



Rev Mex Med Forense, 2019, 4(suppl 1):39-41

ISSN: 2448-8011

Hiposalivación y xerostomía en pacientes hipertensos, diabéticos y/o hipertenso-diabéticos

Artículo Original

Hyposalivation and xerostomia in hypertensive, diabetic and hypertensive-diabetic patients

García-Jerónimo, Alexia Polet¹, Ramírez-Prado, María Isabel², Rodríguez-Guzmán, Leoncio Miguel³, Castañeda-Felgueroso, Juan Antonio³, Ríos-Martínez, Miriam del Carmen³

¹Licenciatura como Cirujana Dentista.

²Doctora En Educación, Facultad De Odontología De La U. V. campus Minatitlán.

³Master En Investigación Clínica. Facultad De Medicina De La U. V. campus Minatitlán.

Corresponding author: García Jerónimo Alexia Polet, apgj_94@hotmail.com

RESUMEN

Introducción. La saliva, es un biofluido esencial, y es significativo conocer el grado de afección en pacientes hipertensos (HAS), diabéticos tipo II (DM2), hipertenso-diabéticos (HAS-DM2), ya que perjudica en la calidad de vida y el éxito del tratamiento odontológico. **Objetivo.** Determinar la prevalencia de xerostomía, la tasa de flujo salival basal (FSB) y flujo salival estimulado (FSE) en pacientes HAS, DM2, HAS-DM2 y aparentemente sanos.

Metodología. Muestra de 45 pacientes, se les aplicó el cuestionario de Fox, la técnica de expectoración y el test de parafina. La asociación de xerostomía y flujo salival se evaluó con la prueba de X^2 . **Resultados.** Se diagnosticó al 26.66% (12 pacientes) con xerostomía, y una prevalencia de 0.26, el grupo más afectado HAS-DM2 57.14% (8 pacientes) con un valor $p=0.014$. El FSB y FSE en las féminas marca una diferencia significativa $p=0.024$ y $p=0.003$. El FSB y FSE por condición sistémica, indica un

valor alto $p=0.185$, aunque los HAS obtuvieron el menor promedio. **Conclusión.** Los pacientes HAS-DM2, presentaron una prevalencia alta de xerostomía, los HAS las tasas más bajas de FSB y FSE. Esto indica que la farmacológica por antihipertensivos compromete más los niveles de secreción

INTRODUCCIÓN

En México las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en una epidemia mundial que amenaza la esperanza y la calidad de vida, en base a datos de la INEGI y la OMS las dos principales enfermedades son: la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares, la DM2 está asociada con alteraciones frecuentes del sistema estomatognático (Hechavarría *et al*, 2016) y la farmacoterapia por antihipertensivos causante de xerostomía (Ibáñez *et al*, 2011). Por tanto la saliva es esencial para mantener el equilibrio en la boca, su ausencia o cambios representan un problema de salud (De Luca y Roselló, 2014). La xerostomía es la subjetividad de boca seca y la hiposalivación es la objetividad a la disminución del flujo salival (López *et al*, 2016). El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de xerostomía y la tasa de flujo salival basal y estimulado en pacientes HAS, DM2, HAS-DM2 realizando un comparativo con personas sanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, comparativo, cuantitativo y cualitativo. En HAS, DM2, HAS-DM2 que acudieron al el “HGZUMF 32 de Minatitlán, Ver” en pacientes diagnosticados y controlados, personas aparentemente

salival, así que diagnosticar y tratar la hiposalivación, es indispensable para éxito en el plan de tratamiento. **Palabras clave:** hiposalivación, xerostomía, flujo salival.

sanas, sexo indistinto, edad 35-80 años, obteniendo una muestra de 45 pacientes (29 mujeres y 16 hombres). Se aplicó el cuestionario de Fox para determinar la xerostomía (López *et al*, 2016), la prueba de expectoración para el FSB (Aitken *et al*, 2013) y el test del cubo de parafina para el FSE (Medeiros *et al*, 2009). El análisis estadísticos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 y Excel 2013. La comparación entre los grupos se hizo con el T-student y anova.

