

SEQUEDAD DE BOCA O XEROSTOMIA: PAPEL DEL FARMACÉUTICO

La sensación de boca seca es una consulta común en las Oficinas de Farmacia a la que no se le presta la importancia que merece. Afecta mayoritariamente a personas mayores de 65 años y está estrechamente relacionada con el empleo de fármacos de uso habitual en la población.

LA SALIVA

Composición y características

La saliva es un líquido incoloro, transparente, insípido, y poco viscoso¹, segregado diariamente por determinadas glándulas situadas en la boca². Las principales son las parótidas, responsables del 90% de la secreción salival total, las submandibulares y las sublinguales; además, existen glándulas bucales pequeñas³ (Ver Fig. 1). Las parótidas se sitúan en la región media y posterior de las mejillas, justo por delante de los oídos, y vierten la saliva a través del conducto de Stensen. Las submandibulares se sitúan en la porción posterior del suelo de la boca, y vierten su contenido por el conducto de Wharton. Las glándulas sublinguales se sitúan en la base de la lengua, en un plano superior a las submandibulares, y vierten su contenido por el conducto de Rivinus².

El volumen diario de saliva varía entre 1.000 y 1.500 ml. Es una solución compuesta en un 99,5 % de agua, con un pH neutro o ligeramente ácido que varía entre 6 y 7,4². El resto, un 0,05%, está formado por una cantidad particularmente elevada de potasio y, en ciertas condiciones, también de bicarbonato y fosfatos, y una concentración baja de iones sodio y cloruro^{2,3}.

A esto hay que añadir que contiene principalmente dos tipos de secreción proteínica:

- 1) Secreción serosa: compuesta de ptialina, una enzima α -amilasa encargada de digerir almidones y carbohidratos.
- 2) Secreción mucosa: contiene mucina, cuya función es lubricar.

Las glándulas parótidas secretan sólo contenido seroso, y las glándulas submandibulares y sublinguales secretan los tipos seroso y mucoso. Las glándulas bucales pequeñas secretan sólo moco³.

Regulación de la secreción

La secreción de la saliva es continua, aunque existen estímulos que pueden modificarla, tanto cuantitativa como cualitativamente, sobre todo antes y durante la ingestión de los alimentos².

Las glándulas salivares están controladas por señales nerviosas parasimpáticas, que parten de los núcleos salvadores situados en el límite del bulbo y de la protuberancia. Estos núcleos se ven activados por estímulos gustativos (el sabor ácido provoca de 8 a 20 veces más secreción que el ritmo normal), o por estímulos táctiles como la presencia en la boca de objetos lisos. También pueden aumentar o disminuir la producción de saliva los impulsos que lleguen a los núcleos desde centros superiores, como p.e. la zona del apetito, que responde a señales procedentes del gusto o del olfato (se secreta más saliva cuando olemos o comemos un plato que nos gusta); o reflejos que parten del estómago o intestino alto (p.e. la deglución de sustancias irritantes segregan más saliva). En condiciones basales se secretan, constantemente, 0,5 ml de saliva por minuto, casi en su totalidad de tipo mucoso; ésta es secretada durante el día reduciéndose en gran medida por la noche³. La secreción parece influída, además de por los ritmos circadiano y posprandial, por el tipo de alimentos ingeridos, el ciclo mens-

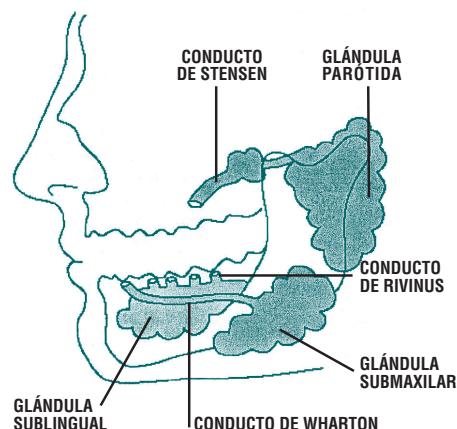


Fig. 1

trual, el embarazo y la menopausia¹. En las personas mayores es habitual que se produzca, inicialmente, una disminución de la saliva en reposo o basal proveniente de las glándulas submaxilares y, posteriormente, una disminución de la producción de la saliva durante la masticación o la estimulación, aunque mantienen una aceptable capacidad de respuesta o reserva salival de las parótidas⁴.

