

Halitosis



M. B. Panizo Santos

Pediatra. CS de Carranque y Cedillo del Condado. Toledo.

PUNTOS CLAVE

- La halitosis es el olor desagradable del aliento.
- La principal causa es la emisión de compuestos volátiles de sulfuro, originados en la boca.
- El tratamiento se basa en corregir la etiología causante y sobre todo en una buena higiene oral.

INTRODUCCIÓN

La halitosis es el olor desagradable del aliento¹⁻⁶. Es un problema muy frecuente en la población adulta, que también pueden presentar los niños, aunque en este grupo de edad son pocos los estudios realizados sobre su incidencia¹.

Desde hace miles de años ya se consideraba un problema, independientemente de culturas o religiones; así se refiere en la Biblia, el Talmud, el Corán, el budismo, papiro de Ebers, escritos griegos y romanos (Plinio El Viejo, Hipócrates). Sin embargo, hasta 1874 no fue escrito el primer tratado sobre halitosis por Joseph Howe –con su libro “el aliento y las enfermedades que le dan un olor fétido”.

ETIOLOGÍA

El 90% de los casos de halitosis tienen su origen en la cavidad oral^{1-4,6}.

Causas orales

Generalmente, el mal olor tiene su origen en la parte posterior de la lengua, donde se acumula el goteo postnasal, partículas de alimento, células descamadas y sangre. Todo este conjunto es hidrolizado por bacterias Gram-negativas anaerobias de la cavidad oral, dando lugar a liberación de compuestos volátiles de sulfuro¹⁻⁶.

La superficie de la lengua, al ser irregular, con papilas y criptas, favorece el acúmulo de detritus que no son arrastradas por la saliva y la proliferación bacteriana anaerobia, que tiene menor requerimiento de oxígeno.

Los compuestos volátiles de sulfuro favorecen la degradación del colágeno y aumentan la permeabilidad de la mucosa periodontal, todo lo cual favorecería la aparición de gingivitis y enfermedad periodontal que a su vez provoca mayor halitosis^{1,3,5}.

La saliva tiene un papel protector frente a la halitosis, ya que junto a su acción bactericida, tiene un efecto limpiador de la superficie de la lengua, encías y dientes. Por ello es frecuente el mal olor matutino, ya que por la noche se reduce el flujo salivar y su efecto beneficioso²⁻⁵.

- Mala higiene oral: da lugar a un acúmulo de restos alimenticios en la superficie de la lengua, espacios interdentes y área subgingival, con la consiguiente proliferación bacteriana y producción de halitosis. Esta suele ser la principal causa de halitosis^{1-4,6}.
- Gingivitis, periodontitis, glositis: se produce inflamación, tejido desvitalizado y hemorragias que aumentan el proceso de putrefacción y sobrecrecimiento bacteriano¹⁻⁶.
- Patología dental: caries, malposición dental y aparatos de ortodoncia, favorecen la retención de alimento y la inflamación gingival¹⁻⁶.
- Xerostomía: debida a deshidratación, déficit vitaminas A y B₁₂, anemia, diabetes, enfermedad de Sjögren, medicamentos, quimioterapia, respiración bucal, parotiditis¹⁻⁶.
- Candidiasis oral: produce un cambio en la mucosa oral. En los niños puede ser debida a corticoides inhalados, uso de antibióticos e inmunosupresión^{1,2}.

Causas otorrinolaringológicas

- Nasales: toda patología que cause obstrucción o inflamación en fosas nasales puede causar halitosis. Pólipos, infecciones (rinitis, sinusitis), atresia de coana unilateral, angiofibroma nasofaríngeo, rinitis alér-

gica, cuerpo extraño en fosa nasal (provoca una inflamación de la mucosa y sobreinfección)¹⁻⁶.

- Amigdalitis: su papel en la halitosis no está del todo claro. En las amígdalas crípticas se puede acumular restos de alimentos y células epiteliales que por efecto de las bacterias anaerobias se descomponen y originan compuestos sulfuro. En las amigdalitis agudas, también se puede apreciar una halitosis transitoria, sobre todo en las que tienen material purulento^{1-4,6}.
- Adenoides: la hipertrofia adenoidea puede ser de tal intensidad que obligue a una respiración bucal, lo que produce una sequedad de la mucosa oral y menor efecto beneficioso de la saliva^{1,4}.

Causas broncopulmonares¹⁻⁶

- Absceso pulmonar.
- Bronquiectasia: congénita, fibrosis quística.

Causas digestivas

A pesar de lo que se cree habitualmente, la halitosis no suele tener origen digestivo, ya que el esófago suele estar colapsado y no permite el escape continuo de gases del estómago^{2,4}.

- Divertículos faringo-esofágicos: se puede producir la acumulación de saliva y comida, seguida de putrefacción y halitosis^{1,2,6}.
- Reflujo gastroesofágico, hernia de hiato: está alterada la función de cierre del esófago, lo que permite la salida constante de olor gastrointestinal^{1,2,3}.
- Acalasia: hay una falta de relajación del esfínter esofágico, reteniéndose alimento y saliva, y dando lugar a halitosis^{1,2}.
- Infección por *Helicobacter pylori*: existe gran controversia sobre la relación de este germen con la halitosis. En algunos estudios en adultos se ha visto que la erradicación de *Helicobacter* conlleva una disminución de la halitosis¹⁻³.
- Hepatopatías, cirrosis: el aliento tiene un olor característico dulzón^{1,2,4-6}.

