



ARTÍCULO REVISIÓN

Trastornos bucales en cuidados paliativos: abordaje de la xerostomía

Oral disorders in palliative care: approach to xerostomia

Lida Estefanía Guillén-Miranda¹, Marcia Alexandra Silva-Mata¹, Mónica Patricia Hernández-Lojano¹

¹Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato, Ecuador

Recibido: 18 de julio de 2023

Aceptado: 10 de octubre de 2023

Publicado: 30 de noviembre de 2023

Citar como: Guillén-Miranda LE, Silva-Mata MA, Hernández-Lojano MP. Trastornos bucales en cuidados paliativos: abordaje de la xerostomía. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2023 [citado: fecha de acceso]; 27(S2): e6225. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6225>

RESUMEN

Los pacientes con enfermedades en estadios terminales son más vulnerables y frágiles que la población general, puesto que las enfermedades de base que padecen, debilitan su estado inmunológico y físico. Los tratamientos agresivos tales como quimioterapias, pueden generar en ellos complicaciones tales como la xerostomía y otras complicaciones como las mucositis. Debido a la elevada incidencia y mortalidad de las enfermedades oncológicas, se realizó el presente estudio, con el objetivo de describir el abordaje de la xerostomía en el paciente oncológico. Las infecciones bucales, dificultad para deglutir y para hablar son algunas de sus manifestaciones. Es necesario un adecuado interrogatorio y examen físico para lograr su diagnóstico. Aunque existen terapéuticas empleables para mitigar sus efectos, aún no existe un acuerdo en la literatura. Es necesaria una capacitación de los miembros de los equipos de salud sobre el tema para establecer pautas terapéuticas personalizadas a las necesidades de cada paciente.

Palabras clave: Xerostomía; Cuidados Paliativos; Neoplasias; Odontología.

ABSTRACT

Patients with end-stage diseases are more vulnerable and fragile than the general population, since their underlying diseases weaken their immunological and physical condition. Aggressive treatments such as chemotherapy can generate complications such as xerostomia and other complications such as mucositis. Due to the high incidence and mortality of oncological diseases, the present study was carried out with the aim of describing the approach to xerostomia in oncological patients. Oral infections, swallowing and speech difficulties are some of its manifestations. An adequate interrogation and physical examination is necessary to achieve its diagnosis. Although there are therapeutics that can be used to mitigate its effects, there is still no agreement in the literature. It is necessary to train the members of the health care teams on the subject in order to establish therapeutic guidelines personalized to the needs of each patient.

Keywords: Xerostomia; Palliative Care; Neoplasms; Dentistry.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades en etapa terminal, comprometen el estado general de los pacientes que las padecen, ya que el organismo se debilita en forma progresiva, disminuyendo las respuestas fisiológicas para mantener la homeostasis del cuerpo, y la capacidad de responder frente a los estados patológicos. Esta situación se ve agravada por los medicamentos a los que el paciente fue expuesto durante el tratamiento de su enfermedad.

Ya sea por los efectos adversos de los medicamentos recibidos o por los estados de fatiga que influyen en la capacidad del paciente para llevar a cabo la higiene del cuidado bucal, son varios los factores que exponen a los pacientes paliativos a padecer afectaciones a nivel bucal. Es por esto que identificar dichos factores, hacer un diagnóstico temprano y aplicar el tratamiento adecuado de las afecciones orales entre los pacientes paliativos podría minimizar su dolor y sufrimiento.⁽¹⁾

Sin embargo, la evidencia muestra que el 40 % de los pacientes tributarios de cuidados paliativos pierden la capacidad de comunicar sus necesidades de salud oral. Esto causa que pueden sufrir afecciones orales tratables durante un período prolongado de tiempo o al considerar erróneamente que este problema es un efecto común y esperable de su tratamiento.⁽²⁾