RESULTADOS

La muestra estuvo distribuida por 13 personas sanas, 10 personas HAS, 8 personas DM2 y 14 personas HAS-DM2. La prevalencia de xerostomía es de 0.26 con 12 pacientes positivos. La xerostomía por grupos de estudio, afecto más HAS-DM2 con 57.14% (8 pacientes) con una diferencia significativa ($p=0.014$). El FSB y FSE a los 5 minutos por sexo marca un valor significativo en las féminas ($p=0.024$) y ($p=0.003$) respectivamente, en comparación con los hombre. El FSB por condición sistémica presento valores mayores de ($p=0.267$) a los 5 minutos, ($p=0.466$) a los 10 minutos, aunque el grupo de HAS obtuvo el promedio más bajo. El FSB y FSE a los 5 minutos por condición sistémica no presento diferencias ($p= 0.185$), pero los HAS obtuvieron el menor promedio en FSB y FSE comparado con el grupo sano.

Tabla 1 Flujo salival basal/estimulado por condición sistémica.

Enfermedad	Flujo salival basal a los 5 min	Flujo salival estimulado a los 5 min
SANO	0.35±0.28	2.89±1.37
HAS	0.17±0.10	1.72±0.85
DM2	0.32±0.22	2.61±1.44
HAS-DM2	0.28±0.18	2.45±1.30

DISCUSIÓN

La xerostomía fue mayor en los HAS-DM2 ($p=0.014$), esto es similar a los datos obtenidos por (Morales y Aldape, 2013). El FSB y FSE presento una disminución significativa en las mujeres lo que concuerda con (Estrada *et al*, 2015). El FSB no presento diferencias significativas, pero si el menor promedio en HAS, esto concuerda con (Ibáñez, et al, 2011) y (Medeiros *et al*, 2009) con un 74.7% que presentaron hiposalivación por tratamiento antihipertensivo, (Atilas *et al*, 2009) se menciona que la hiposalivación es común en personas con antihipertensivos, esto difiere por (Morales y Aldape, 2013), donde los HAS-DM2 mostró diferencia significativa ($p=0.023$). El FSE no fue significativo, pero el promedio más bajo fue en los HAS, difiere de lo expuesto por (Morales y Aldape, 2013), ya que los pacientes DM2 y HAS-DM2 mostraron un valor menor ($p < 0,001$).

REFERENCIAS

1. Aitken J, Maturana A, Morales I (2013). Estudio de confiabilidad de la prueba de sialometría para flujo no estimulado en sujetos adultos clínicamente sanos. *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, 6(1), 25–28.
2. Átilas N, Costa M, Morais R (2009). Hiposalivación inducida por drogas

- antihipertensivas. *Acta Odontológica Venezolana*, 47(1).
3. De Luca Monasterios, F. M., & Roselló Llabrés, X. (2014). Etiopatogenia y diagnóstico de la boca seca. *AVANCES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA*, 30(3), 121–128.
4. Estrada C, Navarro M, De La Fuente Santana (2015). Prevalence of hyposalivation patients of different adult age groups, with arterial hypertension, medicated with captopril, in Torreon, Mexico. *Oral 2015*, (52), 1279–1282.
5. Hechavarría B, Núñez L, Fernández M. (2016). Principales alteraciones bucodentales en pacientes con diabetes mellitus. *MEDISAN*, 20(9).
6. Ibáñez Mancera, N. G., Piña Libien, Y. B., Aguilar Díaz, N., & Partida Rodríguez, E. (2011). Xerostomía (hiposalivación) secundaria al tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. *REVISTA ADM*, LXVIII (6), 283–89.
7. López-Pintor, R. M., Casañas, E., González-Serrano, J., Serrano, J., Ramírez, L., De Arriba, L., & Hernández, G. (2016). Xerostomia, Hyposalivation, and Salivary Flow in Diabetes Patients. *Journal of Diabetes Research*, 2016, 1–15.
8. Medeiros G, Castillo B, Jales A (2009). Hiposalivación y xerostomía: prevalencia y factores asociados en ancianos con enfermedades cardiovasculares. *Rev Mult Gerontol*, 19(2), 80–85.
9. Morales-de la Luz, R., & Aldape-Barrios, B. (2013). Flujo salival y prevalencia de xerostomía en pacientes geriátricos. *REVISTA ADM*, LXX (1), 25–29.