

COMUNICACIÓN BREVE

Repercusión social de la halitosis

Social impact of halitosis

MsC. Bárbara Olaydis Hechavarría Martínez,¹ Dra. Ruth Ramón Jiménez,¹ y Dra. Yanira Méndez Nápoles¹¹

¹ Clínica Estomatológica Docente "José Luis Tassende", Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Policlínico Docente "30 de Noviembre", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

La halitosis es un motivo de consulta frecuente al que se enfrenta el médico en la atención primaria. Es un síntoma de múltiples enfermedades estomatológicas, pero se debe plantear un diagnóstico diferencial con otras afecciones (extrabucales, sistémicas y psicológicas), que también la ocasionan. Además de las medidas generales sintomáticas (higiene bucal), también se indica un tratamiento específico según la causa de esta. Teniendo en cuenta las repercusiones sociales, económicas y sanitarias que implica, se exponen algunos aspectos generales sobre el tema.

Palabras clave: halitosis, aliento, enjuague bucal, higiene bucal.

ABSTRACT

Halitosis is a reason of frequent visit which the doctor faces in the primary care. It is a symptom of multiple stomatological diseases, but a differential diagnosis with other disorders should be considered (extraoral, systemic and psychological disorders), which also cause it. Besides the symptomatic general measures (oral hygiene), a specific treatment is also indicated according to its cause. Keeping in mind the social, economic and health impact that it causes, some general aspects are exposed on the topic.

Key words: halitosis, breath, oral mouthwash, oral hygiene.

INTRODUCCIÓN

La halitosis es el olor desagradable procedente del aliento de una persona y constituye un problema social asociado frecuentemente a una mala higiene bucal o a enfermedades de la cavidad bucal, pero también puede indicar afecciones sistémicas severas que necesitan diagnóstico y tratamiento específicos. Es una condición desagradable que da inseguridad, avergüenza y afecta las relaciones con los demás. No siempre el individuo que lo padece lo percibe, pero las personas con las que se relaciona siempre lo notan. También está presente en niños y muy especialmente en embarazadas.^{1, 2}

Aproximadamente, 30 % de los pacientes mayores de 60 años la padecen o la han padecido. Es precisamente al odontólogo o al médico de familia a quienes primero se le consulta ante esta situación.

Con frecuencia, las personas afectadas lo desconocen por la incapacidad de oler el propio aliento o por la habituación resultante de una exposición mantenida.^{3,4} Así, 58 % lo sabe porque se lo informa otra persona; 24 % porque lo han notado ellos mismos y de 18- 39 % porque solo lo notan ellos.^{5,6}

HALITOSIS VERDADERA

- Halitosis fisiológica (factores bucales no patológicos)⁷⁻⁹
 - Aliento matutino: durante el sueño el flujo de saliva disminuye, no se produce el efecto detergente y queda estancada, lo cual facilita el crecimiento incontrolado de bacterias gramnegativas y anaerobias, que provocan un gas maloliente y putrefacción de ácidos y productos sulfurados.
 - Edad: la calidad del aliento cambia con la edad, pero a partir de la adolescencia se incrementa progresivamente. En los ancianos los cambios regresivos de las glándulas salivares, afectan la calidad y cantidad de saliva, incluso con buena higiene dental, pero el aliento tiende a ser intenso y desagradable.
 - Prótesis dentarias: las dentaduras, puentes u ortodoncias pueden acumular restos de comida. Estas prótesis deben ser extraídas y limpiadas una vez al día o por un dentista periódicamente. Si se dejan puestas durante toda la noche, ocasiona un olor característico (dulzón), pero desagradable y fácilmente reconocible.
 - Saliva: el nivel de halitosis es inversamente proporcional al flujo de saliva. La masticación aumenta dicho flujo y limpia la cavidad bucal, de modo que se reduce el mal olor; asimismo, la xerostomía o boca seca causada por el sueño, tras largas conversaciones, por efecto de medicación o por respiración nasal, también contribuye al mal olor. Si esta es crónica favorece la aparición de caries, infecciones, deshidratación, atrofia de las mucosas, así como acidificación de la saliva, lo cual facilita el sobrecrecimiento bacteriano e incrementa el porcentaje de bacterias gramnegativas.
 - Tabaco: crea un aliento característico, que puede durar más de un día después de fumar. A veces se usa para enmascarar una halitosis. Por otra parte, también se observa aliento de fumador en los fumadores pasivos.
 - Hambre: el ayuno puede ser causa de halitosis. Los pacientes que se saltan una comida o que realizan una dieta hipocalórica tienen mayor nivel de halitosis.
 - Comida: ciertos metabolitos procedentes de la ingesta pueden absorberse a nivel gastrointestinal, pasan a la circulación, se metabolizan en la mucosa intestinal y en el hígado y se expulsan por los pulmones, como la cebolla, el ajo y el alcohol.

