

Halitosis

Fecha de la última revisión: 12/09/2017

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cuál es el tratamiento?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La halitosis se define como el olor desagradable que procede del aliento de una persona y que proviene de la boca, cavidad nasal, senos o faringe. Es la tercera causa de consulta al odontólogo. Su prevalencia es muy variable al no haber criterios diagnósticos que la definan, tratarse en muchas ocasiones de una sensación subjetiva con diferencias en la apreciación del olor, estimándose entre el 22-50% (Akaji EA, 2014).

Su presencia se relaciona con la descomposición de partículas de alimentos, células, sangre y algunos componentes de la saliva, que da lugar a la emisión de derivados sulfúricos volátiles y otros gases que provienen del aumento del número de bacterias anaerobias Gram negativas, aunque en estadios iniciales, microorganismos Gram positivos pueden estar involucrados. En el 80-90% de los casos están implicados gérmenes de la cavidad oral (Akaji EA, 2014).

Su clasificación y causas más frecuentes se muestran en las tablas 1 y 2 (Zalewska A, 2012; Mokeem SA, 2014; Seemann R, 2014; Kapoor U, 2016).

Tabla 1. Clasificación de la halitosis.

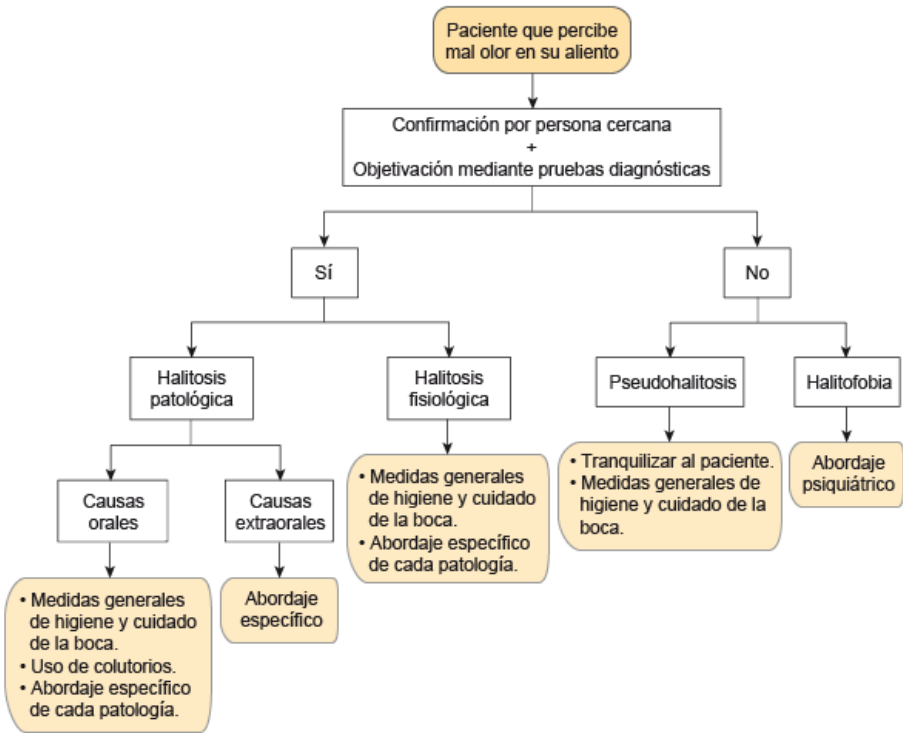
Verdadera	Fisiológica	Es autolimitada, no impide al paciente llevar una vida normal y responde a la higiene oral habitual. Se produce por la disminución del flujo de saliva en la cavidad oral durante el sueño o alimentos.
	Patológica	Relacionada en el 80-90% de los casos con causas orales, aunque también patologías a nivel sistémico la pueden producir.
Imaginaria	Pseudohalitosis	El paciente percibe mal olor en su aliento que los demás no detectan y no se puede objetivar con las pruebas diagnósticas. Puede implicar una interpretación errónea de las actitudes de otras personas (taparse la nariz, volver la cara, dar un paso atrás) lo que a su vez lleva a reforzar la creencia de que padecen esta patología. Puede afectar hasta el 25% de los pacientes que refieren halitosis.
	Halitofobia	Después de tratar la halitosis y la pseudohalitosis, el paciente persiste en la idea de sufrir halitosis. Debe descartarse todas las causas orgánicas. Puede afectar hasta el 0,5-1% de la población adulta.
	Síndrome de referencia olfativa	Se trata de un trastorno psiquiátrico en que el paciente tiene una idea preconcebida de su mal olor bucal y personal, lo que puede provocar aislamiento social.

Tabla 2. Etiología de la halitosis.