Las molestias bucales son comúnmente reportadas por los pacientes, y están asociadas con distintos tipos de cáncer. Los efectos adversos tanto de la enfermedad en sí misma, como del tratamiento, con frecuencia afectan la salud oral de los pacientes y pueden causar complicaciones orales, como hipofunción de las glándulas salivales (secreción escasa de saliva), xerostomía (boca seca), patologías orales infecciosas, disfagia, mucositis, estomatitis asociada a dentaduras postizas, úlceras bucales, caries y disgeusia.⁽³⁾

La xerostomía es muy común, con una prevalencia de aproximadamente el 80 % según un estudio realizado en Noruega de pacientes en cuidados paliativos con cáncer, mientras que otros síntomas orales comunes, como infección, ulceración oral y dolor, placas, tienen una prevalencia del 30-35 %. Estos síntomas a su vez pueden interferir con otras funciones corporales, y causar problemas nutricionales, fatiga y peso bajo, afectando negativamente la calidad de vida del paciente y su interacción social.⁽⁴⁾

Existen pocos estudios respecto al manejo de la xerostomía, que, si bien es cierto, es un síntoma al que pocos profesionales de la salud prestan atención durante el manejo de pacientes en etapa terminal. Aun así, sigue siendo un síntoma que causa mucho discomfort causando afecciones como la deglución, la fonación y el sueño.⁽⁵⁾

La xerostomía ocurre cuando la cantidad de saliva secretada es menor que la pérdida de líquido de la boca, ya sea por evaporación, absorción a través de la mucosa y deglución. También puede darse por cambios en la composición de la saliva; en esos casos, la saliva puede hacerse espesa, espumosa y en algunos casos hasta fibrosa.⁽⁶⁾

La saliva brinda lubricación a la boca y su mucosa, facilita hablar, la alimentación y la deglución, y juega un papel fundamental en el mantenimiento de la salud oral. Está compuesta en un 99 % de agua, además tiene electrolitos y proteínas. También posee amilasa y lipasa lingual, útiles para digerir almidón y grasas. Tiene una función antibacteriana, ya que, a través de lisozimas, descomponen las paredes celulares bacterianas, así como de proliferación y cicatrización de heridas. Durante la masticación, aumenta el flujo salival y esto permite la formación de bolos y la deglución. La saliva desencadena la percepción de la sed y mejora la percepción del gusto.⁽⁷⁾

La boca seca persistente predispone a infecciones orales, caries dentales y candidiasis oral. Además, los pacientes informan que la boca seca es un síntoma angustiante con un impacto significativo en su calidad de vida.⁽⁵⁾

El presente estudio tiene como objetivo describir el abordaje de la xerostomía en el paciente oncológico.

DESARROLLO

La disminución en la secreción de saliva puede ser causada por cambios en las estructuras de las glándulas salivales debido a tratamientos como inmunoterapia, radiación,⁽⁸⁾ enfermedades autoinmunes, o trastornos endocrinos. Otras causas pueden ser temporales, como deshidratación, depresión, y ansiedad.

Las causas más frecuentes de sequedad bucal son los efectos secundarios de los fármacos que afectan el reflejo salival en diferentes sitios del sistema nervioso central y/o a nivel receptor en las glándulas salivales. Los analgésicos opioides, sedantes, antidepresivos, ansiolíticos, neurolépticos y anticolinérgicos utilizados frecuentemente en el tratamiento paliativo, especialmente para pacientes terminales, dan lugar a xerostomía. Además, en pacientes paliativos, la baja ingesta de líquidos, fiebre y medicamentos puede influir en el desequilibrio electrolítico y conducir a la deshidratación. En los pacientes con enfermedades graves, la boca seca empeora por la respiración bucal, la mucosa bucal dañada o muy delgada que puede aumentar la absorción de líquidos y por las glándulas salivales dañadas.⁽⁹⁾

Diagnóstico

La sensación de boca seca, es una queja común de los pacientes en fases avanzadas de su enfermedad. Ocurre en todas las edades, pero un grado crónico y grave de sequedad bucal afecta especialmente a los ancianos con polifarmacia, enfermedades crónicas y/o terminales. La afección no siempre se descubre durante los exámenes de rutina. Debido al deterioro general, los pacientes pueden tener problemas para comunicar sus síntomas. La boca seca y las infecciones orales a menudo se acompañan de halitosis (mal aliento). Por lo tanto, una condición aparentemente trivial, como la boca seca, puede conducir a un deterioro significativo de la salud y el bienestar físico y mental del paciente.⁽¹⁰⁾

Frente a lo antes expuesto, realizar una adecuada y completa historia clínica con investigación del tipo de enfermedad que aqueja al paciente, el tratamiento recibido, cuidados generales, así como la realización de un examen físico adecuado, facilita el manejo individualizado del paciente.

