



La secchezza delle fauci: quando approfondire

Dry mouth: when to find out more

Daniele Franchi
SIMG L'Aquila

Conflitto di interessi

L'Autore dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

La secchezza delle fauci: quando approfondire
Rivista SIMG 2026;
33 (01):40-42.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

INTRODUZIONE

Parlando di "secchezza delle fauci" è necessario sottolineare una netta dicotomia tra la sensazione personale di bocca asciutta (xerostomia) e la reale alterazione nel funzionamento delle ghiandole salivari maggiori, in grado di comportare una riduzione quantitativamente e qualitativamente rilevante della produzione salivare (xerostomia vera o *iposcialia*). La saliva riveste un ruolo cruciale nella lubrificazione della cavità orale, facilita la masticazione, protegge denti e gengive da carie e infezioni grazie alle sue proprietà antibatteriche, promuove una prima digestione e media la capacità di percepire i sapori.

Con l'alterazione e/o la diminuzione della normale produzione della saliva si manifestano lesioni mucosali, alitosi, sindrome della bocca urente, glossite, candidosi orale, disgeusia, difficoltà dell'eloquio e della deglutizione, erosione dentale e cheilite.¹ Ampio risulta ad oggi l'intervallo della prevalenza della secchezza delle fauci nella popolazione generale, compreso tra lo 0.9% e il 46% con la capacità di colpire nello specifico i maschi dal 6 al 13% e le femmine dal 20 al 40% sopra i 65 anni.²

I campanelli di allarme

Non sempre il paziente dà reale peso a quei sintomi e segni iniziali che accompagnano una riduzione della secrezione salivare. Il più delle volte la sensazione di "bocca arsa", la necessità di assumere più frequentemente liquidi soprattutto nelle ore notturne, la presenza di saliva densa e schiumosa, la fastidiosa sensazione di "frizione" tra i tessuti orali, bocca e lingua urenti, quella di alterazione o diminuzione della capacità di percepire il gusto fino alla evidente difficoltà ad ingoiare alimenti solidi e asciutti senza l'aiuto di liquidi, sono sottovalutati. Con il peggioramento e la sovrapposizione di tutti questi segni e sintomi, la mucosa della bocca appa-

rirà all'ispezione estremamente asciutta, con zone di eritema, lesioni traumatiche fino ad arrivare all'atrofia delle papille filiformi del dorso della lingua e alla comparsa di carie del colletto dentale, candidosi orale acuta pseudomembranosa o cronica eritematosa e cheilite angolare.³

Alla palpazione invece si percepirà ridotto scorrimento delle dita sulla superficie della mucosa del cavo orale. Inoltre, applicando la punta di un tamponcino asciutto sugli orifizi dei dotti parotidici e sottomandibolari, accompagnata da una palpazione esterna delle ghiandole, sarà possibile rilevare un flusso salivare ritardato se non impercettibile.⁴

Le cause

La riduzione nella produzione della saliva può avere cause legate alla presenza di patologie sistemiche o a particolari condizioni favorevoli concomitanti (**Tabella 1**). Le malattie in grado di favorire lo sviluppo della secchezza della cavità orale possono essere di natura endocrina (diabete mellito di tipo 2, tiroidite), autoimmune (malattia di Sjögren primaria o secondaria associata all'infiltrazione e distruzione linfocitaria progressiva delle strutture acinari delle ghiandole salivari, lupus eritematoso sistemico, artrite reumatoide, sclerodermia, cirrosi biliare primitiva), infettiva (infezioni da HIV, HTLV-1, HCV, CMV, EBV, Mycobacterium tuberculosis) o di altra natura come la sarcoidosi, l'IRC stadio 5, la *Chronic Graft Versus Host Disease*, la sindrome ansioso-depressiva, la respirazione orale da ostruzione cronica delle vie aeree superiori, la menopausa, l'amiloidosi, l'emocromatosi e il morbo di Parkinson.