Los pulmones también excretan los productos del metabolismo de las proteínas y de las grasas, por eso los comedores de carne tienen peor aliento que los vegetarianos. En otro orden de ideas, el contenido gástrico puede manifestarse al exterior a través de un eructo o un vómito. En estos casos es pasajero y responde bien a los métodos habituales de higiene bucal.

- Halitosis patológica
 - Causas bucales (enfermedad periodontal, estomatitis, faringitis y tumores; la higiene bucal deficiente; reconstrucciones dentales deterioradas; enfermedad crónica periodontal y gingivitis; absceso dentario y fístula bucoantral, entre otras).¹⁰
 - Causas extrabucales: la ausencia de un posible origen bucal permite considerar la posibilidad de una causa orgánica a otros niveles.
 - Causas peribucales: nasal, paranasal y laríngea.
 - Enfermedades digestivas
 - Enfermedades respiratorias
 - Enfermedades neurológicas
 - Enfermedades sistémicas

HALITOSIS DE ORIGEN PSIQUIÁTRICO

- Halitosis psicósomática o pseudohalitosis

El paciente percibe un mal olor en su aliento que otros no distinguen y no puede detectarse con las pruebas diagnósticas disponibles. Suelen ser personas con tendencia a la autoobservación, autocrítica y con dificultad para expresar emociones. En la mayoría de estas personas se debe a la interpretación errónea de las actitudes de otras personas (taparse la nariz, volver la cara, dar un paso atrás) y que interpretan como rechazo a su supuesta halitosis, lo que reforzaría su creencia. Por el contrario, se ha demostrado que estos gestos son accidentales y no tienen relación con el mal aliento.¹¹⁻¹⁴

- Halitofobia

Es un miedo exagerado a sufrir mal aliento: el paciente cree que persiste la halitosis, incluso, después de un tratamiento adecuado. Así, con frecuencia evitan actos sociales (fobia social), están preocupados continuamente por el aliento, se lavan la boca a menudo, usan chicles, caramelos, mantienen una distancia de seguridad al hablar y discuten mucho sobre el tema. Los casos extremos llegan al aislamiento social, con interrupción de la vida laboral o académica, se exponen a procedimientos médicos invasivos innecesarios como la extracción de todas las piezas dentarias o, incluso, llegan al suicidio.¹⁵

Algunos autores consideran que esta halitosis imaginaria puede ser un síntoma incluido en varios síndromes psiquiátricos, entre los cuales figuran:

- Trastornos de ansiedad
- Trastornos somatoformes
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos psicóticos

Diagnóstico de halitosis

La halitosis parece atribuirse a los compuestos volátiles sulfurados, principalmente el metilmercaptano y, en menor medida, el sulfuro de hidrógeno. Actualmente, se emplean 3 métodos para objetivar la halitosis.¹⁶

- Características organolépticas determinadas por un observador externo: percepción del aliento por parte de un examinador y puntuar según escala de 0 a 5, lo cual se realizará 2 o 3 días diferentes. Esta prueba es especialmente útil cuando se sospecha pseudohalitosis o halitofobia, para ello es preciso evitar comidas, bebidas y chicles al menos 2 horas antes de la cita, así como tabaco e ingesta de cebolla, ajo y comidas especiadas durante las últimas 24 horas. Por otra parte, no debe usarse lápiz labial con olor, perfumes el día del estudio ni mientras se esté tomando antibióticos.
- Cromatografía gaseosa: es el método de referencia, ya que detecta de forma específica los compuestos volátiles de sulfuro y la causa principal de la halitosis. El inconveniente es la voluminosidad del equipo y la necesidad de un operador experimentado, por lo cual es difícil disponer de él en la práctica.
- Monitor portátil de sulfuro (Halimeter®): analiza el contenido total de sulfuro en aire expirado.
- Otros métodos menos empleados son: test del aliento, test del olor de Rosemberg, la actividad de ureasa bucal y por último, el único test que mide otros gases sulfurados correlacionados con la halitosis.

