

## Halitosis

M. B. Panizo Santos

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

### 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 aliento<sup>1-8</sup>. 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 incidencia<sup>1</sup>.

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, el 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<sup>1-4,6-8</sup>.

#### 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 gramnegativas anaerobias

de la cavidad oral, dando lugar a liberación de compuestos volátiles de sulfuro<sup>1-8</sup>.

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<sup>1,3-5,8</sup>.

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 beneficioso<sup>2-5</sup>:

- Mala higiene oral: da lugar a un acúmulo de restos alimenticios en la superficie de la lengua, espacios interdientales y área subgingival, con la consiguiente proliferación bacteriana y producción de halitosis. Esta suele ser la principal causa de halitosis<sup>1-4,6-8</sup>.
- Gingivitis, periodontitis, glositis: se produce inflamación, tejido desvitalizado y hemorragias que aumentan el proceso de putrefacción y sobrecrecimiento bacteriano<sup>1-8</sup>.
- Patología dental: caries, malposición dental y aparatos de ortodoncia favorecen la retención de alimento y la inflamación gingival<sup>1-8</sup>.
- Xerostomía: debida a deshidratación, déficit vitaminas A y B<sub>12</sub>, anemia, diabetes, enfermedad de Sjögren, medicamentos, quimioterapia, respiración bucal, parotiditis<sup>1-8</sup>.
- Candidiasis oral: produce un cambio en la mucosa oral. En los niños puede ser debida a corticoides inhalados, uso de antibióticos e inmunosupresión<sup>1,2</sup>.
- *Piercings*.

### 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 alérgica, cuerpo extraño en fosa nasal (provoca una inflamación de la mucosa y sobreinfección)<sup>1-8</sup>.
- Amigdalas: 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<sup>1-4,6-8</sup>.
- 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<sup>1,4</sup>.

### Causas broncopulmonares<sup>1-8</sup>

- 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<sup>2,4</sup>.

- Divertículos faringoesofágicos: se puede producir la acumulación de saliva y comida, seguida de putrefacción y halitosis<sup>1,2,4,6-8</sup>.
- Reflujo gastroesofágico, hernia de hiato: está alterada la función de cierre del esófago, lo que permite la salida constante de olor gastrointestinal<sup>1-4,7,8</sup>.
- Acalasia: hay una falta de relajación del esfínter esofágico, reteniéndose alimento y saliva, y dando lugar a halitosis<sup>1,2</sup>.
- 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 halitosis<sup>1-4,7,8</sup>.
- Hepatopatías, cirrosis: el aliento tiene un olor característico dulzón<sup>1,2,4-6</sup>.

### 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<sup>1-6</sup>.

- Diabetes *mellitus* mal controlada: se elimina acetona por vía respiratoria, apreciándose un olor en el aliento dulzón, afrutado (“manzana reineta”). La diabetes también asocia mayor susceptibilidad a candidiasis oral, enfermedad periodontal y xerostomía, todas ellas causas de halitosis<sup>1-6</sup>.
- 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 sudor<sup>1-4</sup>.
- Fiebre: debido a una respiración oral y disminución del flujo salivar<sup>2-4</sup>.

### 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 alcohol<sup>1-3,5,6,8</sup>.

## 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, xerostomía<sup>1-3</sup>.

La realización de una historia clínica adecuada del niño nos puede orientar hacia un origen extraoral de la halitosis<sup>1-3,8</sup>.

Existen métodos de medición de la halitosis<sup>1,2,4-8</sup>:

- Mediciones organolépticas: valoración del aire exhalado por el examinador. Se realiza en 2 o 3 días diferentes. El paciente debe evitar comer, masticar chicle o utilizar colutorios las 2-3 horas previas a la realización de la prueba.
- 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.

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 halitosis<sup>1-8</sup>.

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<sup>3,5-7</sup>.

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 6 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 3 horas)<sup>2</sup>:

- Colutorios con zinc: en forma de citrato, cloruro o acetato. Interfiere en la formación de los compuestos volátiles olorosos. Tienen pocos efectos secundarios<sup>1-8</sup>.
- 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 metálico<sup>1-8</sup>.
- 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 olor<sup>2-8</sup>.

- 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<sup>1-3,5,6,8</sup>.

### Otras recomendaciones<sup>2-4,6,7</sup>

- 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.
- Probióticos en forma de enjuague o masticable. El objetivo de su uso es evitar el establecimiento de bacterias no deseables. Existen pocos estudios<sup>4,8</sup>.

## 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. Bollen CML, Beikler T. Halitosis: the multidisciplinary approach. *Int J Oral Sci*. 2012;4:55-63.
5. Pascual-La Rocca A, Savoini M, Santos A. Halitosis y colutorios orales. Revisión de la literatura. *RCOE*. 2005;10:417-25.
6. Díez B, Fernández P, Hidalgo E, Salinas E. Halitosis. *Farmacia Profesional*. 2007;1:42-5.
7. Castiñeira Pérez C, López López S, Torres Fernández M. Halitosis. En: *Fisterra.com* [en línea] [consultado el 20/06/2017]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/halitosis/>
8. Kapoor U, Sharma G, Juneja M, Nagpal A. Halitosis: Current concepts on etiology, diagnosis and management. *Eur J Dent*. 2016;10:292-300.