

24, 538

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



**HALITOSIS**

**TESIS**

Que para Obtener el Título de

**Cirujano Dentista**

**P R E S E N T A**

**J. Patricia Montes de Oca Quintero**

**México, D. F.**

**1982.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## T E M A R I O

- I.- INTRODUCCION.
  - II.- DEFINICION DE LA HALITOSIS
  - III.- IMPORTANCIA CLINICA E HISTORIA DE LA HALITOSIS
  - IV.- ETIOLOGIA LOCAL.
    - A).- HALITOSIS DE LAS PROTESIS.
    - B).- PROCESOS CARIOSOS.
    - C).- ENFERMEDADES PERIODONTALES.
    - D).- INTERVENCIONES QUIRURGICAS.
  - V.- ETIOLOGIA SISTEMICA.
    - A).- APARATO RESPIRATORIO.
    - B).- APARATO DIGESTIVO.
    - C).- DISCRACIAS SANGUINEAS.
    - D).- TRASTORNOS METABOLICOS.
  - VI.- CONCLUSIONES.
- BIBLIOGRAFIA.
- INDICE.

*Capítulo I*

**I N T R O D U C C I O N**

La elaboración de este trabajo tiene como finalidad despertar la inquietud sobre lo relacionado con la presencia de HALITOSIS.

Además de su importancia y cuidados que debe tener el Odontólogo.

Como problema principal, es la dificultad para enfocarlo, debido a que en estos últimos años no ha sufrido cambios importantes.

En la práctica odontológica nos encontramos con frecuencia con pacientes que se quejan de su mal aliento, pidiendo ser atendidos.

Ellos piensan que su enfermedad es exclusivamente local y piden al dentista que los alivie lo más pronto posible, para terminar con su problema.

Muchos pacientes antes de ir con el Cirujano Dentista se tratan por sí mismos, o bien por su médico general pero al ver que no presentan mejoría deciden entonces consultar -- con su dentista.

Es en estos momentos cuando el Cirujano Dentista de be estar exacto, para darle al paciente un diagnóstico y por consiguiente debe poseer un alto sentido de olfato, para poder diferenciar que tipo de olor es el que se produce en la cavidad oral.

Una vez diagnosticado, al paciente se le indicará que tipo de tratamiento vamos a efectuarlo o bien remitirlo con el especialista correspondiente.

*Capítulo II*

**DEFINICION DE LA HALITOSIS**

Halitosis. Del latín = Halitus (de exhalare)  
Hálito (mal aliento).

La Halitosis significa: mal aliento, aliento fétido, hedor bucal, nopena.

El aliento ofensivo frecuentemente es fétido, y no viene a ser una enfermedad, sino un síntoma de algún padecimiento sistémico, y puede ser a que proceda del aparato digestivo, de las vías respiratorias o bien circunscribirse a cavidad oral.

El paciente pocas veces se da cuenta del mal olor que expira, pero cuando lo percibe acude con el cirujano dentista.

Este aliento desagradable puede ser producido por agentes:

Locales, generales o ambos. Y dependiendo de esto, se pueden presentar dos tipos de alteraciones:

Temporal o permanente de acuerdo a la causa que lo produzca.

El Dr. Herling subdivide los olores en 6 clases:

- 1.- Olor de especias.
- 2.- Olores floridos.
- 3.- Olores frutales.
- 4.- Olores resinosos o balsámicos.
- 5.- Olores fétidos.
- 6.- Olor a quemado.

A la vez, cada clase presenta cuatro olores, que se relacionan unos con otros, pero entre ellos hay numerosos olores de posición intermedia.

PAPIRO EBERS. (1550 A.C.) Nos da a conocer una serie de sustancias aromáticas muy antiguas como:

- 1.- Mirra.
- 2.- Hayas de enebro.
- 3.- Almanga.
- 4.- Incienso.
- 5.- Etc.

De tal forma que al masticarse daban mal olor a la boca.

PLINIO nos dice:

"El aliento resulta infectado por la mala calidad de la comida, por el mal estado de los dientes o por la edad avanzada del individuo".

En la actualidad algunos autores dejan el término de Halitosis, para designar un olor ofensivo de origen sistémico que pasa a los pasajes aéreos superiores.

*Capítulo III*

**IMPORTANCIA CLINICA E HISTORIA DE LA HALITOSIS**

Los pacientes que presentan halitosis, deben tener una atención esmerada; debido a que en ellos se produce un -- complejo de inferioridad, alterando su psicología, modificando su temperamento, variando su aspecto personal como son:

Temor al hablar de cerca con sus semejantes por miedo que su mal olor se perciba.