Transitoria	• Mal aliento matutino. • Menstruación. • Ingesta de determinados alimentos (ajo, cebollas, especias picantes). • Consumo de tabaco y alcohol.	
Patológica	Causas orales	• Enfermedad crónica periodontal y gingivitis. • Higiene oral deficiente. • Reconstrucciones dentales deterioradas. • Absceso dentario y fístula oro-antral. • Estomatitis y glositis. • Enfermedades faríngeas víricas, bacterianas o fúngicas. Úlceras. Cáncer faríngeo primario. • Enfermedad parotídea primaria o secundaria a fármacos o enfermedades sistémicas. • Enfermedad amigdalar.
	Causas extraorales	• ORL y respiratorias: sinusitis, pólipos nasales, rinitis, tumores, cuerpo extraño, epiglotitis y anomalías cráneo-faciales. Enfermedades respiratorias infecciosas, bronquiectasias, carcinoma bronquial o presencia de cuerpo extraño. • Enfermedades digestivas: divertículo de Zenker, reflujo gastroesofágico, acalasia, estómago de retención, hemorragia digestiva, infección por <i>Helicobacter pylori</i>, cáncer gástrico, síndrome de malabsorción o infección entérica, patología biliar, cirrosis hepática. • Otras: diabetes mellitus, insuficiencia renal y hepática, discrasias sanguíneas, enfermedades autoinmunes, trastornos bioquímicos (trimetilaminuria), fiebre, deshidratación, déficits vitamínicos o de minerales, e intoxicaciones por plomo, mercurio, bismuto y arsénico.

- Fármacos: anticolinérgicos, antineoplásicos, fenotiacidas, compuestos yodados, nitrato de amilo, dinitrato de isosorbide, antihipertensivos, anfetaminas, metronidazol, bifosfonatos, antihistamínicos, ansiolíticos, antipsicóticos y antidepresivos.

¿Cómo se diagnostica?



Algoritmo de manejo

En primer lugar, su presencia debe confirmarse mediante la información proporcionada por un miembro de la familia o un amigo íntimo. Posteriormente debe objetivarse y para ello se dispone de los siguientes métodos (Zalewska A, 2012; Seemann R, 2014; Kapoor U, 2016):

1. Características organolépticas determinadas por observador externo: consiste en la percepción del aliento por parte de un examinador que puntúa en una escala de 0 a 5. Se realiza en dos o tres días diferentes para conseguir un diagnóstico más preciso y en ocasiones es necesario un control por parte de otro examinador. Debe evitarse comer, beber y mascar chicles 2 horas antes de la cita, así como fumar e ingerir cebolla, ajo o comidas especiadas en las 24 horas previas. Tampoco usar lápiz de labios con olor, *aftershave* o perfumes el día del estudio y no debe realizarse si el paciente está tomando antibióticos en los 21 días previos a la visita. Aunque este procedimiento es altamente subjetivo, es el más utilizado, porque si se realiza por profesionales expertos los resultados son equiparables al monitor portátil de sulfuro.
2. Cromatografía gaseosa: es el “patrón oro” del diagnóstico. Detecta de forma específica los compuestos volátiles aún a bajas concentraciones. Su principal inconveniente es el gran tamaño del aparato y la necesidad de un operador experimentado, por lo que en la práctica no se emplea.
3. Monitor portátil de sulfuro (Halimeter y OralChroma): analiza el contenido total de sulfuro en aire expirado (normal por debajo de 200 ppb), pero no el de otros componentes volátiles que la puedan provocar. La medida se correlaciona con el diagnóstico clínico, el grado de lengua saburral y la profundidad de la bolsa gingival. Es una prueba específica y reproducible, los equipos son portátiles y no es necesario personal experto para su interpretación. El Halimeter solo sería útil para detectar halitosis de origen oral.
4. Identificación de bacterias proteolíticas responsables de la halitosis (BANA test), cuantificación de la actividad de la beta-galactosidasa, prueba de incubación salivar, monitorización del amonio, método de la ninhidrina y la determinación de PCR son métodos que pueden utilizarse asociados a los anteriores.

Una vez confirmada la halitosis, es preciso determinar su origen mediante una historia clínica orientada a conocer las características organolépticas de este síntoma, consumo de alimentos, fármacos o sustancias implicadas en su etiología, higiene dental o presencia de enfermedades sistémicas y psiquiátricas relacionadas con ella. No existen datos de laboratorio o pruebas complementarias específicas, salvo las relacionadas con las enfermedades que la provocan (algoritmo de manejo).

¿Cuál es el tratamiento?

