes, el odontólogo debe tener un profundo conocimiento de los aspectos biológicos, por la sensible disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración hística. Los individuos de edad avanzada requieren un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimientos de cómo los cambios hísticos, dependientes de la vejez, afectan los servicios de sanidad bucal.^{5,6}

Cuando existe disminución del flujo salival, la función de despeje o aclaración, que en condiciones normales es realizada por la saliva, también disminuye, se favorece la acumulación de placa dental y depósitos alimenticios y se produce, como consecuencia, un aumento en el índice de caries.⁷ Estas caries se manifiestan en sitios no usuales, como las superficies radiculares y las caras

vestibulares, linguales y superficies incisales de los dientes. Sin la protección salival, los dientes se vuelven extremadamente sensibles al frío y al calor, particularmente si hay áreas de dentina expuesta. En el presente trabajo se corrobora la presencia de la caries como la enfermedad bucal de mayor prevalencia entre las personas que presentaban flujo salival escaso. La identificación temprana del paciente con xerostomía, seguida por la intervención rápida, es lo más aconsejable para prevenir las consecuencias de esta alteración, con énfasis en visitas frecuentes al odontólogo cada tres o cuatro meses. Las medidas preventivas deberán incluir: vigilancia de la higiene bucal, prevención de infecciones, humectación de la cavidad bucal, mantenimiento de la integridad de la mucosa bucal y un óptimo estado nutricional del paciente.⁸

Uno de los primeros cambios que ocurren en la boca con xerostomía es que la saliva se observa espumosa, aumenta su viscosidad y sus efectos sobre los tejidos blandos y duros pueden ser observados. La alteración de la película salival hace a los tejidos blandos más susceptibles a la desecación, desepitelización y daños provocados por el medio ambiente, facilita la colonización por parte de la microbiota oportunista, y esto a su vez favorece la inflamación de las mucosas (mucositis), la presencia de ulceraciones dolorosas, las infecciones locales (candidiasis), sensibilidad, queilitis angular, ardor en la mucosa bucal y dificultad en la lengua para comer, hablar, utilizar la prótesis y dormir, lo que afecta la calidad de vida. En los pacientes con xerostomía, la masticación, la deglución y el habla se dificultan debido a la disminución de lubricantes salivales; los alimentos no se degustan si no se encuentran disueltos, ya que la saliva actúa como medio para la activación de

receptores de las papilas gustativas; conjuntamente, hay aumento en la sensibilidad ante los sabores fuertes, como la sal, los ácidos, las pastas dentales, entre otros. Clínicamente la lengua se observa eritematosa, fisurada y con atrofia de sus papilas.¹ En este estudio, el principal signo estuvo relacionado con la sequedad de la mucosa bucal, detectable al utilizar un depresor lingual que se adhería a la mucosa con la referida sequedad de la mucosa del carrillo; le seguía como síntoma, la hipogusia manifiesta a través del interrogatorio realizado. Otras investigaciones aportan resultados similares a los nuestros, y proponen un examen riguroso del profesional para detectar tempranamente estas alteraciones⁹. Este examen, además de evaluar todos los aspectos de la historia clínica, considera otros factores de riesgo, como condiciones sistémicas, uso de medicamentos, que ayuda en la obtención de aspectos críticos para realizar el diagnóstico y tratamiento adecuados.

Tabla 1 Pacientes según edad y flujo salival. Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”, Santa Clara. 2007.

Flujo salival	Grupos de edades							
	15-19		20-59		60 y más		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Escaso	0	0	7	20.6	4	11.8	11	32.4
Normal	1	2.9	7	20.6	0	0	8	23.5
Abundante	1	2.9	13	38.2	1	2.9	15	44.1
Total	2	5.9	27	79.4	5	14.7	34	100

Fuente: Encuesta

Tabla 2 Pacientes según enfermedades bucales y flujo salival. Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”, Santa Clara. 2007.

Enfermedades bucales	Flujo salival					
	Escaso		Normal		Abundante	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Caries	4	11.8	1	2.9	5	14.7
Enfermedad periodontal	2	5.9	1	2.9	1	2.9
Leucoplaquia	2	5.9	0	0	0	0
Candidiasis	1	2.9	0	0	1	2.9
Ninguna	3	8.8	6	17.6	8	23.5

Fuente: Encuesta

Tabla 3 Pacientes según síntomas y signos bucales y flujo salival. Universidad de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”, Santa Clara. 2007.

Signos y síntomas	Flujo salival					
	Escaso		Normal		Abundante	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sequedad de la mucosa	4	11.8	2	5.9	2	5.9
Queilitis angular	1	2.9	0	0	1	2.9
Hipogusia	3	8.8	0	0	0	0
Disfagia	1	2.9	0	0	1	2.9
Mucositis	2	5.9	0	0	0	0
Conducto de la parótida inflamado	1	2.9	0	0	0	0
Ninguno	0	0	6	17.6	0	0

Fuente: Encuesta

Referencias bibliográficas

1. Jiménez Duarte J. Aspectos clínicos y tratamiento de la xerostomía. Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello marzo 2005; 33 (1): 14-20.
2. Von Bültzingslöwen I; Sollecito TP; Fox PC; et al. Salivary dysfunction associated with systemic diseases: systematic review and clinical management recommendations. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2007;103(1):S57.e1-S57.e15.
3. Navazesh M. How can oral health care providers determine if patients have dry mouth? J Am Dent Assco 2003; 134(5): 613-18.
4. Avcu N; Ozbek M; Kurtoglu D; et al. Oral findings and health status among hospitalized patients with physical disabilities, aged 60 or above Archives of Gerontology and Geriatrics 2005; 41: 69-79.
5. Fernández Guerra N. Ética de la atención geriátrica y envejecimiento poblacional cubano. Acta Médica 2002;10(1-2).
6. Munevar Torres A; Rojas García J; Marin Zuluaga D. Perfil epidemiológico bucal de los pacientes de 55 años y más que asisten a las clínicas del geronte a la facultad de odontología de la U.N durante el primer semestre del año 2000 y cual es la percepción que tienen estos pacientes sobre su propio estado de salud bucal. Rev. Fed. odontol. Colombia 2002;(201):4-22.
7. Leung KC; McMillan AS; Leung WK; et al. Oral health condition and saliva flow in southern Chinese with Sjogren's syndrome. Int Dent J 2004;54:159-65.

8. Flinka A; Tegelberga F. Lagerlo. Influence of the time of measurement of unstimulated human whole saliva on the diagnosis of hyposalivation. *Archives of Oral Biology* 2005; 50:553-559.
9. M. Navazesh M; Christensen C; Brightman V. Clinical Criteria for the Diagnosis of Salivary Gland Hypofunction. *J Dent Res* 1992;71(7):1363-1369.