

Pautas alimentarias en xerostomía

La xerostomía es la manifestación clínica más común de las disfunciones salivales (1) y consiste en la reducción o ausencia de secreción salival, también conocida como boca seca, y puede estar relacionada con (2, 3):

- La edad: suele ser habitual en las personas de edad avanzada.
- El consumo de ciertos fármacos prescritos para la ansiedad, depresión, hipertensión o alergias, etc.
- Algunas enfermedades autoinmunes, el síndrome de Sjögren o la diabetes mellitus mal controlada.
- La aplicación de radioterapia en la cabeza y en el cuello, que afecta a la glándula parótida.
- Largos periodos de ayuno.
- El consumo de tabaco y alcohol.
- La ausencia de dientes.



La saliva arrastra los alimentos que quedan alrededor de los dientes al comer y gracias a su composición, neutraliza la acidez que causan los microorganismos cariogénicos, por lo que una reducción o falta de ella puede incrementar el riesgo de caries y otras infecciones (2, 3).

La xerostomía suele producir sensación de molestia o dolor, pérdida de sabor, dificultad para la masticación y la formación del bolo alimenticio, halitosis, problemas para deglutir y alteraciones en la nutrición como consecuencia de la pérdida de apetito (2, 4).

Una vez identificada y controlada la causa de la xerostomía, se pueden tomar las siguientes medidas generales:

- **Beber agua con frecuencia.** En general, se recomienda beber más líquidos (2 l/día) y con mayor frecuencia durante y entre las comidas (5); y aplicarse, en caso necesario, vaselina en los labios para mantenerlos lubricados (6).
- **Evitar ciertos alimentos y hábitos dietéticos.** Intentar no consumir alimentos de textura áspera, picantes, ácidos, salados o con temperaturas extremas, pues tienden a irritar la mucosa bucal. Asimismo, es mejor evitar alimentos pegajosos y sustituirlos por otros fibrosos. No hay que olvidar que los alimentos que se pegan a los dientes aumentan el riesgo de caries (5). Los pacientes deben disminuir la ingesta de azúcares, aumentar la de bebidas suaves y reducir la de café, así como evitar el tabaco y el alcohol (6).
- **Tomar queso y vegetales.** El queso contiene calcio, fosfatos y caseína (una proteína láctea que protege contra la desmineralización dental); además, los quesos curados aumentan el flujo de saliva (5).

- **Aplicar una buena higiene oral después de las comidas.** Hay que cepillarse los dientes después de las comidas, pero es necesario dejar pasar un tiempo para que la saliva pueda neutralizar los ácidos y repare los dientes. Las personas con xerostomía tienen mayor riesgo de desgaste dental y erosión, y es por ello que deben evitar cepillarse los dientes inmediatamente después del consumo de alimentos y bebidas ácidas, cítricos y zumos (5).
- **Aumentar el uso de flúor y evitar los enjuagues que tengan alcohol.** El flúor inhibe la desmineralización, fomenta la remineralización y aumenta la dureza del esmalte de los dientes, haciéndole menos soluble a los ácidos (5). La aparición de caries se puede prevenir con la administración de suplementos de fluoruro sódico, fosfato acidulado de flúor y monofluorofosfato de sodio, bien por parte del profesional y para utilizarlo en casa. Estos suplementos se pueden encontrar en forma de geles, comprimidos masticables y pastillas (6).
- También es aconsejable **utilizar productos farmacéuticos humectantes** de la cavidad oral **y/o estimulantes** de la secreción natural de saliva, como la gama de productos **Xeros dentaid**.

**Bibliografía:**

1. Valicena M, Escalona LA. Manejo terapéutico del paciente con xerostomía. Acta Odontol. 2001;39:70-9.
2. Mahan LK, Escote-Strump S. Krause dietoterapia. 12ª ed. Elsevier-Masson 2009; 171-183.
3. Cervera P, Clapes J, Rigolfas R. Alimentación y dietoterapia (4ª ed). Madrid: MacGraw-Hill. 2004; 277-9.
4. Manual Merck de signos y síntomas del paciente. Diagnóstico y tratamiento Halitosis. En: Editorial Médica Panamericana S.A. Madrid 2008.
5. Martín Aragón, S. La nutrición del paciente con xerostomía. Farmacia Profesional 2005;19:56-7.
6. Carramolino E, Silvestre FJ. Boca seca y su manejo en la clínica odontológica. Denum. 2009;9:24-31.