

## La bocca asciutta: un disturbo frequente e sottovalutato

### Silvio Abati

Professore Associato di Malattie Odontostomatologiche, Dipartimento di Medicina, Chirurgia e Odontoiatria, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Milano; Direttore Unità SSD DH e Diagnosi Orale, Dipartimento Testa-Collo, Azienda Ospedaliera San Paolo, Polo Universitario, Milano

### Introduzione

La saliva contribuisce in modo fondamentale alla salute e al benessere orale e generale con molteplici funzioni, tra le quali:

- la lubrificazione dei tessuti orali, per favorire la masticazione, la formazione del bolo alimentare, la deglutizione e la fonazione;
- il mantenimento dell'equilibrio nella mineralizzazione dei tessuti dentali;
- la difesa contro i microbi dei biofilm orali, provveduta da anticorpi s-IgA specifici e da una serie di costituenti proteici e glicoproteici; essi si oppongono alla colonizzazione e all'infezione delle superfici mucose, dentali e parodontali da parte di virus, batteri e funghi;
- il contributo ai processi digestivi di amidi e lipidi tramite gli enzimi salivari;
- la solubilizzazione delle sostanze che agiscono sui recettori gustativi, con modulazione della sensibilità gustativa.

La saliva favorisce l'autodeteriorazione dei residui alimentari, delle cellule superficiali in sfaldamento e dei microrganismi che aderiscono alle superfici orali.

Quando è diminuita o alterata la normale produzione di saliva, aumenta il rischio di carie, gengiviti e candidosi orale; si sviluppano lesioni traumatiche delle mucose e alitosi; vengono compromesse le funzioni gustativa e digestiva, la capacità di masticare, deglutire, parlare correttamente e portare le protesi dentali, con grande discomfort dei pazienti affetti.

### Secrezione salivare, xerostomia e iposcialia

Le ghiandole salivari maggiori e minori producono la saliva con differente densità, composizione e quantità totale, in relazione alla veglia o al sonno e alla stimolazione riflessa del sistema nervoso autonomo, legata all'alimentazione e ad altri fattori neuropsicologici. Il *flusso salivare basale* è mediamente compreso tra 0,3 ml/min nel periodo di sonno e 0,5 ml/min durante la veglia. Durante la stimolazione funzionale riflessa il flusso arriva

a circa 4-5 ml/min, con il contributo maggiore della saliva sierosa di origine parotidea; le ghiandole sottolinguali, sottomandibolari e minori producono saliva più ricca in mucine. Il film viscoso di saliva che bagna a riposo le superfici dei tessuti orali ha spessore normale tra 10 e 60 µm.

La *xerostomia* è la sensazione soggettiva di secchezza della bocca, mentre l'*iposcialia* è la riduzione anormale della produzione della saliva per compromissione reversibile o irreversibile della funzione ghiandolare.

In questo caso il flusso salivare totale a riposo si riduce a meno di 0,1-0,2 ml/min. Non vi è una stretta correlazione tra riduzione obiettiva della secrezione salivare e i disturbi di secchezza orale: è possibile infatti provare secchezza della bocca con flusso salivare normale in alcune condizioni neurologiche o psicologiche.

Si ritiene che quando il *flusso salivare basale* a riposo è inferiore al 50% del normale venga percepita la sensazione di xerostomia. Gli studi epidemiologici evidenziano ampie variazioni nella prevalenza della secchezza orale nella popolazione generale, comprese tra 0,9 e 46%; una recente revisione sistematica evidenzia che la xerostomia colpisce dal 6 al 13% dei maschi e dal 20 al 40% delle femmine sopra 65 anni; in campioni di pazienti istituzionalizzati raggiunge oltre il 60%.

### Cause di xerostomia e iposcialia

L'aumento dell'età provoca una modesta riduzione della salivazione. Molte malattie e condizioni possono provocare xerostomia e/o iposcialia persistenti: tra queste le più frequenti sono l'assunzione di terapie con farmaci che riducono la secrezione salivare, seguita dalla sindrome di Sjögren e dalla radioterapia oncologica che coinvolge le aree in cui sono presenti ghiandole salivari. Altre condizioni e malattie in cui si può manifestare secchezza della bocca sono le infezioni da virus HIV e HCV, alcune malattie virali, i disturbi neuropsichiatrici, il diabete, la respirazione orale da ostruzione cronica delle vie aeree superiori.

Diverse centinaia di farmaci utilizzati nelle comuni terapie sono in grado di provocare xerostomia e/o iposcialia. La xerostomia da

farmaci è principalmente il risultato dell'inibizione centrale o periferica della secrezione salivare provocata dai farmaci con effetto anticolinergico e/o simpaticomimetico. Ulteriori meccanismi sono l'alterazione del flusso ematico alle ghiandole salivari, la disidratazione e la diuresi osmotica indotta. È dimostrato inoltre che alcuni farmaci possono provocare xerostomia senza causare la riduzione del flusso salivare.