Funciones y propiedades de la saliva (Tabla 1)

La secreción salival desempeña un papel extraordinariamente importante para conservar sanos los tejidos de la boca:

1. Mantiene limpia la cavidad bucal alejando las bacterias patógenas y también las partículas de comida que son su apoyo o metabólico.

SUMARIO

- Sequedad de boca o Xerostomia: Papel del Farmacéutico. pags. 1 - 4

Tabla I. FUNCIONES DE LA SALIVA

- Mantiene limpia la cavidad bucal.
- Elimina agentes patógenos: función antibacteriana, antifúngica y antiviral.
- Lubrifica (facilita la deglución, masticación y el habla).
- Capacidad buffer: remineraliza los dientes.
- Influye en la percepción del sabor.
- Protege de temperaturas extremas de alimentos y bebidas.
- Inicia la digestión.

2. Elimina agentes patógenos: la saliva contiene factores que, en realidad, destruyen microorganismos:

- Ion tiocianato³.
- Glucoproteínas: mucinas, cistatinas... con actividad antiviral.
- Hicatinas: proteínas con potente actividad antifúngica².
- Enzimas proteolíticas como la lisozima, con significativas propiedades antibacterianas.
- Cantidades importantes de anticuerpos proteínicos (inmunoglobulinas).

En consecuencia, cuando no hay salivación los tejidos de la cavidad bucal se ulceran y se infectan, aumentando el riesgo de enfermedades de la cavidad oral o incluso sistémicas³.

3. Lubrifica y humedece facilitando la deglución, la masticación y el habla.

4. Presenta capacidad buffer: remineraliza los dientes mediante los iones calcio.

La xerostomía no constituye una enfermedad en sí misma, pero puede alterar la calidad de vida de las personas y, muy especialmente, de las más ancianas.

5. Influye en la percepción del sabor. Su ausencia disminuye la percepción al dulce, condicionando un aumento de su ingesta y por lo tanto la presentación de caries.

6. Protege de temperaturas extremas de los alimentos y bebidas.

7. Inicia la digestión por la secreción de enzimas¹.

QUÉ ES LA XEROSTOMÍA?

La xerostomía, también denominada boca seca, se define como una sensación *subjetiva* de sequedad de boca, generalmente como consecuencia de una hiposalia (disminución funcional o patológica de la producción de saliva). Se trata de un proceso que puede ser crónico o transitorio. Se ha de hacer especial énfasis en que no es necesario objetivar el déficit de saliva^{1,2}. **Aunque en sí misma no es una enfermedad, puede alterar la calidad de vida de las personas y, muy especialmente, de las más ancianas.**

Prevalencia

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 años⁴.

En un estudio transversal llevado a cabo en nuestro país para determinar la prevalencia de xerostomía en la población general, se demostró que el mayor porcentaje aparecía en el grupo de mayores de 65 años y además era significativamente mayor en aquellos pacientes que estaban medicados. La prevalencia se situó en el 6,2-13,2%, aumentando hasta el 18,2% en el grupo de 65 años y mayores. Las diferencias observadas según los grupos de edad eran estadísticamente significativas, demostrando que existía una relación lineal entre xerostomía y edad. Respecto al sexo, la prevalencia fue mayor en las mujeres que en los hombres⁵.

Con menor frecuencia, se asocia o acompaña a un número importante de enfermedades: síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, diabetes mellitus, amiloidosis, lupus eritematoso¹....

Síntomas

La sequedad de boca puede ser causa de dolor, dificultar funciones normales como comer (sobre todo alimentos secos), hablar, masticar o tragar, y dar lugar a inflamación de las mucosas y de las encías, infecciones bucales frecuentes, candidiasis y aumento importante de caries (por la ausencia de las enzimas antibacterianas), mal aliento, erosiones del esmalte, úlceras por las prótesis dentales... Los pacientes tienen la necesidad de estar continuamente bebiendo líquidos, incluso durante la noche^{6,7}.