Temor al respirar.

Alteración en su fonación.

La ciencia médica, en muchas ocasiones, obtiene éxito, pero en otras, aunque conozcamos su causa no podemos co-- rregirla y es ahí cuando el paciente presenta mayor preocupación.

HIPOCRATES hace miles de años estableció: "La nariz muy frecuentemente es un verdadero diagnóstico en esos pacientes con fiebre".

En la práctica diaria usamos este método de diag- - nóstico para determinar la supuesta esterilidad de canales de raíz.

Antiguamente se utilizaban los olores que provienen de la boca para diagnosticar las enfermedades febriles, así como: la escarlatina, el sarampión, la fiebre tifoidea, etc.

Por lo tanto, no debemos confundir los olores del cuerpo con los de la cavidad bucal, ya que no todo olor desagradable es producto de una enfermedad.

La halitosis con frecuencia es el resultado de afecciones bucales o defectuosa higiene bucal.

El cirujano dentista debe conocer perfectamente los agentes locales o generales de este síntoma y por medio del olor, del aliento, formarse un diagnóstico probable.

Es normal que el aire expirado presente un tenue olor dulce que varía con la hora del día, la flora microbiana de la boca, la abundancia del flujo salival, algunos fenómenos fisiológicos como la menstruación.

El mal sabor de boca acompaña frecuentemente a la halitosis.

HART.- Nos dice que ha observado que mujeres de vida sexual frustrada o insatisfecha, en particular las que padecen procesos o trastornos dentales, nasales, pélvicos, etc. experimentan intenso sabor desagradable en la cavidad bucal.

El olor del aire expirado aumenta con la edad.

En los niños el aliento es dulce y desagradable.

En los adultos jóvenes el aliento se vuelve ligeramente acre y más fuerte.

En los ancianos se hace el aliento conforme avanza la edad fuerte y agrio.

El olor del aire expirado es más intenso por las mañadas que durante el resto del día, probablemente por acumulación y putrefacción de restos epiteliales y alimentos.

La disminución del flujo salival durante el sueño favorece la putrefacción por el aumento de flora bacteriana en la cavidad bucal.

El aliento en individuos con grueso revestimiento papilar lingual, suele tener un olor intenso.

La halitosis también es frecuente en lactante y niños pequeños, que a consecuencia de una enfermedad, no han comido durante 24 horas o más.

En ayunadores el aliento huele a acetona y es el resultado de una acidosis de ayuno.

Según las estadísticas recientes, revelan que la mujer presenta mayor índice de olor que el hombre.

También hacen hincapie en el olor de los pacientes de ciertas enfermedades, muchos de estos olores bucales son - característicos, pero de difícil descripción:

El de la difteria:	Es característico.
En el Tifus:	Olor a ratones.
En el sarampión:	Olor dulce y fétido.
En la viruela:	Completamente desagradable.
En la fiebre reumática:	Olor a sudor ácido.

Brenin y colaboradores idearon un método para dis-tinguir los olores de origen respiratorio y de origen bucal:

La halitosis secundaria a afecciones pulmonares y - de vías respiratorias se menciona como halitosis verdadera, - pero es menos frecuente que la de causa bucal.

El olor de la cavidad bucal y el que se origina del aparato respiratorio, pueden verse del siguiente modo:

Si el mal olor está producido por afecciones pulmo- nares, se percibirá con facilidad.

Si el paciente respira con fuerza por la nariz des- pués de cerrar herméticamente la boca, si durante esta prue- ba no se percibe olor es probable que su origen esté en la -

*cavidad bucal.*

*Puede confirmarse si el paciente con la nariz tapada expira levemente por la boca, así se percibirá el olor.*

*Como prueba adicional pueden tomarse muestras de -- restos en los espacios interdenciales, de partes de la capa de revestimiento de la lengua, etc., para examinar el olor.*

*Capitulo IV*

**ETIOLOGIA LOCAL**

Obviamente los olores de origen local son de gran -  
significación en el diagnóstico oral, los observamos claramente  
al ver su etiología.

Cualquier trastorno de la fisiología de la boca puede  
de ser causa de olor anormal y desagradable aliento.

La higiene bucal defectuosa, permite la acumulación  
entre los dientes y alrededor de ellos, de partículas de ali-  
mentos y favorece la descomposición de la flora microbiana; -  
Los restos de carbohidratos producen ácidos que dan olor, en-  
grosándose los ácidos: oxibutírico, diacético, láctico, pro-  
piónico, etc.