Los estudios sobre los tratamientos de la halitosis presentan importantes limitaciones, por lo que la evidencia para sus recomendaciones es débil (Slot DE, 2015). Aun así, se podría valorar los siguientes aspectos:

1. Mantener una buena higiene y salud dental, utilizando el hilo dental diariamente y el cepillado con pasta fluorada al menos dos veces al día, incluyendo el dorso de la lengua y el paladar (Feng X, 2010). Retirar y limpiar las dentaduras postizas y materiales protésicos una vez al día, aunque no existen evidencias sobre la eficacia de los diferentes métodos a utilizar (De Souza FR, 2009). Revisiones periódicas en el odontólogo.
2. Realizar una dieta rica en frutas frescas y verdura, prescindiendo al máximo de grasas y carne. Evitar alimentos que favorecen el mal aliento, como cebollas, ajos y bebidas alcohólicas. Abstención de tabaco (Zalewska A, 2012).
3. Reducción mecánica de microorganismos: sería el primer paso para el control de la halitosis. Para ello los raspadores linguales han demostrado mayor eficacia que el cepillo de dientes. La limpieza interdental también es necesaria para controlar la placa dental que puede ser origen de halitosis (Outhouse TL, 2006; Kapoor U, 2016).
4. Reducción química de microorganismos (tabla 3): los colutorios que contienen **clorhexidina** (CHD) y cloruro de cetilpiridinio (CC) reducen los niveles de halitosis relacionados con el crecimiento bacteriano en la lengua y los que contiene dióxido de cloro (DC) y zinc (Z) neutralizan mejor los componentes volátiles de sulfuro. Dentro de las escasas evidencias disponibles, los colutorios que contienen CHD + CC + Z y los que contienen cloruro de Z + CC son los que disponen de mayor evidencia de eficacia (Slot DE, 2015). El triclosán es un agente antimicrobiano de amplio espectro que reduce la placa dental, gingivitis y

mejora la halitosis. El Listerine® (compuesto por aceites esenciales) mejora la halitosis relacionada con la producción bacteriana en personas sanas. El mejor momento para usarlos es por la noche, ya que los restos del producto quedan en la boca, que es cuando la actividad bacteriana es mayor y el flujo de saliva menor. Deben mantenerse en la boca durante 30 segundos. La elección de unos u otros depende más de la tolerabilidad individual y las preferencias del paciente que de las evidencias disponibles sobre su uso.

Hoy en día también se están llevando a cabo estudios con pastillas que contienen probióticos (*Lactobacillus salivarius*) y terapia fotodinámica, cuyos resultados parecen alentadores (Kapoor U, 2016; Kellesarian SV, 2017; Zupancic K, 2017).

5. Agentes que enmascaran la halitosis: sprays, pastas dentales y chicles con productos similares a los colutorios y aceite mentolado, pueden tener efecto a corto plazo (Kapoor U, 2016; Muniz FW, 2017).

Tabla 3. Colutorios útiles en el manejo de la halitosis.		
Tipo de colutorio	Nombre comercial	Utilidad
Con clorhexidina	Clorhexidina Lacer® (0,12%) Parogencil Forte® (0,12%) Oraldine perio® (0,20%) Perio-Kin® (0,20%) Bexident Encías con clorhexidina® (0,12%)	No hay estudios de su eficacia en la halitosis. Recomendados en enfermedades periodontales. Su efecto dura entre 3-6 horas. Producen decoloración de los dientes, sabor metálico, descamación, etc., por lo que no es aconsejable su uso a largo plazo.
Con clorhexidina y cloruro de cetilpiridinio	Halita® (0,05%-0,05%) Perio-Aid® (0,12%-0,05%)	Reducen los niveles de halitosis relacionados con el crecimiento bacteriano en la lengua.
Con zinc	Ortho-Kin® Kin Forte® Gingi-Kin® GingiLacer®	Disminuyen la producción de compuestos sulfúricos volátiles. Poseen pocos efectos secundarios.
Triclosán - zinc	Gingi-Kin® GingiLacer®	El triclosán es un agente antimicrobiano de amplio espectro. Útil en tratamientos a largo plazo.
Triclosán - copolímero - fluoruro de sodio	Bexident Encías con triclosán®	Usar durante 30 segundos cada 8 horas.
Enzimáticos libres de alcohol	Biotene®	Xerostomía.
Eucaliptol - mentol - salicilato de metilo - timol - ácido benzoico - alcohol	Listerine®	Disminuye la placa bacteriana odorífera. Su efecto dura 3-6 horas.

Además de todas estas medidas, cuando se detecten causas orales o extraorales, el tratamiento debe orientarse específicamente hacia su manejo. En los casos de halitosis refractaria, puede estar indicada la realización de pruebas diagnósticas para la detección del *Helicobacter pylori*, ya que se ha observado una clara correlación entre ambos, y si se confirma la presencia del germen, proceder a la terapia de erradicación (ver guía: [Infección por Helicobacter Pylori](#)) (Dou W, 2016).