A partir de una búsqueda del uso de la sialometría en otras poblaciones, se descubrió que algunos pacientes que se quejan de sequedad de boca no muestran tasas de flujo reducidas y, por el contrario, algunos individuos muestran una disminución objetiva en el flujo de saliva, pero no se quejan de sequedad oral. Además, se encontró que la relación entre la boca seca y la tasa de flujo salival total en reposo (UWSFR) era un método relativamente sensible (sensibilidad del 85 %) pero no específico (especificidad del 30 %) para detectar la xerostomía. De manera similar, la relación entre la boca seca y la tasa de flujo salival total estimulado.⁽¹¹⁾

(SWSFR) es un método relativamente específico (especificidad 78 %) pero insensible (sensibilidad 47 %) para detectar la xerostomía. Con base en estos hallazgos, los autores sugirieron que no hay indicación para la medición rutinaria de las tasas de flujo salival en la evaluación clínica de pacientes que se quejan de boca seca.⁽¹²⁾

Tratamiento

No existen suficientes estudios sobre el manejo de la xerostomía en paciente paliativos, puesto que las causas pueden ser varias de acuerdo a la enfermedad o tratamiento que el paciente recibe.⁽¹³⁾

La mayoría de recomendaciones se encamina al manejo preventivo y cuidados generales. La participación activa de odontólogos e higienistas dentales en la práctica colaborativa multidisciplinaria de los cuidados paliativos para mejorar la salud bucal a través del manejo adecuado de la función e higiene bucal, es extremadamente importante para mantener y mejorar la calidad de vida de los pacientes en etapa terminal.^(11,14)

Actualmente existen varios enjuagues bucales y productos para prevenir la caries, tratar infecciones y reducir la inflamación. Sin embargo, la falta de conocimiento entre las enfermeras y los médicos de estos productos y su efectividad para tratar los síntomas orales comunes puede conducir a una orientación inadecuada y prácticas de higiene oral.^(15,16)

Además, las diferencias en la gravedad de los efectos secundarios asociados con el cáncer y su tratamiento médico pueden requerir enfoques individuales al elegir productos. Por lo tanto, una solución óptima para los pacientes sería introducir una variedad de enjuagues bucales adecuados para el cuidado de la salud oral que sean cómodos de usar y que hayan demostrado ser efectivos para reducir los síntomas orales angustiantes.⁽¹⁷⁾

Una revisión sistemática de la literatura sobre el manejo de la boca seca en pacientes con cáncer avanzado identificó solo tres ensayos controlados aleatorios y tres estudios prospectivos. En general, los ensayos controlados aleatorios respaldan el uso de pilocarpina, saliva artificial y goma de mascar para el tratamiento de la xerostomía. Sin embargo, la evidencia es de baja calidad.⁽⁵⁾

La mayoría de pacientes, comenta, en diferentes estudios, que necesitan usar recursos para mantener la boca húmeda, usando variedad de artículos farmacológicos y no farmacológicos. Las bebidas fueron el método más comúnmente utilizado para aliviar la boca seca y la evidencia sugirió que el agua era igual de efectiva. Los sustitutos salivales solo reemplazan la humedad oral y deben tomarse con mucha regularidad, incluso durante las comidas.

