

Estrategias actuales para diagnóstico y tratamiento de pacientes con sialorrea

M. P. López Jornet

Servicio de Medicina Bucal. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

La sialorrea es un síntoma debido a un aumento del flujo de saliva. El diagnóstico y tratamiento de un paciente con hipersalivación se logra tras una serie de deducciones basadas en un intento serio y juicioso de explicar cada dato de la historia clínica. Desafortunadamente son escasos los estudios epidemiológicos de esta sintomatología, por lo que existe dificultad a la hora de encontrar series significativas. Hay un amplio espectro de causas que pueden originar una hipersecreción salival¹⁻⁸ (tabla 1). A continuación vamos a revisar de forma breve las principales estrategias para el diagnóstico y control del paciente con hipersalivación.

Manifestaciones asociadas a la sialorrea

Habitualmente el diagnóstico se realizará a través de una anamnesis completa y buena exploración física. Las manifestaciones clínicas varían dependiendo de la intensidad y duración de la hipersecreción. Es frecuente la descamación de los labios, queilitis angular y dermatitis al nivel del mentón en pacientes expuestos a un babeo continuo. Puede presentarse ocasionalmente fatiga muscular al obligar a deglutir el exceso de saliva. También ocasiona dificultad en la fonación. Otro síntoma, por lo que se queja y consulta el paciente, es el cambio en el sentido del gusto. Además hay que considerar las repercusiones patológicas debidas a la pérdida de líquidos, electrolitos y proteínas. En determinados casos, en los que se acompaña de incontinencia salival, representa una barrera social importante, ya que el paciente termina por presentar un aspecto desagradable y molesto con una facies característica por su babeo y típico olor debido al cúmulo constante de saliva^{9,10}.

Actitud diagnóstica

Ante un paciente con hipersalivación, un criterio muy importante para el diagnóstico de la misma es comprobar si se debe a una sobreproducción de saliva o si es debida a una dificultad para tragar la saliva por un desorden neurológico. Existe un grupo de pacientes que por diversas causas nosológicas presentan como síntoma común el babeo crónico. Muchas

veces el problema se centra en un trastorno deglutorio que condiciona el cúmulo de su secreción normal de la saliva en la mitad anterior de la cavidad oral y no porque exista una hiperproducción de la misma. Entre éstos nos encontramos pacientes con neuropatías centrales, como accidente vascular cerebral, parálisis del VII par, etc.

Una prueba en la que se debe hacer especial énfasis es la valoración de los aspectos cuantitativos de la saliva mediante la sialometría. Si bien es conocida la dificultad para determinar la cuantía del babeo, no debe ser un obstáculo para llevarla a cabo. Dentro de las pruebas sialométricas, una de las utilizadas es la del terrón de azúcar (que consiste en medir el tiempo que permanece íntegro el terrón de azúcar colocado en el dorso de la lengua) está muy por debajo de los tres minutos. La media de la secreción de la glándula parótida estimulada puede estar muy elevada por encima de 3 ml/minuto. El estudio se completará con una electrogustometría para poder valorar los cambios del gusto. El pH salival se vuelve generalmente alcalino. Se deberá averiguar y descartar que existan problemas psicógenos que sean los causantes

TABLA 1

Principales causas implicadas en la sialorrea (1, 2, 10)

Causas fisiológicas

Erupción dental, embarazo

Alteraciones del aparato digestivo

Origen oral: pulpitis, amigdalitis

Causas esofágicas: espasmos, cuerpos extraños, cáncer

Causas gástricas: ulcus duodenal, hernia de hiato

Causas intestinales: helmintiasis

Causas hepáticas: litiasis, hepatitis vírica

Intoxicaciones exógenas por mercurio, yodo o plomo, o endógenas como uremia

En la fase crítica de determinadas enfermedades infecciosas puede originarse una sialorrea al mismo tiempo que una crisis de sudor

Causas neurológicas

Neuralgias faciales

Enfermedad de Parkinson

Auras epilépticas

Parálisis del V, X, XI, XII

Tumores cerebrales

Causas disendocrinopáticas

Hipertiroidismo y pseudohiperparatiroidismo

Causas farmacológicas

Pilocarpina, yoduros y l-dopa

Causas psíquicas

Ptialomanía, término por el que se agrupan diversas manifestaciones de la ansiedad, en el cual el paciente necesita de una aspiración incesante de saliva

Otras causas

E. Riley-Day (transpiración excesiva, sialorrea, erupciones cutáneas, labilidad emocional)

Correspondencia: P. López Jornet.
Hospital Morales Meseguer.
Clínica Odontológica Universitaria.
Medicina Bucal.
Avda. Marqués Vélaz, s/n.
30008 Murcia.
Correo electrónico: majornet@um.es

TABLA 2
Principales fármacos implicados
en la hipertensión salival (1, 6)