Los restos de albúmina y proteínas son las principales  
substancias que producen los compuestos amoniacales, gas  
de ciénega y especialmente por el grado ofensivo del sulfuro  
de hidrógeno que es extremadamente penetrante.

Los restos de comida se adhieren a las superficies  
de los dientes y que siempre están presentes en las placas de  
la mucosa.

Naturalmente esta adhesión se facilita por la pre--

sencia y conforme al poder de retención entre las superficies de los dientes, en las cavidades que resultan de sus irregularidades y de las anfractuosidades de los tejidos suaves que ofrecen amparo adicional a la retención de restos de comida, además adherencia en las hendiduras gingivales, sobre la superficie rugosa y áspera de los depósitos de sarro; éstos irritan a las encías edema y éxtasis circulatorio y predispone a las infecciones por la flora microbiana bucal, además del aspecto antiestético, hay predisposición a caries y al olor ofensivo.

El mal olor se hace intenso cuando han desaparecido las papilas interdientales, ya que dejan espacio suficiente para la retención de restos alimenticios, esto es consecuencia de la retracción gingival por el mal uso del palillo de dientes o del cepillo dental y que nos dan como consecuencia enfermedades y a la vez mal olor por fermentaciones en la boca, bacterias y exudaciones.

El aliento se vuelve más intenso cuando hay formación de bolsas periodontales que se producen con la erupción de las piezas dentales, terceros molares inferiores, favoreciendo la acumulación y descomposición de los alimentos; al igual hay retención por mal posición de las piezas dentarias.

La saliva produce un olor desagradable por la descomposición o putrefacción bacteriana cuando es incubada, después de tres horas de incubación el olor se vuelve más fuerte,

la saliva sufre este fenómeno durante la noche, en los contornos tibios y húmedos de la cavidad bucal.

En la Xerostomía la saliva produce olor ofensivo en una hora. La saliva en pacientes con enfermedades parodontales, generalmente se descompone antes de su incubación.

La atrofia senil de las glándulas salivales, el Síndrome de SJÖGREN y PLUMER-VINSON, la obstrucción de los conductos salivales y otras condiciones como la deshidratación de cualquier causa, disminuyen la secreción salival y llega a ser insuficiente para los niveles de lubricación y humedad. El reflejo de deglución viene a ser menos frecuente, las secreciones quedan más tiempo en la boca de lo usual, al mismo tiempo que la flora bucal aumenta, ya que la deglución elimina gran número de bacterias, la disminución de la secreción salival es acompañada de halitosis.

Cuando encontramos lengua saburral, observamos que el aire exhalado presenta un olor fétido a consecuencia de trastornos estomacales y estados febriles.

La relación con la halitosis ha sido investigada y se encontró que cuando menos el 90% de los individuos con mal aliento presentan lengua saburral. En estudios posteriores, nos dicen que en los dos tercios posteriores de la lengua está la responsabilidad del mal olor. Esto podemos confirmarlo limpiando la lengua con una basa y notando el olor en ella.

La formación de saburra se debe a restos alimenticios y epiteliales que se acumulan en la superficie de la lengua, sobre todo en pacientes con úlcera gástrica, debido a -- que su alimentación es láctea, en la capa de revestimiento de la lengua se retienen las partículas alimenticias y se presenta la descomposición microbiana produciendo a su vez un olor fétido.;

En el caso de la lengua negra, algunos autores la asocian a la presencia de hongos, por lo que encontramos halitosis.

#### A).- HALITOSIS DE LAS PRÓTESIS.

La mala higiene de las prótesis se acompaña de aliento ofensivo.

En un tiempo el uso de prótesis solía acompañarse de un olor desagradable denominado "dientes falsos", esto sucedía por el empleo de dentaduras de vulcanita que eran demasiado porosas y se producían grietas alrededor de los cuellos de los dientes, acumulándose restos alimenticios.

En prótesis de acrílico (curado lento), es raro encontrar olor fétido, dependiendo también de la higiene del paciente.

En cambio, en prótesis parciales o totales gastadas en la boca, observamos que se cubren de una substancia pegajosa que deriva del estancamiento de saliva y de restos alimenticios.

En prótesis removible.- Requiere de más atención -- que la dentadura natural, para evitar el mal olor, salvo circunstancias especiales, las prótesis deben quitarse por la noche, para permitir el descanso de los tejidos de soporte; la prótesis se colocará en agua, agregándole unas gotas de algún antiséptico.