Los estimulantes salivales o sialogogos como pilocarpina, betanecol y cevimelina mejoran el flujo salival por acción agonista en los receptores colinérgicos muscarínicos, pero son de uso reservado en ciertos países, mientras que, en otros, no están aprobados. La pilocarpina funciona principalmente como un agonista muscarínico-colinérgico con actividad beta-adrenérgica leve y está autorizada para la boca seca después de la radioterapia para el cáncer de cabeza y cuello y en el síndrome de Sjogren. Sin embargo, un estudio de factibilidad reciente de pilocarpina en pacientes con cáncer avanzado encontró que el tratamiento era inaceptable para la mayoría de los pacientes debido a su perfil de efectos secundarios.⁽¹⁸⁾

El cuidado bucal básico puede ser efectivo para controlar la boca seca. La mejoría espontánea de la boca seca en los estudios de cuidados paliativos podría estar relacionada con el mayor énfasis en el cuidado de la boca. Un estudio que involucró a pacientes de edad avanzada en un centro de atención a largo plazo encontró que el cepillado de dientes y el enjuague bucal redujeron la sequedad en la boca y las placas orales en la lengua.⁽¹⁹⁾

Abordar únicamente la boca seca a menudo no es suficiente. Es indispensable también, mantener los labios y las fosas nasales húmedos y se puede ayudar con la administración de geles simples a base de agua y asegurando la humidificación. Otra preocupación común en los pacientes fue la disfagia y la percepción de la disfagia. Esto puede tener efectos en la dieta del paciente, así como un impacto en la ingesta de líquidos, lo que contribuye aún más al síntoma de boca seca para lo que puede ser útil el uso de hielo o granizados. Muchos pacientes reportaron una alteración en el sueño por lo que la simple atención para asegurarse de que haya una bebida al lado de la cama de los pacientes puede ayudar a minimizar las molestias y puede resultar en una mejor calidad del sueño. Es fundamental además el control médico periódico para que mediante el seguimiento, valorar las dosis de medicamentos usados, revisión de su eficacia y el examen del potencial para la reducción de la dosis o la interrupción para conducir a mejoras en la sequedad de boca sin comprometer el control de otros síntomas.⁽⁵⁾

El cuidado bucal en los enfermos graves y moribundos debe incluir la identificación y el diagnóstico de la boca seca, la lubricación de los labios, la limpieza de los dientes, la limpieza y la humectación de la mucosa. Los dientes deben limpiarse con un cepillo suave. La pasta de dientes que contiene laurilsulfato de sodio debe ser evitada porque esto causa deshidratación de la mucosa. La mucosa debe limpiarse con solución salina fisiológica, posiblemente con peróxido de hidrógeno al 0,5 %. La aplicación de una solución de glicerol al 17 % puede utilizarse como humectante. Esta solución alivia la boca seca, pero debe aplicarse con frecuencia porque el efecto es de corta duración. En mucosas muy secas, los productos con alta viscosidad pueden parecer pegajosos e incómodos. Las náuseas ocurren con frecuencia en pacientes en cuidados paliativos. Por lo tanto, los productos con un sabor suave y una consistencia agradable son importantes. Debido a que los síntomas y preferencias varían, los pacientes deben probar diferentes tipos.⁽⁹⁾

Sustitutos de la saliva

Existen varios sustitutos de la saliva (productos de enjuague, geles, aerosoles) que afirman aliviar la boca seca. Estos a menudo imitan la apariencia y la viscosidad de la saliva, pero no tienen las propiedades enzimáticas, antimicrobianas, antifúngicas o antivirales equivalentes. Tampoco tienen las propiedades físicas de la saliva.⁽⁹⁾

Glicerol

El glicerol en soluciones acuosas ha sido el producto más utilizado en el cuidado bucal y para la boca seca en Noruega desde la década de 1950. Sin embargo, hay recomendaciones contradictorias con respecto al glicerol. En algunos países se desaconseja su uso porque se afirma que es desecante en lugar de hidratante. Esta solución de glicerol proporciona un buen alivio inmediato, pero el efecto desaparece después de un corto período de tiempo. Se desconoce el efecto a largo plazo de dicha solución de glicerol sobre la mucosa, pero parece poco probable que el uso a corto plazo cause problemas particulares. Si se utiliza una solución de glicerol, debe mezclarse con agua en una proporción de 1:4 y aplicarse con frecuencia.⁽⁹⁾