*La categorie di farmaci di frequente utilizzo che più spesso provocano secchezza della bocca sono antidepressivi triciclici, antipsicotici, benzodiazepine, antiparkinsoniani atropinici, antipertensivi, diuretici, antistaminici, antidiarroici, analgesici, antinfiammatori non steroidei.*

Altre classi di farmaci sono in grado di indurre xerostomia, compresi alcuni farmaci impiegati nelle chemioterapie antineoplastiche.

Indipendentemente dall'effetto xerostomizzante specifico di ciascuno, esiste correlazione tra incidenza di xerostomia e numero di farmaci assunti.

La *sindrome di Sjögren* o *sindrome sicca* è una patologia autoimmune cronica delle ghiandole esocrine con produzione di autoanticorpi specifici (SS-A e SS-B) e infiltrazione linfocitaria del tessuto ghiandolare salivare che ne provoca la distruzione immuno-infiammatoria. Si può manifestare in modo primitivo o come malattia secondaria in corso di altre malattie autoimmuni del tessuto connettivo: artrite reumatoide, lupus eritematoso sistemico, dermatomiosite, connettivite mista, sclerodermia, cirrosi biliare primitiva.

I sintomi principali della malattia sono la riduzione della secrezione lacrimale, con cheratocongiuntivite secca e *xeroftalmia*, e la riduzione del flusso salivare, con xerostomia.

La xerostomia è una frequente manifestazione associata alla graft-versus-host disease (GVHD).

La *radioterapia* con irradiazione delle ghiandole salivari causa xerostomia in tutti i pazienti trattati, con effetto dose-dipendente. L'irradiazione provoca alterazioni infiammatorie e rapida degenerazione del parenchima ghiandolare con successiva atrofia e sostituzione fibrosa dei tessuti. L'iposcialia da irradiazione è progressiva e irreversibile con somministrazioni superiori a 25 Gy, con possibile riduzione del flusso salivare di circa il 95%. Con le nuove tecniche di somministrazione della radioterapia, come la modulazione di intensità (IMRT), la xerostomia può perdurare per periodi di tempo inferiori.

## Sintomi e conseguenze della xerostomia e dell'iposcialia

I sintomi e i segni orali provocati dalla compromissione delle funzioni salivari non vengono inizialmente identificati e descritti chiaramente dal paziente come secchezza orale: viene riferita la presenza di saliva "schiumosa" o densa, lo sfregamento fastidioso tra i tessuti orali, il bruciore localizzato alla punta della lingua o diffuso, la secchezza delle labbra, la necessità di assumere più frequentemente liquidi, in particolare nelle ore notturne. Con il

perdurare dell'iposcialia il paziente può lamentare alterazioni della sensibilità gustativa, bruciore alle mucose diffuso e intenso, lingua patinosa, alitosi, difficoltà a masticare e deglutire i cibi solidi e asciutti, persistenza e adesione di detriti e residui alimentari ai denti e alle mucose, difficoltà a portare le protesi e a parlare, estremo essiccamento notturno della mucosa orale con percezione di adesione tra tessuti duri dentali e mucose e frequenti risvegli per assumere bevande. Nei casi avanzati la mucosa appare estremamente asciutta, con aree di eritema e lesioni traumatiche e frizionali; la mucosa del dorso della lingua diviene atrofica e fissurata (Fig. 1).

Tra le condizioni cliniche associate alla secchezza vi possono essere le lesioni e i disturbi provocati dalle possibili malattie la cui insorgenza viene favorita dall'iposcialia: candidosi orale, acuta pseudomembranosa o cronica eritematosa (Fig. 2), cheilite angolare, carie dentali a rapida evoluzione, in particolare ai colletti dentali (Fig. 3), gengivite e parodontite da ritenzione di placca.



**Figura 1**

Mucosa del dorso della lingua asciutta e atrofica.



**Figura 2**

Candidosi cronica del dorso della lingua e cheilite angolare con grave iposcialia da farmaci.



**Figura 3**

Carie cervicali in paziente affetto da iposcialia da radioterapia.

L'approccio diagnostico al paziente affetto da xerostomia prevede una accurata valutazione della storia clinica e dei fattori sistemici correlabili all'insorgenza di secchezza orale. L'esame clinico dei tessuti orali dovrà essere finalizzato al riscontro delle alterazioni provocate dall'iposcialia e alla diagnosi delle condizioni patologiche correlate.