Origen del mal olor

Para establecer el origen del mal olor se realizan varias maniobras a saber:

- Oler de forma alterna el aliento procedente de la boca y la nariz, orienta sobre el origen del olor: se pide al paciente que cierre la boca y expulse aire por la nariz, si se detecta mal olor es posible que la causa sea nasofaríngea o sistémica. Si el mal olor se detecta al exhalar aire por la boca, con la nariz tapada, entonces hay que sospechar una posible causa bucal.
- El olor periodontal procede del área subgingival y del espacio interdental.
- Test de la cuchara: se emplea en personas con buena higiene bucal, con dientes sanos y salud periodontal, el olor procede frecuentemente de la parte posterior de la lengua. La exploración consiste en el raspado con una cucharilla de plástico en la superficie dorsal de la zona posterior de la lengua. A continuación se compara el olor de la cucharilla con el de toda la boca. En ocasiones se objetiva una cubierta a modo de membrana producida por la placa.
- Goteo posnasal: si se ve secreción amarilla en la cucharilla, el goteo es frecuente, no significa que exista la afección; si el goteo no huele, pero al depositarse en la lengua, puede pudrirse por la acción de la flora de la lengua.

- Olor de la dentadura: una maniobra puede ser guardar la dentadura en una bolsa de plástico durante unos minutos y oler posteriormente al abrirla.
- Si no se identifica una causa bucal, se recomienda pautar una semana con gargarismos con un potente colutorio antibacteriano, como la clorhexidina. Si se reduce significativamente el mal olor, habrá que seguir investigando una causa bucal.¹⁷

Examen físico general

Cuando el paciente refiere preocupación con respecto a su aliento se hará una evaluación cuidadosa, puesto que el aliento es fluctuante durante el día.^{14,17} Las consultas se pueden planificar en la mañana y antes de comer y realizar procedimientos de higiene bucal.

Es importante examinar la cavidad bucal, tanto de dientes como de tejidos blandos, incluidos los labios, para buscar úlceras producidas por traumatismos, infecciones o neoplasias. Puede ser necesaria una radiografía para identificar una caries que llega a la pulpa del diente; en la lengua, el espesor de la capa saburral está relacionada con el mal olor y constituye la principal causa de mal aliento en ausencia de enfermedad periodontal, de manera que se hace necesario evaluar la extensión de la placa, la inflamación gingival y la enfermedad periodontal en cada paciente.

Se recomienda buscar síntomas y signos de xerostomía: pérdida del sentido del gusto, disfagia, mucosa bucal dolorosa y eritematosa, caries excesivas y pérdida de papilas filiformes que originan una lengua atrófica, brillante y eritematosa.

La exploración extrabucal debe centrarse en posibles infecciones o tumores orofaríngeos, inflamación de las glándulas salivares y secreción de material purulento. Para examinar la permeabilidad de las fosas nasales se indica expulsar aire por una fosa nasal y cerrar la otra; asimismo, las rinoscopias anterior y posterior permiten detectar goteo posnasal y poliposis, entre otras.

Es importante la confirmación de la halitosis por algún familiar, por ser más objetivo, e informar también sobre su intensidad.

Los exámenes complementarios se indican para identificar la causa y entre estos figuran: analítica general, radiografía de senos paranasales, tomografía de la región medio facial, laringoscopia indirecta o directa y cultivos microbiológicos, por citar algunos.

Si no ha sido identificada una causa orgánica, habrá que valorar una posible causa psiquiátrica.

Tratamiento

El tratamiento para la halitosis se ha establecido en 5 categorías según la causa, para proporcionar unas guías clínicas de actuación, así como la necesidad de derivación a otro especialista: de TN-1 a TN-5 (tratamiento necesario) y se divide de la manera siguiente:¹⁸⁻²⁰

