

MANEJO DE LA HALITOSIS

Rafael Martín Masot

Centro de Trabajo: Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

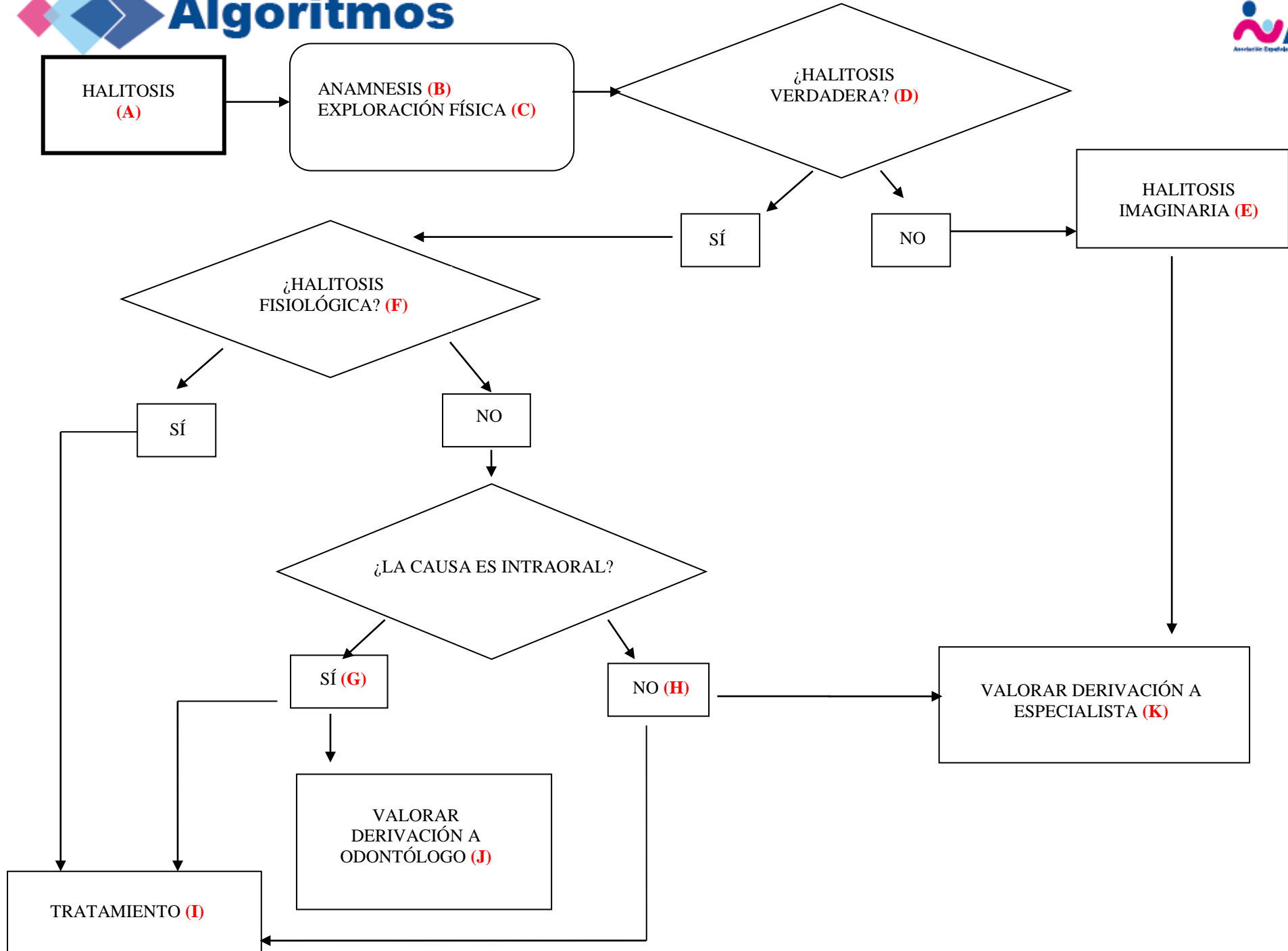
Dirección electrónica rafammgr@gmail.com

Eduardo Ortega Páez

Centro de Trabajo: UGC Maracena. Distrito Granada-Metropolitano. Granada.