Etiología

La disminución del flujo salival puede tener causas muy diversas (**Tabla 2**):

I.Alteración de las glándulas salivares:

- **Por fármacos:** sin duda son los medicamentos (alrededor de 400 según Sreebnay y otros autores)¹ los que provocan la mayoría de los casos de xerostomía de larga evolución² (**Tabla 3**)⁸. Se estima que alrededor de un 80% de los medicamentos más frecuentemente prescritos pueden provocar xerostomía⁴. La deficiencia salival suele persistir durante mucho tiempo después de un tratamiento prolongado, a pesar del abandono del fármaco². Por esta razón los pacientes geriátricos, frecuentemente polimedados, son más susceptibles a padecer xerostomía⁶.

Los fármacos más directamente implicados como causantes de xerostomía han sido los antihipertensivos, antihistamínicos, antidepresivos, antiarrítmicos, anticolinérgicos, diuréticos, ansiolíticos y antipsicóticos⁷. Los antidepresivos tomados en combinación con diuréticos son especialmente problemáticos⁶.

- **Cirugía, radioterapia y quimioterapia** de áreas cercanas a las glándulas: las complicaciones orales son uno de los principales problemas en pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia, presentándose con frecuencia disfunción de las glándulas salivares. Esta disfunción puede deberse al efecto directo del fármaco quimioterápico, o como resultado indirecto de la inmunosupresión.

La presentación de cambios histológicos suele ser más evidente a las tres semanas del tratamiento. La curación parece tener lugar varias semanas después de cesar el tratamiento, aunque depende del protocolo que se haya instaurado según el tipo de cáncer. Este tipo de pacientes son particularmente sensibles a las infecciones oportunistas; la xerostomía, como hemos comentado, puede exacerbar una mucositis o candidiasis existente agravando aún más la situación del paciente^{6,9}. En el caso de radioterapia, la xerostomía es casi siempre definitiva. A partir de una dosis de 40-50 Gray (Gy) pueden producirse lesiones irreversibles, con atrofia de las glándulas y xerostomía².

- **Síndrome de Sjögren** y otras enfermedades autoinmunes: el síndrome de Sjögren es una enfermedad autoinmunitaria crónica, manifestada principalmente por xerostomía y xeroftalmia¹⁰. Está acompañada en mayor o menor grado por una afectación de todo el sistema glandular exocrino, caracterizada por una infiltración linfocitaria de las glándulas exocrinas, provocando sequedad ocular, de las vías respiratorias, digestiva, vaginal y cutánea². La enfermedad puede aparecer sola o estar asociada a procesos reumáticos como artritis reumatoide o

lupus eritematoso. Afecta principalmente a mujeres de mediana edad.

La sintomatología es la típica de xerostomía (dificultad para la deglución, imposibilidad para hablar...), la mucosa bucal se encuentra seca, eritematosa y pegajosa, se aprecia además una atrofia de las papilas de la lengua y no se detecta la eyeción de saliva. El tratamiento persigue el alivio de los síntomas y limitar el daño que producen la xerostomía y la xeroftalmia¹⁰.

- **Aplasia, obstrucción o infección de las glándulas** (parotiditis, sarcoidosis, tuberculosis, linfoma).
- **Situaciones que puedan modificar el fluido:** deshidratación, diabetes mellitus o insípida, déficits proteicos, alteraciones cardíacas, uremia y edema.
- **Modificación del transporte de saliva**

por obstrucciones por cálculos salivales (sialolitiasis), infecciones con dolor y tumefacción (sialoadenitis), o estenosis.

2. Alteraciones en la regulación nerviosa: los centros salivares se afectan por diversos factores como enfermedades psicológicas (ansiedad, depresión, psicosis) y estrés. Otras causas son enfermedades orgánicas como Alzheimer, encefalitis, tumores cerebrales y síndrome postmenopáusico¹.

3. Causas inespecíficas: puede aparecer en pacientes que fuman, roncan, usan inhaladores, en consumidores de alcohol, aquellos que respiran habitualmente por la boca, personas expuestas continuamente al polvo o pintura o ambientes secos de calefacción o aire acondicionado, etc.^{1,7}

Tabla 2. POSIBLES CAUSAS DE XEROSTOMÍA

1. Alteraciones de las glándulas salivares:

- Fármacos.
- Cirugía, quimioterapia y radioterapia.
- Síndrome de Sjögren, enfermedades autoinmunes.
- Aplasia, obstrucciones o infecciones.
- Situaciones que modifican el fluido: diabetes, déficits proteicos, alt. cardíacas...
- Alteración del transporte: cálculos, infecciones o estenosis.