Tra le condizioni favorevoli, un ruolo sicuramente determinante viene svolto dalle diverse centinaia di farmaci con azione anticolinergica e/o simpaticomimetica impiegati nelle comuni terapie come gli antidepressivi triciclici, gli antipsicotici, le benzodiazepine, gli antiparkinsoniani, gli antistaminici e

Tabella 1 - Cause sistemiche e locali promuoventi l'insorgenza della xerostomia

Cause sistemiche	Cause locali
Patologie endocrinologiche: DM2, malattia di Graves-Basedow	Farmaci: anticolinergici, antiparkinsoniani, antidepressivi, antipsicotici, antistaminici, antipertensivi, chemioterapici, oppiacei, antiretrovirali
Patologie autoimmuni: artrite reumatoide, LES, sclerodermia, cirrosi biliare primitiva, sindrome di Sjögren	Radioterapia del collo e della testa
Patologie infettive: HIV, HCV, HTLV-I, CMV, EBV, TBC	Stili di vita: abitudine tabagica, consumo di alcol, consumo di bevande con caffeina, ridotto apporto di liquidi nella dieta, russamento
Altre patologie sistemiche: Chronic Graft Versus Host Disease, IRC, emocromatosi, amiloidosi, M. di Parkinson	

gli antipertensivi, ma anche alcuni broncodilatatori (es. glicopirronio bromuro). Maggiore l'età del paziente e la politerapia assunta, maggiore a sua volta sarà la prevalenza della secchezza del cavo orale. Anche l'esposizione delle aree di testa e collo a radioterapia concomitante o adiuvante (per il trattamento di tumori come quelli dell'orofaringe e del rinofaringe) determineranno una riduzione del flusso salivare con irradiazioni uguali o superiori a 25 Gy. Inoltre, l'abitudine tabagica, il consumo di alcol e di bevande ricche di caffeina svolgono un ruolo cruciale nel determinare l'insorgenza della xerostomia.⁵

La diagnosi

L'iposcalia viene diagnosticata mediante la sialometria, che consiste nella raccolta della saliva per misurare la quantità di secrezione prodotta al minuto. Esiste un'ampia variabilità dei valori che vengono considerati come normali quando si parla della produzione giornaliera di saliva; la maggior parte dei testi parla comunque di 0.25 ml di saliva prodotta al minuto, mentre un flusso salivare inferiore a 0.12-0.16 ml al minuto è considerato patologico.⁶

Indipendentemente da queste considerazioni numeriche, il medico dovrebbe lasciarsi guidare prioritariamente dai sintomi del paziente e iniziare il trattamento sulla base dell'anamnesi raccolta e dei riscontri clinici diretti che emergono dall'esame obiettivo.

Infatti, il processo diagnostico per un paziente che lamenta secchezza della mucosa orale, parte sempre da una precisa e approfondita indagine anamnestica di tipo patologico, farmacologico e fisiologico per identificare quali condizioni ri-

sultino cause possibili se non probabili di xerostomia.

Le risposte positive a domande specifiche come nei questionari standardizzati tipo *Fox* o nello *Xerostomia Inventory* (XI), si sono dimostrate altamente predittive di ipofunzione salivare. Tali test includono domande del tipo:

- 1) Hai una sensazione di bocca secca durante i pasti?
- 2) Hai difficoltà a deglutire alcuni cibi?
- 3) Bevi liquidi per aiutarti a deglutire cibi secchi?

Quesiti di questo tipo sono volti a misurare la gravità della xerostomia ed essere utilizzati come misura degli esiti del trattamento, sia nella pratica quotidiana che negli studi clinici.

E' possibile anche quantificare il livello di gravità del problema, grazie al *Xerostomia Questionnaire* (XQ-I) (Tabella 2). Questo test consta di otto domande circostanzia-

te riguardo il suo disturbo, ed ha lo scopo di determinare quanto la sensazione di secchezza al cavo orale e alla gola possa rappresentare un disturbo nella vita di tutti i giorni. Contiene anche una scala di valutazione per il grado di disagio che va da "minimo" (0 punti) a "massimo" (10 punti) corrispondente alla maggiore gravità dei sintomi.⁷

La terapia

La strategia di trattamento della secchezza delle fauci, è frustrante sia per il paziente che per il medico, poiché spesso i sintomi non possono essere eliminati ma solo parzialmente controllati.