Modo de acción	Representantes
Parasimpaticomiméticos	Betanecol, carbacol, pilocarpina
Simpaticomiméticos	Epinefrina, nor-epinefrina, terbutalina
Directos SNC	Cocaína, reserpina, clonacepan
Efecto directo glandular	Compuestos yodados, mercurio
Irritación de mucosas	Cloroformo, éter

SNC: sistema nervioso central.

o asociados a la salivación. La recuperación será buena cuando la causa pueda ser controlable^{1,2,6}.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es reducir la salivación, lo más importante es identificar el o los posibles agentes etiológicos. Algunas sialorreas son transitorias y no necesitan tratamiento. En la práctica clínica diaria nos encontramos con que la hiperproducción generalmente está en relación con el uso de fármacos^{6,11-13} (tabla 2) y ésta mejora de forma espontánea cuando se suprimen. Otras veces el objetivo es minimizar la sintomatología, por lo que se recomienda para el control de la sialorrea la administración de fármacos atropínicos, antiespasmódicos o neuropsicótrópos con fuerte acción anticolinérgica; sin embargo, son medianamente eficaces y no se deben administrar de forma prolongada debido a los efectos secundarios. La medicación se pauta según la intensidad y duración; también es determinante la enfermedad subyacente o la intolerancia a alguno de estos fármacos. La prescripción de estos agentes anticolinérgicos, como la atropina, se utiliza en los adultos a dosis de 0,4 mg cada 4 a 6 horas, y en los niños se aconseja dosis de 0,01 mg/kg, no excediendo de 0,4 mg/día. Está contraindicada en pacientes con glaucoma, cardiopatía, alergia al fármaco, hipertrofia prostática o enfermedad obstructiva gastrointestinal. Sin embargo, debemos

considerar que el control de la secreción salival es generalmente inhibida a menor dosis que para otros órganos. Tienen interacción con antihistamínicos, anti-tuberculosos, IMAO, fenotiacinas y propranolol. Algunos autores^{11,12} obtienen una buena respuesta con la utilización de metantelina, que presenta una mayor actividad bloqueante ganglionar que antimuscarínica. Su acción a nivel gastrointestinal es más importante que la de la atropina, con menos efectos indeseables y un mayor tiempo de duración (6 horas). Su dosis es de 50-100 mg. Se debe evitar su uso cuando el paciente esté tomando anticolinérgicos por otras causas, como, por ejemplo, la enfermedad de Parkinson. También se ha utilizado la propantelina, que es similar a la metantelina, siendo ésta más potente. Su acción dura 6 horas y la dosis recomendada es de 10 a 30 mg. Otra modalidad terapéutica es la aplicación de parches transcutáneos de escopolamina obteniendo buenos resultados en niños con babeo que presentan un cierto retraso mental. También reduce, además de la sialorrea, la náusea y el vómito en el postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía¹⁴. Otra opción terapéutica potencialmente beneficiosa es la utilización de toxina *clostridium butulinum* inyectada alrededor de la parótida, consiguiendo una menor salivación; sin embargo, existe una gran variedad de respuesta a este tipo de tratamiento, por lo que no podemos trasladar su uso de forma rutinaria¹⁵.

Otra opción terapéutica es la rehabilitación oral mediante estimulación oromotora de los músculos orofaciales. La decisión de realizar procedimientos quirúrgicos en pacientes con hipersecreción salival queda reservada para aquellos que presentan parálisis cerebral o que no responden al tratamiento farmacológico, o cuando los efectos colaterales se vuelven inaceptables. Se han propuesto diferentes técnicas quirúrgicas con resultados variables. La extirpación de ambas glándulas parótidas encierra el riesgo de lesión del nervio facial con sus lógicas repercusiones estéticas, aparte de ser una técnica muy agresiva. Se puede realizar la sección de la cuerda del tímpano, la ligadura del canal del Wharton o Ste-