2. Alteraciones de la regulación nerviosa: enf. psicológicas, estrés, Alzheimer; tumores...

3. Causas inespecíficas: uso de inhaladores, fumadores o personas que roncan, alcohol...

PAPEL DEL FARMACÉUTICO

Debido al envejecimiento de la población, y teniendo en cuenta que la xerostomía es una complicación directamente relacionada con la edad y el empleo de un amplio número de fármacos habituales, el farmacéutico está capacitado para evaluar el problema y ofrecer consejos al paciente para mejorar su calidad de vida, sin olvidar la recomendación de la visita periódica al dentista (**Ver Protocolo**). Teniendo en cuenta que el tratamiento de la xerostomía es difícil y que frecuentemente produce sólo resultados parciales, lo importante es prevenir y tratar las patologías dentales y orales que la acompañan.

Medidas higiénico-dietéticas:

- Mantener una perfecta higiene buco-

dental, incluyendo visitas regulares al dentista. Realizar una adecuada profilaxis de la caries mediante enjuagues con flúor y clorhexidina, además de una fluoración tópica semestral. Se pueden realizar enjuagues frecuentes con agua estéril conteniendo zumo de limón o con suero fisiológico que ayude a eliminar alimentos.

- Limitar el consumo de alimentos con azúcares refinados, sobre todo entre comidas. Evitar alimentos irritantes, secos o ásperos, picantes, ácidos o salados, y las temperaturas extremas^{1,6,9}.
- Restringir el consumo de café o de refrescos con cafeína².
- Evitar alcohol y tabaco¹. El abuso crónico de alcohol por sí mismo conduce a una disminución de la ingesta calórica y a una deshidratación, con el riesgo de malnutrición que ello conlleva, lo que puede empeorar una situación y a deteriorada por la xerostomía⁶.
- Estimular la salivación de forma mecánica masticando alimentos duros (zanchetas), caramelos de limón **sin azúcar** o chicles (efecto estimulante por sí solo), con **xilitol**. Otra posibilidad es mantener semillas de fruta como huesos de cereza o aceituna en la boca. Existen otros alimentos de menor acidez con ácido málico (peras) que actúan como estimulantes gustativos¹.
- Mantener una correcta ingesta hídrica: aumentar la frecuencia y la cantidad de líquidos ingeridos entre y durante las comidas⁶: pequeños sorbos de agua a lo largo del día, o incluso masticar pequeños trozos de hielo².

- Añadir alimentos saborizantes como hierbas aromáticas, condimentos, extractos de frutas⁶..., para aumentar el interés de los pacientes por las comidas.

Tratamiento

1. Estimulación de la salivación con sialogogos (sólo cuando las glándulas salivares mantengan su función)¹:

- **Pilocarpina, clorhidrato:** hasta la fecha sólo se disponía de la presentación oftálmica indicada en el tratamiento del glaucoma, pero recientemente se ha comercializado la especialidad **Salagen®** en forma de comprimidos, para su administración por vía oral. Ha sido aprobada para el alivio de los síntomas de la hipofunción de glándulas salivares en pacientes con xerostomía grave, post-radioterapia en cáncer de cabeza y cuello, y para el tratamiento sintomático de la sequedad de boca y ocular en pacientes con síndrome de Sjögren. Se trata de un agonista colinérgico que actúa aumentando la secreción de las glándulas exocrinas en general, y puede estimular la función residual de las glándulas salivares lesionadas. En un estudio realizado en voluntarios sanos se observó un aumento del flujo salivar; después de dosis únicas de 5 y 10 mg de Salagen®, 20 minutos después de la administración durante 3-5 horas con una intensidad máxima al cabo de 1 hora; sin embargo, hay que tener en cuenta que en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, el efecto terapéutico máximo se obtiene normalmente tras 4-8 semanas de tratamiento.