En prótesis de acrílico (curado rápido), debido a los materiales porosos, absorben agua y retienen sustancias olorosas, capaces de producir mal olor después de estar gastadas por el tiempo y uso.

En aparatos ortodónticos, aparatos para tratamiento de fracturas, en prótesis fijas, efectuadas incorrectamente: (Que los conectores estén estrechos, si la superficie lingual se encuentra cóncava, si los púnticos no se pulen perfectamente o se encuentran montados sobre tejidos blandos), todo esto hará que se produzca una irritación e inflamación acompañada de exudación y aumento bacteriano, por lo tanto habrá presencia de olor fétido.

La ausencia de olores desagradables durante la eliminación de una lesión cariosa donde observamos una zona de -

color café oscuros, se cree que en este sitio no produce mal aliento, sólo cuando encontramos restos alimenticios.

## B).- PROCESOS CARIOSOS.

Las cavidades cariosas son de paredes irregulares, llenas de detritus y restos de tejido de esmalte, gran variedad de gérmenes. Cuando hacemos un raspado en una cavidad y la observamos al microscopio, veremos restos de detritus, celdillas epiteliales, granulaciones amorfas, fragmentos de prismas y diversos gérmenes.

En la cavidad cariosa, los detritus son un medio en el cual viven gérmenes, que producen putrefacciones con desprendimiento de ácidos y gases. La masa, contenido de la cavidad, es de un olor suigéneris característico, de las fermentaciones que en ella se producen.

Es la caries una causa de las pulpitis abiertas en todos sus tipos, culminando con la gangrena pulpar, pues los restos de tejidos son fácilmente atacados por los gérmenes de putrefacción, produciendo una fetidez.

La exploración de las piezas dentarias con pulpitis demuestra, que en el fondo de la cavidad cariosa, una porción de la pulpa se encuentra abombada, sangrante, roja y dolorosa, que admite bacterias de la cavidad cariosa o de los líquidos

de la boca y de restos alimenticios, habrá cambios destructivos de pulpa, infección secundaria por la introducción de bacterias piógenas y cuando el proceso flemoso ha realizado la desintegración gangrenosa se obtendrá una cavidad pulpar que contiene tejidos en completa putrefacción, apreciándose un olor característico.

La gangrena se produce por putrefacción de los detritus del foco ulceroso y los agentes causales de dicha descomposición son:

Séptico, viridians, edematiens, estreptococos áureo, junto con otra clase de bacilos.

### C) ENFERMEDADES PERIODONTALES.

La enfermedades de los tejidos de soporte de los dientes son los que producen olores más desagradables e intensos.

La gingivitis.- Es la más común de las inflamaciones. Se presenta: la encía roja, tumefacta, edematosa, existe hiperemia, se encuentra blanda y con bordes engrosados y festones interdenciales, las úlceras epiteliales sangran con ligero traumatismo, el insterticio se hace más profundo a causa del aumento de volumen, suele haber depósitos calcáreos adheridos al diente, en el surco gingival hay restos alimentici-

cios, cuya descomposición ocasiona fetidez junto con otros de tritus se presenta ulceración del epitelio de revestimiento.

*Gingivitis hipertrófica.*- Aparece el borde gingival inflamado, las papilas se encuentran más alteradas, de color rojo azulado y con tendencia a sangrar, hay proliferación del tejido conectivo que da un estado hiperplásico.

Una causa orgánica es el escorbuto.- En el cual las encías se encuentran edematosas, rojas, azuladas, sangrantes, en situaciones graves la encía sobrepasa las coronas dentarias, la mucosa se observa cianótica y por lo regular hay infección secundaria fusoespirilar, produciendo hedor.

*La gingivitis ulcerosa necrosante (VICENT).*- El olor es tan característico y pronunciado, por lo que lo consideramos síntoma externo. Este padecimiento es un proceso que se atribuye a microorganismos específicos, se presenta en forma aguda o crónica, se reconoce por el color rojo, tumefacción en las encías, necrosis inicial de los festones interdentes, desde donde se continúa a los bordes gingivales con dolor, hemorragia, presencia de un olor intenso. El olor es producido por bacterias que se alimentan por descomposición, despidiendo ácido sulfhídrico el paciente tiene sabor metálico.

Como continuación de la gingivitis ulcerosa necrosante, se presenta la estomatitis ulcerativa necrosante.- Se difunde con mayor rapidez en pacientes débiles, las lesiones

aparecen en el pliegue gingivolabial, mucosa labial, piso de la boca, lengua, paladar y faringe. Se caracteriza por la ulceración de las membranas, sialorrea y olor. Los pacientes se percatan de su mal aliento.