### Trattamento della xerostomia e dell'iposcialia

La sensazione persistente di secchezza della bocca è fastidiosa e poco confortevole. Il trattamento dei pazienti affetti da xerostomia ha come obiettivi principali il miglioramento del comfort e delle funzioni orali del paziente e la prevenzione e il controllo delle malattie e dei danni orali provocati dall'iposcialia.

Gli obiettivi possono essere perseguiti con un approccio che comprenda, in relazione ai differenti casi clinici:

- la stimolazione della capacità salivare residua, con gomme da masticare o con farmaci cd. sialogoghi;
- l'utilizzo mirato di sostituti salivari per una adeguata lubrificazione delle mucose orali;
- la prevenzione della carie dentale e il controllo della candidosi orale.

Nei pazienti affetti da xerostomia l'impiego di chewing-gum o caramelle dure senza zuccheri cariogeni può stimolare meccanicamente la capacità di secrezione salivare residua.

È possibile ottenere una efficace stimolazione salivare con la somministrazione sistemica di farmaci con effetto colinergico

quali la pilocarpina o la cevimelina; questi principi possono tuttavia avere importanti effetti collaterali sistemici, principalmente cardiovascolari.

L'uso di misure e prodotti per il miglioramento di lubrificazione e idratazione della mucosa ha una funzione sintomatica e palliativa, anche se molto utile per il mantenimento della salute e delle funzioni orali.

Sono disponibili in commercio diversi prodotti da impiegare come sostituti salivari con effetto lubrificante, principalmente in forma di collutori, spray, liquidi viscosi, gel e dentifrici. Le formulazioni di tali sostituti prevedono sostanze mucinose o polimeri viscosi tissotropici con effetto lubrificante, idratante e protettivo sulla mucosa orale, con l'obiettivo di fornire sollievo per la sensazione di bocca asciutta. La differente concentrazione dei polimeri determina le caratteristiche di collutorio, liquido viscoso o gel del prodotto.

Alcuni preparati contengono inoltre sali minerali, fluoruri, proteine salivari ed enzimi con l'intento di vicariare le funzioni protettive e antagoniste della saliva naturale nei confronti della carie dentale e dei microrganismi orali.

Per un migliore trattamento dei pazienti è utile che le prescrizioni dei sostituti salivari siano mirate e personalizzate in relazione alle condizioni cliniche, ai disturbi principali e al gradimento del paziente. È opportuno ad esempio istruire il paziente a impiegare i collutori per sciacquo orale e per gargarismo al fine di migliorare la lubrificazione della parte posteriore del cavo orale; l'impiego delle diverse formulazioni dei prodotti andrà diversificato in relazione all'alimentazione e ai periodi di riposo: con l'impiego dei gel prima di coricarsi è possibile ottenere un effetto prolungato e prevenire l'adesione fastidiosa dei tessuti molli ai denti e ai manufatti protesici.

L'iposcialia aumenta il rischio di sviluppare carie dentali, gengiviti e infezioni mucose da batteri e funghi: è quindi di estrema rilevanza il mantenimento di livelli ottimali di igiene orale e l'effettuazione di controlli odontoiatrici preventivi.

### Bibliografia consigliata

Guggenheimer J, Moore PA. *Xerostomia: etiology, recognition and treatment.* J Am Dent Assoc 2003;134:61-9.

Porter SR, Scully C, Hegarty AM. *An update of the etiology and management of xerostomia.* Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2004;97:28-46.

Samarawickrama DYD. *Saliva substitutes: how effective and safe are they?* Oral Dis. Jul 2002;8:177-9.

Scully C. *Drug effects on salivary glands: dry mouth.* Oral Dis 2003;9:165-76.

Wolff A, Zuk-Paz L, Kaplan I. *Major salivary gland output differs between users and non-users of specific medication categories.* Gerodontology 2008;25:210-6.

### ***Key messages***

- La saliva contribuisce in modo fondamentale alla salute e al benessere orale e generale.
  - La *xerostomia* è la sensazione soggettiva di secchezza della bocca, l'*iposcialia* è la riduzione anormale della produzione della saliva.
  - La causa più frequente di xerostomia sono le terapie con farmaci che riducono la secrezione salivare, seguita dalla sindrome di Sjögren, e dalla radioterapia oncologica.
  - Diverse centinaia di farmaci utilizzati nelle comuni terapie sono in grado di provocare xerostomia e/o iposcialia.
  - L'iposcialia provoca sintomi di secchezza e danni alle mucose orali; aumenta il rischio di insorgenza di carie dentali, gengivite e candidosi orale.
  - I sostituti salivari possono essere utilmente impiegati come lubrificanti orali per la correzione dei sintomi di xerostomia
-