La dosis inicial recomendada para pacientes con cáncer de cabeza y cuello es de un comprimido de 5 mg tres veces al día. Para pacientes con síndrome de Sjögren es de 5 mg cuatro veces al día. En pacientes que no hayan respondido de manera adecuada y toleren bien el medicamento se puede aumentar la dosis hasta un máximo de 30 mg diarios; en cualquier caso, el tratamiento deberá ser suspendido si no se observa mejoría tras 2-3 meses de tratamiento. La mayoría

de los efectos adversos observados son consecuencia de una actividad parasimpática aumentada, son dosis dependientes y, en general, leves y autolimitados; ocasionalmente pueden producirse efectos secundarios adversos graves y, por tanto, se recomienda un seguimiento cuidadoso del paciente. La reacción adversa más frecuente es la sudoración de leve a moderada, aproximadamente en la mitad de los pacientes. También se han descrito náuseas, rinitis, escalofríos, sofocos, mareos, astenia, dispepsia, aumento de la frecuencia de la micción, vómitos, miosis y alteraciones visuales. Está contraindicada en pacientes con asma no controlado, con enfermedad cardiorrenal clínicamente significativa y no controlada, y con glaucoma de ángulo estrecho^{11,12}.

Otros sialogogos utilizados son:

- **Clorato potásico:** actúa como un agente irritante de las glándulas salivares, al transformarse en ácido clórico, un potente agente oxidante que además desarrolla una leve acción antiséptica. Se encuentra comercializado como EFP. La dosis para adultos es de 200-325 mg/ 2-3 horas, hasta un máximo de 8 comprimidos al día. Se deja disolver lentamente en la boca, sin masticar ni tragar². Los efectos adversos son en general infrecuentes aunque moderadamente importantes⁸.

- **Anetol, tritona (Sonicur®):** no estimula la secreción salivar per se¹³, pero parece que puede aumentar el número de receptores muscarínicos en las células efectoras o sensibilizarlas a la acción de los agentes colinérgicos. Ha resultado efectiva en varios estudios frente a la xerostomía. El efecto adverso que aparece con mayor frecuencia es molestia gastrointestinal moderada, que desaparece generalmente con una reducción de la dosis¹⁴. La posología es de 150 mg diarios durante la primera semana y, posteriormente, 100 mg diarios como mantenimiento⁸.

- **Yohimbina:** estimula la secreción salivar debido a la inhibición de los receptores α-2 adrenérgicos localizados en la cuerda del tímpano, una glándula con una inervación parasimpática funcional que

parece ser una condición necesaria para el efecto sialogénico de la yohimbina. En un estudio se demostró que aumentaba el flujo salivar durante 3 horas utilizando dosis de 4 mg 3 veces al día¹³.

2. Empleo de sustitutos de saliva o saliva artificial:

s saliva artificial: su uso queda reservado para pacientes que **no presenten función salival o no respondan a la estimulación**¹. Los sustitutos de la saliva proporcionan un alivio transitorio pero no tienen ninguna de las propiedades protectoras de la saliva⁴. En general, se trata de soluciones acuosas salinas ligeramente viscosas, humectantes y lubricantes y con un pH neutro, sin sustancias cariogénicas, estables, atóxicas y con un sabor aceptable¹⁵. Contienen principalmente mucina, humectantes como glicerina y sorbitol, flúor, edulcorantes artificiales y viscosizantes como carboximetilcelulosa o hipromelosa⁴.

En el mercado existen comercializados como saliva artificial: Salivart®, Bucohidrat®...

3. Empleo de humectantes solos:

se puede utilizar glicerina en solución acuosa, o vaselina y parafina líquida al 50% en solución acuosa en forma de enjuagues¹.

4. Otros: todos los pacientes con xerostomía presentan riesgo de desarrollar caries de rápida evolución, por lo que se recomienda el empleo de pastas dentífricas hiperfluoradas (Fluodontyl® 1350) 5 minutos 1 vez al día, colutorios antiplaca con flúor y clorhexidina oral (Dentabrit®, Cariax Gingival®) que reduce de forma importante la incidencia y severidad de la mucositis oral y la candidiasis¹⁵, o geles que contengan lactoperoxidasa (OralBalance gel®, Biotene®). El sustituto del efecto buffer de la saliva se obtiene mediante enjuagues de bicarbonato. Cuando la xerostomía va asociada a una mucositis dolorosa, el efecto analgésico se consigue con bromhexina, solución de difenhidramina y anestésicos locales como lidocaína al 1-2% para enjuagues¹. Si aparece una candidiasis, ésta se tratará con un antifúngico como nistatina (Mycostatin®)⁶.