Estimulación de la secreción de saliva

La secreción de saliva se puede aumentar mediante el uso de goma de mascar, pastillas y manzana, limón o ácido ascórbico. Los pacientes paliativos con hiposalivación pueden tener dificultades para disolver las pastillas. La goma de mascar a menudo no es adecuada debido a la fuerza de masticación insuficiente. La pilocarpina es un agonista muscarínico que aumenta la secreción de glándulas exocrinas y puede proporcionar un tratamiento eficaz contra la xerostomía con dosis de al menos 20 mg por día. Sin embargo, el uso conlleva efectos secundarios no deseados como transpiración, dolor de cabeza, micción y vasodilatación. Los comprimidos de pilocarpina (Salagen) solo pueden prescribirse con aprobación y en algunos países está restringido su uso. Sin embargo, la medicación que estimula la secreción sólo es eficaz en pacientes con glándulas salivales que tienen alguna función restante.^(9,20)

Hidratación artificial

La hidratación artificial implica líquidos administrados por vía intravenosa, subcutánea, dérmica, rectal o como componente de la nutrición enteral o parenteral. En pacientes paliativos, la hidratación artificial es un desafío debido a factores físicos como la retención de líquidos y el edema pulmonar, pero también por razones morales, éticas y culturales. La interrupción de líquidos y nutrición en pacientes moribundos es un tema de discusión en la literatura.⁽⁹⁾

CONCLUSIONES

El estado de salud del paciente oncológico, así como la medicación empleada para paliar la enfermedad, son causas de xerostomía. Las infecciones bucales, dificultad para deglutir y para hablar son algunas de sus manifestaciones. Es necesario un adecuado interrogatorio y examen físico para lograr su diagnóstico. Aunque existen terapéuticas empleables para mitigar sus efectos, aún no existe un acuerdo en la literatura. Es necesaria una capacitación de los miembros de los equipos de salud sobre el tema para establecer pautas terapéuticas personalizadas a las necesidades de cada paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Todos los autores participaron en la conceptualización, análisis formal, administración del proyecto, redacción - borrador original, redacción - revisión, edición y aprobación del manuscrito final.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gao SS, Chu CH, Young FYF. Oral Health and Care for Elderly People with Alzheimer's Disease. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 06/05/2023]; 17(16): 5713. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32784777>
2. Lee H-J, Han D-H, Kim J-H, Wu H-G. The effect of comprehensive oral care program on oral health and quality of life in patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer: A quasi-experimental case-control study. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2021 [citado 06/05/2023]; 100(16): e25540. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33879699>
3. Venkatasalu MR, Murang ZR, Ramasamy DTR, Dhaliwal JS. Oral health problems among palliative and terminally ill patients: an integrated systematic review. *BMC Oral Health* [Internet]. 2020 [citado 06/05/2023]; 20(1): 79. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01075-w>
4. Monsen RE, Herlofson BB, Gay C, Fjeld KG, Hove LH, Malterud KE, et al. A mouth rinse based on a tea solution of *Salvia officinalis* for oral discomfort in palliative cancer care: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer* [Internet]. 2021 [citado 06/05/2023]; 29(9):4997-5007. Disponible en: <https://link.springer.com/10.1007/s00520-021-06021-2>
5. Fleming M, Craigs CL, Bennett MI. Palliative care assessment of dry mouth: what matters most to patients with advanced disease? *Support Care Cancer* [Internet]. 2020 [citado 06/05/2023]; 28(3): 1121-9. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00520-019-04908-9>
6. Phelan C, Hannond L, Thrope C, Allcroft P, O'Loughlin M. A Novel Approach to Managing Thirst and Dry Mouth in Palliative Care: A Prospective Randomized Cross-Over Trial. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2023 [citado 06/05/2023]; 66(5): 587-94. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.08.005>
7. Warth M, Stoffel M, Koehler F, Bardenheuer HJ, Kessler J, Ditzen B. Characteristics of salivary cortisol and alpha-amylase as psychobiological study outcomes in palliative care research. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2022 [citado 06/05/2023]; 21(1):226. Disponible en: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-01085-1>