Dirección electrónica: edortegap@gmail.com

Cómo citar este artículo: Martín Masot R, Ortega Páez E. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Manejo de la halitosis. AEPap. 2018 (en línea) consultado el dd/mm/aaaa. Disponible en algoritmos.aepap.org



- (A)** La halitosis se refiere al olor desagradable que se origina en la cavidad oral y que se hace patente con la respiración. El termino deriva de la palabra latina *halitus*, que significa aliento. Como norma general por halitosis se entiende “mal aliento” ^{1, 2}.
- (B)** Se debe de realizar encuesta dietética, de fármacos que esté tomando el paciente (Tabla 1) e historia dental, evaluando el grado de higiene bucal. Es importante preguntar a los familiares si la halitosis ha sido percibida por alguien más (para diferenciar verdadera halitosis de halitosis imaginaria, puesto que en el momento de la consulta puede no estar presente). En adolescentes pueden aumentar los problemas de pseudohalitosis y halitofobia^{1, 2, 3}. Es importante registrar en la anamnesis la aparición de otros síntomas que pudiesen orientarnos a alguna patología sistémica (Tabla 1.1).
- (C)** El primer paso de la exploración física será confirmar la presencia de halitosis. La evaluación por el examinador se considera el mejor modo de diagnóstico en la consulta. Idealmente, el paciente no debería haber comido, bebido, masticado o cepillado los dientes en las tres horas previas a la cita. Ya que el tratamiento con antibióticos por cualquier causa puede atenuar la halitosis³, debería de posponerse el diagnóstico hasta pasado un mes del tratamiento.
- Hay que examinar el olor de aire exhalado de la boca y de la nariz, y compararlos. Para evaluar el olor, se coloca la nariz del examinador a 10 cm de la cavidad oral del paciente después de que haya aguantado la respiración durante 10 segundos. Para evaluar el olor del aire exhalado por la nariz se le pide al paciente que respire normalmente con la boca cerrada mientras el examinador se acerca. Posteriormente se repite el mismo proceso, pero exhalando el aire por la boca. Es probable que el olor detectado únicamente en la cavidad oral tenga su origen ahí mismo; la halitosis percibida únicamente por aire exhalado de la nariz probablemente provenga de nariz o senos. Cuando el olor exhalado por ambos es similar es probable que exista una causa sistémica del mal olor¹.
- Es necesario realizar una exploración pediátrica general, que nos pudiese orientar a alguna patología de la Tabla 1.1. Hay que prestar atención a la exploración de la encía, la lengua y los dientes, puesto que en la mayoría de ocasiones la causa de la halitosis patológica se encuentra aquí.
- En ocasiones el olor proviene del dorso de la lengua por goteo postnasal. Para evaluarlo se puede realizar el test de la cuchara^{3, 9}, raspando con una cucharilla de plástico la superficie dorsal de la zona posterior de la lengua y comparando después el olor de la cucharilla con el de toda la boca. En caso de goteo postnasal se observa una secreción amarillenta en la cucharilla.
- Si el paciente presenta prótesis o accesorios nocturnos también hay que evaluarlos.
- (D)** La halitosis verdadera es aquella en la cual se puede objetivar el mal aliento, y puede ser de causa fisiológica o patológica.
- (E)** Es importante diferenciar la verdadera halitosis de la halitosis imaginaria: pseudohalitosis o halitofobia. El paciente con pseudohalitosis cree tener aliento desagradable, pero éste no puede ser objetivado ni por pruebas diagnósticas ni por otras personas. El paciente con halitofobia presenta además miedo irracional a tener halitosis y a que otras personas la reconozcan, lo que puede llevarle a presentar comportamientos obsesivos. Se puede dar después de un tratamiento de

halitosis verdadera o pseudohalitosis. Por otra parte, el síndrome de referencia olfativo es un trastorno psiquiátrico en el cual el paciente percibe emisión de olores corporales desagradables y tienen preocupación patológica de ofender a los demás^{1, 3, 8}.