Tabla 3. FÁRMACOS QUE PUEDEN PROVOCAR XEROSTOMÍA⁸

Acitretina	Dextropropoxifeno	Levocabastina	Procarbazina
Alfacalcidol	Diazepam	Levacetirizina	Procaterol (Inhal)
Alfuzosina	Dicloverina	Levomepromazina	Procyclidina
Almotriptan	Difenhidramina	Linezolid	Proglumetacina
Alprazolam	Diltiazem	Lisinopril	Prometazina
Amantadina	Dimemorfano	Lisurida	Propafenona
Amiodarona	Dimenhidrinato	Litio, carbonato	Propofol
Amisulprida	Dimetindeno	Lofepramina	Pseudoefedrina
Amitriptilina	Disopiramida	Loperamida	Quazepam
Amlodipino	Docetaxel	Loprazolam	Quetiapina
Apraclonidina	Dosulepina	Loratadina	Quinapril
Astemizol	Doxepina	Lorazepam	Ramipril
Atropina	Doxilamina	Lormetazepam	Reboxetina
Azatadina	Ebastina	Lornoxicam	Ribavirina
Baclofeno	Eletriptan	Loxapina	Ritonavir
Beclometasona (Inhal)	Entacapona	Manidipino	Rizatriptan
Bentazepam	Epoprostenol	Maprotilina	Roxatidina
Bexaroteno	Escopolamina	Meclozina	Rupatadina
Biperideno	Esmolol	Memantina	Salbutamol (Inhal)
Brimonidina	Esomeprazol	Mequitazina	Salmeterol
Brinzolamida	Espiranolactona	Metadona	Selegilina
Bromazepam	Famotidina	Metildopa	Sertralina
Bromocriptina	Fenilbutazona	Metilfenidato	Sibutramina
Brotizolam	Fenoterol (Inhal)	Metronidazol	Sucralfato
Budesonida (Inhal)	Fentanilo	Mexiletina	Sulindaco
Buprenorfina	Feprazona	Mianserina	Sulpirida
Bupropion	Flavoxato	Mizolastina	Sultosilato de piperazina
Butilescopolamina, bromuro	Flecainida	Mometasona (Inhal)	Temazepam
Butorfanol	Flufenazina	Morfina	Terbutalina
Calcifediol	Flunarizina	Moxifloxacino	Terfenadina
Calcio, carbonato	Flunitrazepam	Moxonidina	Tetrazepam
Calcio, cloruro	Fluoxetina	Naltrexona	Tiaprida
Calcio, fosfato	Flurazepam	Nefazodona	Tietilperazina
Calcio, glubionato	Fluticasona (Inhal)	Nicardipina	Tiludrónico, ácido
Calcio, lactato	Fluvoxamina	Nicotina	Timolol
Calcio, pidolato	Formoterol	Nifedipina	Tinidazol
Calcitriol	Foscarnet	Nisoldipina	Tioproperezina
Capecitabina	Fosfenitoina	Nizatidina	Tioridazina
Cetirizina	Fosinopril	Norfloxacina	Tixocortol
Ciclobenzaprina	Frovatriptan	Nortriptilina	Tizanidina
Cinarizina	Gabapentina	Olanzapina	Tolterodina
Ciproheptadina	Glicina	Omeprazol	Tóxina Botulínica
Cisaprida	Halazepam	Otilonio, bromuro	Tramadol
Citalopram	Haloperidol	Oxatomida	Tranilcipromina
Claritromicina	Hexoprenalina (Inhal)	Oxibutinina	Trastuzumab
Clemastina	Hidroclorotiazida	Oxitriptan	Trazodona
Clobazam	Hidroxiapatita	Pantoprazol	Triamcinolona
Clomipramina	Hidroxizina	Paricalcitol	Triazolam
Clonazepam	Hiperico	Paroxetina	Trifluoperazina
Clonidina	Imatinib	Peginterferon	Trihexifenidilo
Cloperastina	Imipramina	Pentazocina	Trimipramina
Clorazepato, dipotásico	Indapamida	Pentostatina	Triprolidina
Clordiazepóxido	Indinavir	Perfenazina	Tropicamida
Clorpromazina	Insulina Isofánica	Periciazina	Trospio, cloruro
Clortalidona	Interferon	Perindopril	Venlafaxina
Clotiapina	Ipratropio, bromuro	Petidina	Verapamilo
Clotiazepam	Isoniazida	Pimozida	Xipamida
Clozapina	Ispagula (<i>Plantago ovata</i>)	Pinaverio	Zalcitabina
Codeína	Isradipina	Pinazepam	Ziprasidona
Colecalciferol	Ketazolam	Pipotiazina	Zofenopril
Desloratadina	Ketotifeno	Piracetam	Zolmitriptan
Dexclorfeniramina	Letrozol	Pizotifeno	Zopiclona
Dexketoprofeno	Levacetilmeladol	Pramipexol	Zuclopentixol