8. Aggarwal A, Yadav S, Jamdade A, Yadav N, Gupta S, Sain V. Evaluation and management of oral complications in oral cancer patients undergoing radiotherapy. *J Indian Acad Oral Med Radiol* [Internet]. 2023 [citado 06/05/2023]; 35(1):26. Disponible en: https://journals.lww.com/10.4103/jiaomr.jiaomr_269_22
9. Kvalheim SF, Marthinussen IMC, Berg E, Strand GV. Dry mouth in the seriously ill and dying. *Tidsskr Den Nor legeförening* [Internet]. 2022 [citado 06/05/2023] 142(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35170926/>
10. Wu T-Y, Liu H-Y, Wu C-Y, Chen H-C, Huang S-T, Chen P-H. Professional oral care in end-of-life patients with advanced cancers in a hospice ward: improvement of oral conditions. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2020 [citado 06/05/2023]; 19(181). Disponible en: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-020-00684-0>
11. Hammond L, Chakraborty A, Courtney T, O'Loughlin M, Allcroft P, Phelan C. Relieving Perception of Thirst and Xerostomia in Patients with Palliative and End-of-life Care Needs: A Rapid Review. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2023 [citado 06/05/2023]; 66(1):45-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.02.315>
12. Meyer RK, Gilman KE, Meeks L, Limesand KH. MPK Activation Restores Salivary Function Following Radiation Treatment. *J Dent Res* [Internet]. 2023 [citado 06/05/2023]; 102(5): 546-554. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/00220345221148983>
13. Gustafsson A, Skogsberg J, Rejnö Å. Oral health plays second fiddle in palliative care: an interview study with registered nurses in home healthcare. *BMC Palliat Care* [Internet]. 10 de diciembre de 2021 [citado 06/05/2023]; 20(173). Disponible en: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00859-3>
14. Snider III JW, Paine II CC. Sticky stuff: xerostomia in patients undergoing head and neck radiotherapy—prevalence, prevention, and palliative care. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2020 [citado 06/05/2023]; 9(3): 1340-50. Disponible en: <http://apm.amegroups.com/article/view/38896/html>
15. Tandalla Yanez KP, Cusme Torres NA. Perception and level of knowledge in nursing students about palliative care. *Salud Cienc y Tecnol* [Internet]. 2023 [citado 06/05/2023]; 3: e305. Disponible en: <https://revista.saludcyt.ar/ojs/index.php/sct/article/view/305>
16. Magnani C, Mastroianni C, Giannarelli D, Stefanelli MC, Di Cienzo V, Valerioti T, et al. Oral Hygiene Care in Patients With Advanced Disease: An Essential Measure to Improve Oral Cavity Conditions and Symptom Management. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2019 [citado 06/05/2023]; 36(9): 815-9. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1049909119829411>
17. Koistinen S, Olai L, Ståhlacke K, Fält A, Ehrenberg A. Oral health-related quality of life and associated factors among older people in short-term care. *Int J Dent Hyg* [Internet]. 2020 [citado 06/05/2023]; 18(2): 163-72. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/idh.12424>

18. Martins M de L da C, Barros CGD de. (No) Oral Health in Palliative Care Patients: Predisposing Factors and Treatment. J Palliat Care [Internet]. 2023 [citado 06/11/2023]; [In Press]. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/08258597231212305>

19. Sen S, Priyadarshini SR, Sahoo PK, Dutta A, Singh AK, Kumar U. Palliative oral care in patients undergoing radiotherapy: Integrated review. J Fam Med Prim care [Internet]. 2020 [citado 06/05/2023]; 9(10): 5127-31. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33409175>

20. Quilici D, Zech KN. Prevention and treatment options for medication-induced xerostomia. Gen Dent [Internet]. 2019 [citado 06/05/2023]; 67(4): 52-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31355765>