A la gingivitis de VICENT aguda se le asocia una infección específica de estreptococos.

Gingivoestomatitis Herpética.- Es un padecimiento - que produce halitosis, hay dolor, la encía se encuentra roja, esponjosa, con tumefacción ulceraciones de tamaño variable, - con el centro amarilloso y borde eritomatosos, y conforme se profundizan estas úlceras se produce necrosis.

Periodontitis.- Es otra alteración de soporte del - diente que produce hedor. Esto se debe a la pérdida de contac to entre los dientes, con acumulación de detritus; hay inflamación de la membrana periodontal, se pierde la adherencia -- del margen gingival al cuello del diente, sangran con facilidad las encías, hay pérdida de hueso, existen depósitos calcá reos gingivales, dando como resultado bolsas parodontales, -- que se acentúan en las caras proximales. En lo profundo de la bolsa se acumula substancia purulenta que al presionar, deja salir pus del intersticio gingival, lo cual produce fetidez, - ya que en estas bolsas se encuentra el Treponema Mucosum, por lo que nos da el olor típico de la enfermedad.

La Periodontosis.- Como su nombre lo indica, es una

lesión que deriva del periodonto, que produce alteraciones degenerativas, la formación de bolsas en esta enfermedad, es un fenómeno tardío, pero al comenzar, el proceso avanza rápidamente, la bolsa es crónica y se encuentra llena de tejido granulomatoso y conectivo que se infecta y supura, ya que cuando se forman las bolsas, retienen partículas de detritus alimenticios acompañados frecuentemente de supuración al diente.

El paciente presenta sensación de un sabor acre, calor en la boca, debido a la elevación de la temperatura local, además el mal aliento característico.

La ingestión o contacto con drogas y venenos (arsénico orgánico), nos dan manifestaciones agudas bucales como - sabor metálico, pigmentación difusa de la mucosa, erosión de los dientes, llegando muchas veces hasta necrosis del maxilar.

En pacientes con envenenamiento grave, encontramos ulceraciones y sangrado.

Un olor especial es aquel del fósforo que da estomatitis ulcerosa, pérdida rápida de los dientes con destrucción del hueso osteomielitis secundaria.

El ácido hidrocianico.- Compuesto de las sales de telurio son responsables de un hedor a almendras amargas.

El envenenamiento crónico da un olor metálico en la cavidad oral. Esta condición se conoce desde hace muchos años como "Halitus Saturninus" que es producido por el plomo, ya que torna el margen gingival azul negruzco, dando un sabor -- dulce y aliento plúmbico.

Las substancias que contienen bismuto pueden ser absorbidas a través de los aparatos respiratorio o digestivo.

La intoxicación crónica ocasiona gingivitis esponjosa y ulcerativa, dando un aliento desagradable. Hay sialorrea y glositis, si el hueso es invadido habrá pérdida de dientes.

Todas las clases de gingivitis supuradas, estomatitis y otras formas de ulceración bucal producen hedor.

Toda clase de úlceras, cualquiera que sea la enfermedad que las produzca dan fetidez.

La mononucleosis infecciosa.- Presenta alteraciones inflamatorias en la encla, con un desarrollo que puede producir infección secundaria para complicar más las ulceraciones locales.

Las aftas.- Pueden producir un olor dulzón.

Las grietas, fisuras, papilas hipertróficas o cualquier anomalía de la capa de revestimiento de la lengua, -

favorecen la retención de las bacterias y restos alimenticios dando como resultado la putrefacción.

La dermatosis que invade la boca como:

Liquen plano, leucoplasia, herpes simple, eritema - multiforme, no producen nopena, excepto los casos en que la - ulceración afecte las áreas donde se encuentre.

La sífilis produce úlceras superficiales con exudado blanco grisáceo.

La estomatitis gangrenosa o noma.- Es una de las ulceraciones que producen el olor más repugnante, debido a que ésta enfermedad invade carrillo y encla; al principio se observa una placa roja, ligeramente abultada, eritematosa, donde van a aparecer flictenas de líquido claro, que en unas horas se rompen dejando una ulceración; la úlcera se ve limitada de fondo gris, y pronto se recubre de una capa oscura, -- que poco a poco se torna negra.

La úlcera por el examen se aprecia exudado putrilaginoso, que permite reconocer colgajos flotantes y gran cantidad de celdillas degeneradas. La gangrena queda establecida - en pocos días, provocando una reacción inflamatoria, la úlcera crece y se ahueca, sangra y la sangre extravasada da un color negro a los tejidos que la tapizan, favoreciendo un medio de cultivo a microorganismos para la descomposición y produ--

cir olor.