CONCLUSIONES

La sensación de boca seca es una queja muy frecuente, pero no por ello poco importante. Algunos autores han demostrado que la xerostomía es un predictor importante de la pérdida involuntaria de peso en la tercera edad, dado que dificulta la correcta nutrición del anciano al hacerle rechazar determinados alimentos.

Este déficit nutricional a su vez provocará un deterioro de la función de la glándula salival, lo que repercute sobre las piezas dentales. Por consiguiente, se agravará el déficit nutritivo y el estado general del individuo, creándose un círculo vicioso¹. La elevada prevalencia de la xerostomía, y especialmente su asociación con

numerosos fármacos de uso habitual, debe alertar a los profesionales sanitarios sobre su repercusión en el deterioro de la cavidad bucal y la morbilidad que ello conlleva, sobre todo en los ancianos⁵.

Eva Armendáriz

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Pujol T, Coma M, Amado E. Xerostomía: ¿un simple efecto indeseado? Aten Primaria 1997; 19 (3): 142-7.
- 2.Sequedad de boca (xerostomía). Panorama Actual Med 2001; 25(242): 355-358.
- 3.Guyton AC. Tratado de Fisiología Médica. 7^a ed. México: Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V.; 1989. p. 768-9.
- 4.Formiga F, Mascaró J, Vidaller A, Pujol R. Xerostomía en el paciente anciano. Rev Mult Gerontol 2003; 13(1): 24-28.
- 5.Pujol T, Coma M, Pujol M, Postigo P. Prevalencia de xerostomía en la población general. Aten Primaria 1998; 21 (4): 225-8.
- 6.Mc Donald E, Marino C. Dry mouth: Diagnosing and treating its multiple causes. Geriatrics 1991; 46 (3): 61-3.
- 7.Gómez P. Papel del farmacéutico frente a las emergencias dentales. El Farmacéutico 1997; 183: 64-69.
- 8.Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. BOT, Base de Datos del Medicamento y Parafarmacia. 7^a actualización, 2003.
- 9.Gutiérrez R, Ruano M, Herrero A, Jiménez E. Prevención y tratamiento de las lesiones de la mucosa oral secundarias a quimioterapia. Farm Clin 1997; 14 (9): 28-38.
- 10.Moutsopoulos HM. Síndrome de Sjögren. En: Isselbacher KJ, et al, editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 13^a ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 1994. p. 1913-5.
- 11.Pilocarpina oral para la xerostomía. The Medical Letter, Edición Española 1994; XVI (20): 95-6.
- 12.Salagen® . Ficha Técnica. Laboratorios Novartis Farmacéutica. Junio 2003.

- 13.Bagheri H, Schmitt L, Berlan M, Montastruc JL. A comparative study of the effects of yohimbine and anetholtrithione on salivary secretion in depressed patients treated with psychotropic drugs. Eur J Clin Pharmacol 1997; 52 (5): 339-42.
- 14.Epstein JB, Burchell JL, Emerton S, Le ND, Silverman S. A clinical trial of bethanechol in patients with xerostomia after radiation therapy. A pilot study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 77 (6): 610-4.
- 15.Zardaín E. Saliva artificial para la xerostomía. Hoja Informativa del Centro de Información de Medicamentos. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias 1991; (5): 1-4.

Centro de Información de Medicamentos

Directora

María Puy Pérez

Farmacéuticas

María Pilar Ardanaz
Eva Armendáriz
Mónica Godino
Arantza Viamonte

Teléfonos

948 22 48 05 - 948 22 16 16

Fax

948 22 16 16

e-mail

cimna@redfarma.org

Edita:

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra. c/ Navas de Tolosa, 19-3º
31002 PAMPLONA

Depósito legal:

NA-569/2003

Horario del CIM

Lunes a Viernes: de 7,30 h. a 14,30 h.
de 16,30 h. a 19,30 h.

Sábados: de 8 h. a 14 h.