

La xerostomía es la sensación subjetiva de sequedad oral. Puede ser reversible e irreversible y es importante determinar si su origen está en las glándulas salivares mayores o menores.

Esta afección parece estar relacionada directamente con alteraciones hormonales o metabólicas, tales como la menopausia o la diabetes, aunque también puede deberse a la toma de medicamentos, o a tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia, procedimientos quirúrgicos sobre glándulas salivares, estrés y ansiedad, a la dieta, el consumo de tabaco y alcohol, la edad avanzada, tratamientos de hemodiálisis o incluso al hecho de tener que hablar mucho (la padecen muchos oradores).

<b>Agentes anticolinérgicos</b>	<b>Agentes diuréticos</b>	<b>Antihipertensivos</b>	<b>Antidepresivos y antipsicóticos</b>	<b>Ansiolíticos y sedantes</b>
Atropina Belladona Benzotropina Oxibutirina Escopolamina Trihexifenidilo	Clorotiazida Furosemida Hidroclorotiazida	Captopril Clonidina Enalapril Lisinopril Metildopa	Citalopram Fluoxetina Paroxetina Sertralina Venlafaxina Amitriptilina Imipramina Haloperidol Mirtazapina Bupropión Olanzapina	Alprazolam Diazepam Flurazepam Triazolam
<b>Relajantes musculares</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>Antihistamínicos</b>	<b>Otros</b>	
Ciclobenzaprina Tizaridina	Codeína Meperidina Metadona Pentazocina Tramadol Ibuprofeno Naproxeno Piroxicam	Bromferinamina Clorferinamina Loratadina	Sibutramina Isotretionina Carbamazepina Carbidopa-levodopa Ipratropio	

Tabla 1. Algunos de los fármacos que pueden inducir xerostomía

Para llegar al diagnóstico de xerostomía debemos realizar una buena Historia Clínica, dónde se valorarán los síntomas, para lo cual se pueden usar cuestionarios dónde se preguntará por al respecto de si siente quemazón, disgeusia o disfagia, necesidad de tomar líquidos frecuentes, etc.

Después se observarán los signos como:

El brillo de la mucosa

Aparición de fisuras y/o depapilación de la lengua

Presencia de candida o queilitis angular

Saliva espesa

## Halitosis

Realizada nuestra exploración, debemos determinar la cantidad de saliva que presenta el paciente y su pH.

Para ello mediremos la saliva en reposo y la saliva estimulada durante 1 minuto

La saliva en reposo debe ser de entre 0.25 y 0.35 ml/minuto. Por debajo de eso hablaremos de bajo flujo y menos de 0,1 ml/minuto estaremos en hiposalivación.

Respecto a la saliva estimulada. La norma está entre 1 y 3 ml/minuto. Menos de 0,7 ml/minuto estaremos en situación de hiposalivación.

El pH salival influye en la patología que podemos encontrar en la boca. Ante un pH ácido, será más frecuente encontrar caries, mientras que frente a un pH básico predominan patologías gingivales como la periodontitis.

Como medidas a tomar para el tratamiento de esta patología debemos intentar modificar los hábitos del paciente. Indicar el uso de sustitutos salivares y humectantes y se puede tratar con sialogogos sistémicos (que se deben usar con cuidado).

Parece que funciona bien el Betaine, el Xylitol y el Flúor, así como el Aloe Vera.

Un estimulante que está muy de moda es el ácido málico (el de las manzanas)