La enfermedad ataca al hueso necrosándolo por placas y se va bañando de un líquido sanioso. El aliento se hace fétido, repugnante por el proceso gangrenoso y por la putrefacción de tejidos y detritus.

La saliva que escurre es de color café negruzco y arrastra detritos putrilaginosos, al poco tiempo se forma la escara y alrededor de ella se forman flictenas llenas de serosidad negruzca.

Los tumores malignos presentan un hedor suigéneris.

**Carcinoma bucal.**- En este caso el olor es fétido -- clásico y se percibe a varios metros de distancia y se debe a que el tumor maligno se presenta en la lengua y después invade tejidos vecinos y ganglios correspondientes. Se presenta un ulceración irregular de forma y dimensiones variables con bordes gruesos, duros y salientes. El fondo se encuentra anfructuoso, de mal aspecto, color gris, que secreta un líquido sanioso y fétido. Las putrefacciones funcionales son numerosas desde que el tumor se ulcera y hacen del cáncer una afeción grave.

**La osteomielitis.**- Se encuentra en una zona determinada o invade todo el hueso.

En el maxilar encontramos localmente la osteomielitis, pero en la mandíbula se difunde en todo el cuerpo del hueso, el periostio, se ve levantado y abajo de él se forma una colección purulenta y fétida, el pus sale espontáneamente a la boca produciendo olor.

#### D).- INTERVENCIONES QUIRURGICAS.

Otras causas que producen hedor son después de intervenciones quirúrgicas, extracciones dentales.

Encontramos un notorio olor, debido a la falta de masticación, hemorragias ligeras, aumento de la flora microbiana, descomposición de la sangre, etc.

El coágulo que se forma después de la extracción dentaria, el alvéolo es un medio propicio para el desarrollo de bacterias, muchos microorganismos proteolíticos comienzan a desarrollarse y por lo tanto hay putrefacción.

La complicación de una extracción dentaria da como resultado el alvéolo seco, producido por la contaminación, por el traumatismo notable o por la extirpación mecánica del coágulo, permitiendo así la entrada de bacterias al alvéolo, ocasionando putrefacción y dando una marcada fetidez. Los tejidos blandos circundantes están rojos, inflamados y presentan un margen necrótico.

En pacientes ferulizados, con inmovilización temporal de la mandíbula fracturada, se hace más difícil la higiene debido a la falta de trabajo habitual, lubricación, movimientos limitados dan como resultado malos olores.

La higiene adecuada para disminuir considerablemente y muchas veces eliminar la halitosis de origen local, debe ser:

1.- El dentista deberá suprimir los factores locales como: la acumulación de restos alimenticios, tratar las lesiones de los tejidos blandos, e instruir al paciente sobre la higiene dental que debe seguir.

2.- Eliminar la placa bacteriana, por medio del - - buen cepillado y el uso del hilo dental.

3.- Usar antisépticos para disminuir el hedor, por lo menos cada cuatro horas.

"La Clorofila parece tener un valor desodorante y terapéutico, no irrita los tejidos blandos ni afecta los dientes".

*Capítulo V*

**ETIOLOGIA SISTEMICA**

La halitosis debemos considerarla siempre, como un síntoma de enfermedad.

El mal aliento se produce por diferentes alteraciones en el organismo como son:

#### A).- APARATO RESPIRATORIO.

Cuando el aire expirado por la nariz es fétido, el origen es nasal o broncopulmonar.

La rinitis aguda o inflamación de las cavidades nasales, con extensión a la nasofaringe y en ocasiones a los se nos nasales, se caracteriza por rinorrea y obstrucción nasal. La eliminación de exudado por las fosas nasales, es abundante, es un líquido claro y acuoso, que después se espesa y se hace purulento con un contenido de neumococos, estafilococos, estreptococos.

La rinitis atrófica, es rara, se encuentra en contacto con el cretinismo.

En el rinoscleroma, hay perforación del paladar, --

dando fetidez al olor de la boca y nariz.

Una rinitis grave, se caracteriza por una exudación espesa y verdosa, costras en las mucosas, atrofia de los cornetes y un olor muy molesto.

Existen diversas afecciones granulomatosas que afectan a las fosas nasales; todas las evidencias demuestran una neoformación quística seguida de necrosis, ulceración y destrucción del tabique. El hedor de los tumores nasales es particularmente desagradable, en el cáncer el olor es suigéneris.