- (F)** La halitosis verdadera fisiológica es una condición reversible y temporal de olor desagradable proveniente de la boca. Puede estar causada por alimentos, alcohol, tabaco, hiposalivación (por ejemplo, nocturna, por deshidratación o quimioterápicos, que da como resultado un aumento de microorganismos gram negativos sobre todo en el dorso de la lengua que causan aumento de compuestos volátiles de azufre) o putrefacción de partículas de alimento atrapadas entre dientes¹⁻⁴. También se ha descrito empeoramiento durante la menstruación y en dietas ricas en proteínas y con bajo contenido en carbohidratos, debido a sequedad oral o cetosis³. (Tabla 2)
- (G)** Las causas intraorales justifican la mayoría de los casos de halitosis patológica^{1, 2}. (Tabla 3)
- (H)** Las causas de halitosis patológica extraoral se encuentran recogidas en la Tabla 1 y 1.1^{1, 2, 3, 4}. Alguna de las causas presenta un olor característico (Tabla 4).
- (I)** El tratamiento principal será corregir la etiología de la halitosis; si se trata de halitosis fisiológica habrá que advertir de su carácter transitorio una vez cese la causa que la está produciendo. Si está producida por fármacos (Tabla 1) habrá que valorar el riesgo-beneficio o alternativas. Además, se pueden realizar una serie de medidas sencillas para tratar de disminuir la halitosis, como limpieza dental (tanto con cepillado con pastas dentífricas antimicrobianas así como con hilo dental), ingesta de comida frecuente y aumento de la ingesta de fruta y verdura con alto contenido en fibra^{2, 3, 4, 10}, consumo adecuado de agua, limpieza suave de la parte posterior del dorso de la lengua para barrer moco y células descamadas con un limpiador de lengua, preferiblemente por la noche y sin pasta de dientes^{2, 3}, mascar chicle brevemente (con cinco minutos es suficiente) si la boca está seca o después de las comidas y hacer gárgaras. No obstante, alguna de estas medidas están cuestionadas^{6, 11}. Es recomendable el enjuague bucal una hora o más después de la pasta de dientes y preferiblemente antes de acostarse, durante 30 segundos. Los agentes de lavado bucal antibacterianos que incluyen clorhexidina (CHX), cloruro de cetilpiridinio (CPC) y triclosán, así como enjuagues con dióxido de cloro y zinc que actúan sobre las bacterias productoras de halitosis pueden ser de utilidad. La clorhexidina se considera el enjuague estándar, aunque puede tener sabor desagradable y causar tinción (reversible) de los dientes^{2, 3}. Según la evidencia disponible no se debe recomendar una pauta de metronidazol para el tratamiento de la halitosis³, aunque algunos estudios indican que es efectivo⁷.
- (J)** Si hay evidencia de enfermedad periodontal o de dientes cariados, es necesaria la valoración por el odontólogo.
- (K)** Los pacientes con pseudohalitosis y halitofobia deben de saber que la halitosis que presentan es una percepción individual únicamente. Puede que necesiten evaluación por parte de un equipo de Salud Mental (psicólogo y/o psiquiatra).
Si por la anamnesis o por la coexistencia con otros síntomas se sospecha que la halitosis puede ser el indicador de una patología sistémica (Tabla 1.1) será necesario instaurar tratamiento específico por el especialista responsable.

Tabla 1 Causas extraorales de halitosis patológica: fármacos

FÁRMACOS CAUSANTES DE HALITOSIS
Sales de litio, griseofulvina, dimetilsulfóxido, antihistamínicos, fenotiazinas, anfetaminas, tosilato de suplastat, metronidazol, penicilaminas, tiocarbamidas, diuréticos, nitritos y nitratos, bifosfonatos, sales arsénicas.

Tabla 1.1 Causas extraorales de halitosis patológica: patologías sistémicas

PATOLOGÍAS SISTÉMICAS CAUSANTES DE HALITOSIS	
CAUSA	PATOLOGÍA
RESPIRATORIA	Bronquiectasias, bronquitis crónica, absceso pulmonar, fibrosis quística, asma, neumonía, enfermedad pulmonar intersticial, carcinoma de laringe.
GASTROINTESTINAL	Infección gastrointestinal, Enfermedad inflamatoria intestinal, divertículos faringo-esofágicos, infección por <i>Helicobacter pylori</i> ⁵ , gastritis, esofagitis, estenosis pilórica, hepatopatía, enfermedad por reflujo gastroesofágico, úlcera gastroduodenal, hernia hiatal, obstrucción intestinal.
ORL	Faringitis aguda, hipertrofia adenoidea, candidiasis oral, amigdalitis aguda, amigdalitis caseosa crónica, adenoiditis, rinitis crónica, cuerpos extraños en nariz, sinusitis pólipos, paladar hendido, uso excesivo de spray nasal, goteo postnasal, rinitis atrófica, absceso nasofaríngeo.
SISTÉMICA	Diabetes mellitus, cetoacidosis diabética, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, tirosinemia, trimetilaminuria, homocistinuria, enfermedad de la orina de jarabe de arce, acidemia isovalérica, granulomatosis de Wegener, discrasias sanguíneas.