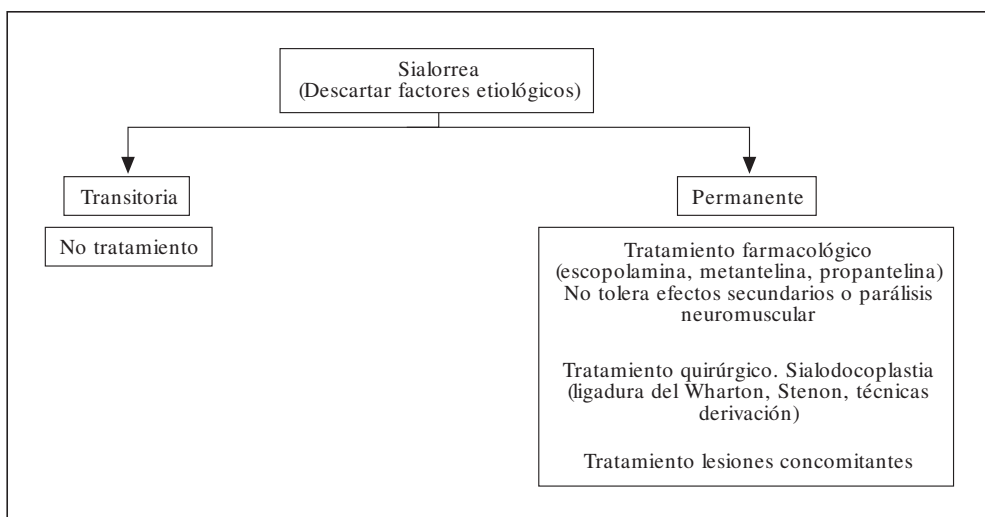


Fig. 1. Algoritmo para el manejo clínico de la sialorrea.

non o la técnica de Wilkie (derivación de los canales de Stenon y eliminación de las glándulas submandibulares)^{16,17}.

En la actualidad la radioterapia está formalmente contraindicada en razón a que existe un riesgo real de inducir la aparición de tumores u osteorradionecrosis¹⁸.

A modo de resumen, el diagnóstico de la sialorrea se realizará inicialmente a través de la anamnesis y exploración clínica cuidadosa. A pesar de que están surgiendo nuevos fármacos, que aumentan las alternativas terapéuticas, existe una ausencia de directrices únicas respecto a la utilización de éstos. La decisión de realizar procedimientos quirúrgicos queda reservada para aquellos que presentan una sialorrea importante que no responden al tratamiento farmacológico o cuando los efectos colaterales de éstos se vuelven inaceptables (fig. 1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Vaillant JM, Laudenbach P. Pathologie des glandes salivaires. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 1988. p. 41-8.
2. Silvestre Donat FJ. Alteraciones de la secreción de las glándulas salivales. En: Bagán Sebastián JV, Ceballos Salobreña A, Bermejo Fenoll A, Aguirre Urizar JM, Peñarrocha Diago M, editores. Medicina Oral. Barcelona: Masson, SA; 1995. p. 280-7.
3. Bartual Pastor J. Fisiología y fisiopatología parotídea. En: Symposium sobre la glándula parótida. Valencia: García Muñoz; 1980. p. 27-40.
4. Freeman JJ, Altieri RH, Baptiste HJ, Kuo T, Crittenden S, Forgaty K, et al. Evaluation and management of sialorrhea of pregnancy with concomitant hyperemesis. J Nat Med Assoc 1994;9:704-8.
5. Jhonson DA, Chobanian SJ, Cattau EL. Supersalivation. JAMA 1985; 19:2831-2.
6. López Jornet P, Bermejo Fenoll A. Desórdenes del flujo salival: hiposecreción e hipersecreción salival. Medicina Oral 1996;2:32-42.
7. Mandel L, Tamari K. Sialorrea and gastroesophageal reflux. JADA 1995;126:1537-41.
8. Lieblch S. Episodic supersalivation (idiopathic paroxysmal sialorrhea): Description of a new clinical syndrome. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989;68:159-61.
9. Nun JH. Drooling: review of the literature and proposals for manage. J Oral Rehabil 2000;9:735-43.
10. Seifert G, Miehke A, Haubrich J, Chilla R. Disorder of secretion. En: Seifert G, Miehke A, Haubrich J, Chilla R, editores. Diseases of the salivary glands. New York: George Thieme Verlag; 1986. p. 71-7.
11. Sanchis J, Sanchis C. Empleo de los antisialogogos en odontología. Arch de Odontostomatología 1988;4:479-82.
12. Oñate Sánchez R. Tratamiento del paciente con xerostomía y sialorrea. En: Bascones A, Bullón P, Castillo J, Machuca G, Manso F, Serrano J, editores. Bases farmacológicas de la terapéutica odontológica. Madrid: Avances, SL; 2000. p. 543-60.
13. Dworkin J, Nadal J. Nonsurgical treatment of drooling in a patient with closed head injury and severe dysarthria. Dysphagia 1991;6:40-9.
14. Dreyfuss P, Vogel D, Walsh N. The use transdermal scopolamine to control drooling. A case report. Am J Phys Med Rehabil 1991;4:220-2.
15. O'Sullivan JD, Bhatia KP, Lees AJ. Botulinum toxin A as treatment for drooling saliva in PD. Neurology 2000;55:606-7.
16. Crysdale WS. The drooling patients: Evaluation and current surgical option. Laryngoscope 1980;90:775-83.
17. Oliveras Moreno JM, López González M, López Palomo J, Delgado Moreno F. Tratamiento del babeo mediante sialodocoplastia. RCOE 1997;2:523-8.
18. Borg M, Hirst F. The role of radiation therapy in the management of sialorrhea. In T J Radiat Oncol Biol Phys 1998;41:1113-9.