La sinusitis puede provenir de infecciones dentarias. El paciente se queja de mal olor, ya que es perceptible, hay supuración dentro de la nariz, formación de pólipos que a veces llena por completo el seno. La infección crónica de los maxilares (senos) es debido a estreptococos que son capaces de elaborar un olor desagradable.

Los tumores de antro de Highmore y congestiones en nariz, traen como consecuencia desviación del tabique y mal aliento por invasión a los tejidos del estreptococo.

En la difteria se presenta una membrana faringea -- que se puede extender y cubrir la garganta, amígdalas y paladar; existe hinchazón de las regiones submaxilar y porción -- del cuello, la respiración se efectúa por la boca, hay protusión de la lengua, el aliento es fétido, la membrana difteri-

ca en faringe es constituida por pequeñas áreas de exudado -- blando que se puede desprender fácilmente.

En la bronquiectasia, que es una dilatación de los bronquios seguida de éstasis, del contenido branquial con infección y supuración, la luz de los bronquios afectados está característicamente llena de exudado supurado, amarillo verdoso y a veces hemorrágico, el paciente expulsa grandes cantidades de pus fétida a intervalos frecuentes, la mucosa se encuentra necrótica, a menudo con úlceras, el mal aliento per- turba la actividad social del paciente.

En la bronquitis crónica, existe un intenso olor, - debido a que la mucosa se encuentra tumefacta e hipertrófica, bañada de pus, el esputo es el medio principal por el que se propaga el hedor.

En la tuberculosis también existe mal aliento, debi- do a las ulceraciones pulmonares y son dadas por la caseifica- ción, hay cavidades cavernosas que se ahuecan progresivamente, la masa caseosa se extiende a la periferia llegando a formar cavidades enormes, que invaden casi todo el órgano. La inva- sión progresiva de estas ulceraciones trae consigo la destruc- ción de todos los elementos, que encuentra a su paso, dando - un olor que emana de los pulmones a las vías respiratorias al- tas, en la destrucción se rompen arteriolas produciendo hemop- tisis que deja olor a sangre descompuesta, en la boca.

La tuberculosis bucal es secundaria a la pulmonar y se traduce, por ulceraciones en la lengua, faringe, istmo de la garganta, en la lengua la ulceración y el tumor se le llama goma tuberculosos, que hipertrofia las papilas.

El aliento más desagradable es el que presenta el absceso pulmonar con gangrena, el olor del contenido depende de si la lesión es supurativa o gangrenosa.

En el absceso no complicable por gangrena, el contenido presenta un olor inofensivo, pero cuando sobreviene la gangrena el hedor que se despidе es insoportable y se debe a la descomposición de las proteínas por saprófitos, de los cuales los más abundantes son las espiroquetas y los bacilos fusiformes, que se encuentran en el contenido de la cavidad, en el esputo y en secciones del pulmón, siendo las responsables de la necrosis.

Estos microorganismos constituyen invasores secundarios procedentes de la boca, donde aparecen en relación con caries o infecciones periodontales.

La gangrena puede ir precedida de la formación de un absceso o por aspiración de material inafectable, se forman zonas verdosas de consistencia blanda, que al desaparecer hay formación de cavidades rugosas y repletas de substancias mal olientes, el esputo es muy característico, de color amarillo verdoso y abundante, el aliento del paciente tiene un - -

olor a materia animal o vegetal.

Toda lesión cancerosa en el aparato respiratorio -- causa destrucción, ulceración y sepsis, dando un olor muy sui géneris.

## B).- APARATO DIGESTIVO.

Las causas patológicas que causan mal aliento son:

Angina de Ludwig.- Se constituye por una celulitis del piso de la boca, debido a la complicación de las extracciones molares inferiores, infectados y a úlceras localizadas en el piso de la boca, la inflamación flemosa se extiende generalmente, hasta la porción superior del cuello, hay induración de la región submaxilar, el microorganismo causal es el estreptococo, el aliento del paciente es muy marcado.

Este padecimiento en la actualidad ya es raro que se presente.

Faringitis y amigdalitis.- En particular la amigdalitis críptica son las causas más frecuentes que producen halitosis, especialmente cuando se presenta necrosis y putrefacción.

La infección de las estructuras faríngeas, más cuando

do son de forma recidivante, puede provenir de la infección séptica bucal, que produce continua evacuación de pus.

También causa el mal aliento la acumulación de pus, restos de putrefacción en fosas amigdalinas.