Tabla 2. Causas de halitosis fisiológica

CAUSAS DE HALITOSIS FISIOLÓGICA
Hiposalivación (nocturna, parotiditis, quimioterapia, deshidratación)
Alcohol
Café
Tabaco y drogas
Ajo
Cebolla
Puerro
Pastrami
Especias
Coles de Bruselas
Salmuera
Rábano
Ayuno
Menstruación
Dietas ricas en proteínas

Tabla 3. Causas intraorales de halitosis patológica

CAUSAS INTRAORALES DE HALITOSIS PATOLÓGICA	
LESIONES ULCEROSAS DE LA MUCOSA	Virus (herpangina, estomatitis o gingivoestomatitis), sífilis, tuberculosis, neoplasia intraoral o heridas.
CAUSA ODONTOLÓGICA	Mala higiene interdental, enfermedad periimplante, periodontitis, lesiones cariosas profundas, pulpa necrótica expuesta, pericoronitis, restauraciones dentales imperfectas, prótesis sucias, uso de prótesis nocturnas o abscesos periodontales.

Tabla 4. Patologías que pueden causar olor característico

PATOLOGÍAS QUE PUEDEN CAUSAR OLOR CARACTERÍSTICO	
PATOLOGÍA	OLOR
Diabetes mellitus	Acetona, afrutado
Descompensación diabética	Manzanas podridas
Insuficiencia hepática	Olor dulce que puede ser descrito como ratones muertos, "fétor hepático"
Insuficiencia renal	Pescado podrido
Trimetilaminuria	Pescado podrido
Tirosinemia	Col hervida
Enfermedad de la orina de jarabe de arce	Azúcar quemado
Homocistinuria	Moho
Acidemia isovalérica	Sudor de pies
Absceso pulmonar o bronquiectasia	Carne podrida, putrefacción
Discrasias sanguíneas	Sangre de herida quirúrgica
Granulomatosis de Wegener	Putrefacción
Cirrosis hepática	Herida deteriorada

BIBLIOGRAFÍA

1. Anbardan S, Azizi Z, Daryani N. A Review of the Etiology, Diagnosis and Management of Halitosis. *Govaresh*. 2015; 20: 49-56.
2. Kapoor U, Sharma G, Juneia M, Naqpal A. Halitosis: Current concepts on etiology, diagnosis and management. *Eur J Dent*. 2016; 10: 292-300.
3. Rosemberg M, MD. Bad breath. En: UpToDate, Howard Libman, MD (Ed), UpToDate, Literature review current through: Jan 2017. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
4. Panizo M. Halitosis. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2011; 4:243-5.
5. Dou W, Li J, Xu L, Zhu J, Hu K, Sui Z, *et al*. Halitosis and helicobacter pylori infection. *Medicine*. 2016; 95: e4223.
6. Keceli T, Gulmez D, Dolgun A, Tekcicek M. The relationship between tongue brushing and halitosis in children: a randomized controlled trial. *Oral Diseases*. 2015; 21:66–73.
7. Sayedi SJ, Modaresi M, Saneian H. Effect of Metronidazole on Halitosis of 2 to 10 Years Old Children. *Iran J Pediatr*. 2015; 25: e252.
8. Rodríguez-Quiroga A, Rubio Mendoza LM, Carrillo Gómez A. Síndrome de referencia olfatorio: a propósito de un caso. *Psiquiatr Biol*. 2014; 21: 113-5.
9. Fernandez Amézaga J, Rosanes González R. Halitosis: diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. *Medifam*. 2002; 12:46-57.
10. Wälti A, Lussi A, Seemann R. The effect of a chewing-intensive, high-fiber diet on oral halitosis: A clinical controlled study. *Swiss Dent J*. 2016; 126: 782-795.
11. Scully C, Porter S. Halitosis. *Clin Evid*. 2008; 17: 1305.