L'obiettivo del trattamento è quello di migliorare la qualità della vita del paziente, le sue funzioni orali e il contenimento se non la prevenzione dei danni e delle patologie del cavo orale innescate dalla iposcalia. Questi obiettivi possono esse-

Tabella 2 - Xerostomia Questionnaire (XQ-I)

Ha difficoltà a parlare a causa della secchezza della bocca?	0-10
Ha difficoltà a masticare a causa della secchezza della bocca?	0-10
Ha difficoltà a deglutire cibi solidi a causa della secchezza della bocca?	0-10
Ha difficoltà a dormire a causa della secchezza della bocca?	0-10
Quanto sono secche bocca e gola quando non sta mangiando?	0-10
Quanto sono secche bocca e gola quando sta mangiando?	0-10
Deve sorseggiare liquidi per aiutarsi a deglutire il cibo?	0-10
Deve sorseggiare liquidi per avere un sollievo orale quando non sta mangiando?	0-10

re conseguiti attraverso l'uso di quattro strategie principali:

- 1 • Stili di vita e indicazioni palliative: evitare il consumo di bevande alcoliche, l'impiego di collutori a base alcolica. Promuovere il consumo di gomme da masticare e di compresse contenenti acido ascorbico e acido malico capaci di stimolare la produzione giornaliera di saliva
- 2 • Sostituti salivari: composti a base di mucine naturali, carbossimetilcellulosa, glicerato e glicerina che, combinati assieme, possono fornire sollievo dalla secchezza delle fauci. I prodotti a base di mucina sono a pH neutro, contengono elettroliti che si ritroverebbero nella saliva normale, sono meglio tollerati, hanno un'azione lubrificante, idratante e protettiva della mucosa più duratura e sono disponibili sotto forma di spray, gel, collutori e pastiglie.
- 3 • Farmaci sialogoghi: con la somministrazione per via sistemica di farmaci con effetto colinergico come la pilocarpina e la cevimelina è possibile ottenere la stimolazione salivare, anche se il loro utilizzo è gravato a volte da effetti collaterali sistemici di natura cardiovascolare.³⁻⁵
- 4 • Terapia rigenerativa con cellule staminali: un recente studio randomizzato dimostra come le cellule mesenchimali

autologhe derivate dal tessuto adiposo e iniettate nelle ghiandole sottomandibolari di pazienti con xerostomia da terapia radiante, siano una terapia sicura e promettente per la "restitutio ad integrum" della struttura e funzionalità della ghiandola sottomandibolare.⁸

CONCLUSIONI

I medici di medicina generale sono chiamati per primi in causa nella gestione della xerostomia, sia per i suoi elevati tassi di prevalenza ma anche per la capacità intrinseca di questo disturbo di influire negativamente sulla qualità e lo stile di vita del paziente. Particolare attenzione deve essere posta nel cercare di seguire i pazienti più anziani sottoposti a trattamento farmacologico politerapico perché più esposti al rischio di secchezza del cavo orale.⁹ In generale il trattamento della xerostomia consiste nella somministrazione di sostituti salivari e di farmaci stimolanti la salivazione, con una particolare predilizione da parte dei pazienti per quest'ultimi perché capaci di un effetto risolutivo maggiore e più duraturo nel tempo.¹⁰

Bibliografia

1. Millsop JW, et al. Etiology, evaluation and management of xerostomia. *Clin*

Dermatol 2017;35:468-76

2. Orellana MF, et al. Prevalence of xerostomia in population-based samples: a systematic review *J Public Health Dent* 2006;66:152-58
3. Abati S. La bocca asciutta: un disturbo frequente e sottovalutato *Rivista SIMG* 2011;3: 42-4
4. Guggenheimer J, et al. Xerostomia etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc* 2003;134:61-9
5. Visvanathan V, et al. Managing the patient presenting with xerostomia: a review. *Int J Clin Pract* 2010;64:404-07
6. Delli K, et al. Xerostomia. *Monogr Oral Sci* 2014;24:109-25
7. de Carvalho HN, et al. Accuracy of a questionnaire on xerostomia as a screening tool for hyposalivation. *Int Dent J* 2020;70:427-34
8. Grønhoj C, et al. First-in-man mesenchymal stem cells for radiation-induced xerostomia (MESRIX): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2017;18:108
9. Gil-Montoya JA, et al. Treatment of xerostomia and hyposalivation in the elderly: A systematic review. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2016 May 1;21(3):355-66.
10. Bjornstrom M, et al. Comparison between saliva stimulants and saliva substitutes in patients with symptoms related to dry mouth. *Swed Dent J* 1990;14:153-61