Causas sistémicas

- Uremia: en la insuficiencia renal se produce una acumulación de urea que se elimina a través de la cavidad oral, dando lugar a un aliento con olor a orina^{1-3,4-6}.
- Diabetes mellitus mal controlada: se elimina acetona por vía respiratoria, apreciándose un olor en el alien-

to dulzón, afrutado ("manzana reineta"). La diabetes también asocia mayor susceptibilidad a candidiasis oral, enfermedad periodontal y xerostomía, todas ellas causas de halitosis¹⁻⁶.

- Trimetilaminuria: enfermedad genética en la que no se metaboliza la trimetilamina que se acumula en suero, orina y aliento. Se caracteriza por un olor a pescado en aliento, orina y sudor¹⁻³.
- Fiebre: debido a una respiración oral y disminución del flujo salivar²⁻⁴.

Alimentación

Hay ciertos alimentos que tras su digestión producen metabolitos organosulfurados que pasan a sangre y son eliminados a través de la respiración, dando lugar a un aliento característico.

Los alimentos que causan halitosis son: ajo, cebolla, brécol, coles de Bruselas, puerro, cebollino, algunas especias, carne curada (pastrami), café y alcohol¹⁻⁶.

DIAGNÓSTICO

Se debe explorar cuidadosamente la cavidad oral, valorando los dientes y espacios interdentes, la higiene, el tejido periodontal, la lengua y las prótesis. Es necesario descartar la existencia de úlceras, gingivitis, xerostomía¹⁻³.

La realización de una historia clínica adecuada del niño, nos puede orientar hacia un origen extraoral de la halitosis¹⁻³.

Existen métodos de medición de la halitosis:

- Mediciones organolépticas: valoración del aire exhalado por el examinador.
- Cromatografía de gases: es el método *gold standard*. Mide los compuestos volátiles del aliento.
- Monitor portátil de sulfuros: permite conocer el contenido total de sulfuro en el aire exhalado^{1,2,5}.

A nivel de Atención Primaria, el método diagnóstico a emplear sería la valoración por parte del pediatra del aire exhalado por el niño, aunque este método supone una valoración subjetiva.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ir encaminado al origen de la halitosis.

Medidas higiénicas

Debemos dar pautas de buena higiene bucal: lavado de dientes tres veces al día, limpiar las superficies interna y externa de los dientes; emplear seda dental para la correcta

limpieza de las zonas interdentes; buen cepillado de la lengua, sobre todo de la zona dorsal y posterior, que son el origen más frecuente de halitosis¹⁻⁶.

Acudir de modo regular al odontólogo.

Tratamiento farmacológico

Se emplean una serie de antisépticos en forma de colutorios o pastas dentífricas que ayudan a controlar la halitosis. Estas sustancias deben cumplir unos requisitos, tener baja toxicidad y no alterar el equilibrio de la microflora natural^{3,5,6}.

Lo más recomendado es emplear los enjuagues por la noche, antes de acostarse y mantenerlos en la boca durante 30 segundos. Valorar antes la capacidad del niño para realizar bien el enjuague (suelen hacerlo bien a partir de los seis años). Es muy importante insistir en que los colutorios son un complemento a la limpieza de la boca, pero no un sustituto y que su efecto dura brevemente (aproximadamente tres horas)².

- Colutorios con zinc: en forma de citrato, cloruro o acetato. Interfiere en la formación de los compuestos volátiles olorosos. Tienen pocos efectos secundarios¹⁻⁶.
- Clorhexidina: en dosis altas provoca una alteración en la flora bacteriana, ya que tiene un efecto bactericida. En dosis bajas (0,05%) tiene efecto bacteriostático. Es muy útil en la eliminación de la placa y en las gingivitis. No debe recomendarse un uso prolongado por los efectos secundarios que tiene, como la tinción de dientes y lengua, la alteración transitoria del gusto y el sabor metálico¹⁻⁶.
- Triclosán: efecto antimicrobiano, en dosis altas es bactericida, y también tiene un efecto antiinflamatorio. Unido al zinc tiene mayor efectividad y un efecto

acumulativo, de modo que cuanto más tiempo se emplea mayor es la reducción del mal olor²⁻⁶.

- Cloruro de cetilpiridino y cloruro de benzalconio: *in vivo* tienen una actividad limitada. Deben ir unidos a otros compuestos químicos que faciliten su adhesión a superficies^{1-3,5,6}.

Otras recomendaciones^{2-4,6}

- Beber abundante agua para evitar la sequedad de boca.
- Evitar ingesta de alimentos que favorecen el mal aliento.
- Masticar chicles durante breve tiempo, favorece la producción de saliva.
- En adolescentes, debemos recomendar evitar el consumo de tabaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Di Costanzo V, Di Costanzo JL. Halitosis ou mauvais haleine chez l'enfant. *J. Pediatr Puericulture*. 2001;14:67-76.
2. Fernández Amézaga J, Rosanes González R. Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. *MEDIFAM*. 2002;12:46-57.
3. Pérez Alcázar M. Halitosis. Causas y tratamiento. *Farmacia Profesional*. 2002;16:55-60.
4. Stamou E, Davidovitch M. Halitosis. *The Orthodontic Cyberjournal* 2005 [consultado el 11 Febrero 2011]. Disponible en: <http://orthocj.com/?s=halitosis&submit.x=0&submit.y=0>
5. Pascual-La Rocca A, Savoini M, Santos A. Halitosis y colutorios orales. Revisión de la literatura. *RCOE*. 2005;10(4):417-25.
6. Díez B, Fernández P, Hidalgo E, Salinas E. Halitosis. *Farmacia Profesional*. 2007;1:42-5.