- Grupo TN-1: halitosis fisiológica, incluye las medidas generales de higiene y cuidado de la boca.
- Grupo TN-2: halitosis patológica de origen bucal, ocasionada principalmente por la enfermedad periodontal y por deficiencias en material protésico que pueden contribuir al acúmulo de restos de comida y material de desecho. El tratamiento es estomatológico.
- Grupo TN-3: la halitosis patológica de causa extrabucal. Debe ser estudiada por el médico de familia o derivada al especialista correspondiente para determinar la causa y aplicar el tratamiento específico para cada enfermedad
- Grupo TN-4: los pacientes con pseudohalitosis creen que el comportamiento de otras personas está condicionado por su mal aliento. A estos se le brinda educación sanitaria y se les explica el resultado del estudio si la intensidad de su aliento no está por encima de niveles socialmente aceptados. Este paso es el más importante para diferenciar la pseudohalitosis de la halitofobia: los pacientes con pseudohalitosis generalmente responden favorablemente porque son capaces de comprender el consejo médico.
- Grupo TN-5: los pacientes que padecen halitofobia y no aceptan que su percepción de mal olor es errónea, de manera que necesitan asistencia psicológica especializada (psicólogo, psiquiatra); también se incluyen aquellos con halitosis verdadera, tratados con éxito por TN-2 o TN-3 en los que persiste la percepción de halitosis.

Aunque se le considera un problema social muy relacionado con una higiene dental deficiente o con enfermedades de la cavidad bucal, también suele ser la manifestación de afecciones a otros niveles, ya sea peribucal, respiratoria, digestiva o, incluso, una enfermedad psiquiátrica o sistémica grave.

Como primera medida se recomienda el cepillado de los dientes y la lengua 2 veces al día, hilo dental, así como enjuagues y gargarismos con un colutorio de clorhexidina 2 veces al día, además de reevaluación a los 7 o 14 días. Si el paciente no mejora se le indican los exámenes complementarios para identificar las posibles causas, ya sean bucales o extrabucales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Armas Águila Y, Valdivia Anega NC, Lorenzo Rodríguez A, Muñiz Roque AM, Gandul Salabarría L, Sarcelo Montiel Z. Carpeta Metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. 2 ed. La Habana: MINSAP; 2008. p. 68-104.
2. Garrigó Andreu MI, Sardiña Alayón S, Gispert Abreu E, Valdés García P, Legón Padilla N, Fuentes Balido J, et al. Guías prácticas de estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003 [citado 20 Ene 2011].
3. Mafla AC. Adolescencia: cambios biopsicosociales y salud oral. Colombia Médica. 2008; 39(1): 41-57.

4. El comportamiento en las etapas del desarrollo humano [citado 12 Dic 2013].
5. Toledo Curbelo GJ. Fundamentos de la salud pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.p.20-9.
6. Bad breath: Risk factors and contributing conditions [citado 12 Dic 2013].
7. Bad breath [citado 12 Dic 2013].
8. Pillinger J. Bad breath [citado 12 Dic 2013].
9. Salud dental a cualquier edad [citado 12 Dic 2013].
10. Cómo mantener la salud dental de los adolescentes [citado 22 Ene 2014].
11. Fernández Esquivel MR. Diagnóstico y tratamiento en halitosis. Rev Cient Odontol. 2009 [citado 22 Ene 2014]; 5(2).
12. La menstruación y el estrés como factores causantes de halitosis. Rev Divulg Cient Cult Salud Cuba. 2014 [citado 22 Ene 2014];3(1).
13. Ierardi E, Amoruso UN, La Notte T, Francavila R, Castellaneta S, Marrazza E. La halitosis y helicobacter: una posible relación. Excave Dis Sci. 2009;43(12):2733-7.
14. Orive J. Etiología y diagnóstico de la halitosis. Rev Española Estomatológica 2010; 23(3):207-10.
15. Replogle WH, la Beebe D. Halitosis. Es Fam Phy. 2010;53(4):1215-23.
16. Bohn P. Imagined la halitosis: ¿un síntoma de la fobia social? La J Calif Mella Assoc. 2008;25(2):161-200.
17. Jiménez Arias ME. Olores agradables y desagradables en las exposiciones científicas orales. MEDISAN. 2014 [citado 22 Ene 2014].
18. Neiders M, el Ramos B. Funcionamiento de clínicas de respiración malas. Acta Odontol Venez. 2008; 30 (5):295-301.
19. López López J, Otero Rey E, Estrugo Devesa A, Jané Salas E. Etiopatogenia de la halitosis. Revisión. Av Odontoestomatol. 2014 [citado 22 Ene 2014];30(3).
20. Halitosis y salud bucal [citado 22 Ene 2014].

Recibido: 9 de mayo de 2014.

Aprobado: 16 de mayo de 2014.

Barbara Olaydis Hechavarría Martínez. Clínica Estomatológica Docente "José Luis Tassende". Avenida de los Libertadores y Paseo Martí, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: barbara.hechavarría@medired.scu.sld.cu