Los pacientes con pseudohalitosis deben ser informados de que la intensidad de su aliento no está por encima de niveles socialmente aceptados, aunque es conveniente que continúen utilizando las medidas generales antes descritas. Los pacientes con halitofobia precisan de un abordaje específico (Zalewska A, 2012; Kapoor U, 2016).

Bibliografía

- Akaji EA, Folaranmi N, Ashiwaju O. Halitosis: a review of the literature on its prevalence, impact and control. Oral Health Prev Dent. 2014;12(4):297-304. PubMed [PMID: 25525639](#)
- De Souza FR, De Freitas Oliveira Paranhos H, Lovato da Silva CH, Abu-Naba'a L, Fedorowicz Z, Gurgan CA. Interventions for cleaning dentures in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(4):CD007395. PubMed [PMID: 19821412](#)
- Dou W, Li J, Xu L, Zhu J, Hu K, Sui Z, et al. Halitosis and *Helicobacter pylori* infection: A meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2016;95(39):e4223. PubMed [PMID: 27684792](#). [Texto completo](#)
- Feng X, Chen X, Cheng R, Sun L, Zhang Y, He T. Breath malodor reduction with use of a stannous-containing sodium fluoride dentifrice: a meta-analysis of four randomized and controlled clinical trials. Am J Dent. 2010;23 Spec No B:27B-31B. PubMed [PMID: 21280424](#)
- Kapoor U, Sharma G, Juneja M, Nagpal A. Halitosis: Current concepts on etiology, diagnosis and management. Eur J Dent. 2016;10(2):292-300. PubMed [PMID: 27095913](#). [Texto completo](#)
- Kellesarian SV, Malignaggi VR, Al-Kheraif AA, Al-Askar M, Yunker M, Javed F. Effect of antimicrobial photodynamic therapy and laser alone as adjunct to mechanical debridement in the management of halitosis: A systematic review. Quintessence Int. 2017;48(7):575-83. PubMed [PMID: 28512650](#)
- Mokeem SA. Halitosis: a review of the etiologic factors and association with systemic conditions and its management. J Contemp Dent Pract. 2014;15(6):806-11. PubMed [PMID: 25825113](#)
- Muniz FW, Friedrich SA, Silveira CF, Rösing CK. The impact of chewing gum on halitosis parameters: a systematic review. J Breath Res. 2017;11(1):014001. PubMed [PMID: 28212110](#)
- Outhouse TL, Al-Alawi R, Fedorowicz Z, Keenan JV. Tongue scraping for treating halitosis. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(2):CD005519. PubMed [PMID: 16625641](#)
- Seemann R, Conceicao MD, Filippi A, Greenman J, Lenton P, Nachnani S, et al. Halitosis management by the general dental practitioner--results of an international consensus workshop. J Breath Res. 2014;8(1):017101. PubMed [PMID: 24566222](#). [Texto completo](#)
- Slot DE, De Geest S, Van der Weijden FA, Quirynen M. Treatment of oral malodour. Medium-term efficacy of mechanical and/or chemical agents: a systematic review. J Clin Periodontol. 2015;42 Suppl 16:S303-16. PubMed [PMID: 25682952](#). [Texto completo](#)
- Zalewska A, Zatonski M, Jablonka-Strom A, Paradowska A, Kawala B, Litwin A. Halitosis--a common medical and social problem. A review on pathology, diagnosis and treatment. Acta Gastroenterol Belg. 2012;75(3):300-9. PubMed [PMID: 23082699](#)
- Zupancic K, Kriksic V, Kovacevic I, Kovacevic D. Influence of Oral Probiotic Streptococcus salivarius K12 on Ear and Oral Cavity Health in Humans: Systematic Review. Probiotics Antimicrob Proteins. 2017;9(2):102-10. PubMed [PMID: 28236205](#)

Más en la red

- Akaji EA, Folaranmi N, Ashiwaju O. Halitosis: a review of the literature on its prevalence, impact and control. Oral Health Prev Dent. 2014;12(4):297-304. PubMed [PMID: 25525639](#)
- Mokeem SA. Halitosis: a review of the etiologic factors and association with systemic conditions and its management. J Contemp Dent Pract. 2014;15(6):806-11. PubMed [PMID: 25825113](#)

Autores

■ Carmen Castiñeira Pérez	Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
■ Leticia Boyero Fernández	Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria
■ Cristina Rodríguez Díaz	Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria
■ Juan Francisco Ollarves	Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