Los tumores de la faringe como el carcinoma epidermoide.- Produce induración y luego se ulcera, dando como lugar destrucción a los tejidos de infección secundaria y aliento inofensivo.

Los adenoideos, tienen opresiones que pueden ir hasta la laringitis estridulosa, hay dificultad para la deglución, la boca permanece entre abierta; se observa como complicación, perturbación digestiva, provocada por la deglución del moco, pus y más o menos infectado.

En los adenoideos, se presentan las amígdalas hipertrofiadas y sobre la cara posterior de la faringe se presentan granulaciones de color gris rosado, que son aglomeraciones de tejidos adenoideos aislados de la masa principal y cuyo color es muy especial.

El concepto de que los malos olores provienen del tracto gastro-intestinal, es erróneo (en condiciones normales), ya que el gas del estómago o del intestino no puede pasar por el esófago que mide diez pulgadas aproximadamente, en el adulto, presenta una suave parte de intestino colapsado

que no permite que el aire pase, durante la ingestión del bolo alimenticio, distiende el tubo solamente al límite de sus propios movimientos.

Ciertas enfermedades del esófago como: contracciones, formaciones de Cul-de-Sac, divertículos y su dilatación, estenosis pilórica o úlceras cancerosas tardías de este órgano o en el estómago, producen hedor.

En casos de vómito se observa que se expelen un olor fecal, hay presencia de una obstrucción baja del intestino.

El vómito que es una expulsión desde el esófago, de alimentos no digeridos debido a alguna obstrucción como un -- cardiospasma o el divertículo esofágico.

Si el vómito contiene ácido clorhídrico libre de -- obstrucción se debe a úlcera o a un carcinoma. La regurgitación es causada por la actividad intrínseca del esófago o del estómago, los eructos cuyo olor es desagradable, son exhalaciones de gases del estómago a la boca y son producidos por -- sustancias de difícil ingestión o en ciertos estados alérgicos por determinadas sustancias.

En la patología intestinal las causas de halitosis más frecuentes son: estreñimiento: obstrucción intestinal, -- donde se eliminan con el aire expirado, productos aromáticos al igual en la colitis espasmódica ulcerosa y dispepsias de --

putrefacción.

En el aspecto fisiológico del aparato digestivo se produce halitosis por el hambre, que conforme aumenta existe un olor altamente patognomónico y desagradable que se relaciona con la putrefacción del jugo pancreático que ha pasado al estómago por el intestino delgado durante las horas de ayuno.

Una causa común del mal aliento es el paso del aire expirado de sustancias mal olientes, disueltas en la sangre circulante, entre ellos se encuentran los derivados de alimentos y bebidas (ajo y alcohol), los producidos durante el metabolismo incompleto o anormal de los alimentos (acetona) y los productos de desecho (urea, amoníaco), que se eliminan por vías normales.

Los olores de los alimentos, condimentos y estimulantes son desagradables, sobre todo los producidos por el metabolismo de sustancias orgánicas, como el queso y el huevo cocido, producen olor azufrado, que tiene su origen en la desintegración de amino ácidos.

Otras veces son los ácidos de fermentación (láctico) o los hidratos de carbono; por fin los ácidos grasos atomáticos, como el butírico dan también hedor.

Los llamados olores alidceos (del género *allium*, -- ajo, cebolla), son bien conocidos sus defectos. Al ingerir --

ajo y cebolla el prolongado olor del aire aspirado, es consecuencia de la absorción gastro-intestinal, con la lenta eliminación por los pulmones.

Morris y Read administraron ajo en cápsulas y obtuvieron el típico y prolongado olor de la respiración.

El alcohólico agudo.- Se le impregna el aliento de un olor característico, durante muchas horas, el alcohol es absorbido por la mucosa gástrica.

El olor que proviene del uso del tabaco, tiene lugar universal. El color de tabaco puede ser conocido después de varias horas de usado, cuando el humo del tabaco es inhalado la espiración del aire retiene el olor más persistente.

En una boca desaseada el olor dura por los depósitos de brea, que cubren los dientes, se hace el olor principalmente por nicotina y peridina, el olor es acre, seco y desagradable.

Es posible que la respiración bucal esté asociada con un cambio en la flora bacteriana local y un aumento de estreptococos alfa.

C).- DISCRACIAS SANGUINEAS.

Causa halitosis por su repercusión en la cavidad oral.

Lo observamos en la agranulomatosis.- Que da hemorragias de la mucosa bucal y lesiones necróticas ulceradas -- gangrenosas producidas por bacterias saprófitas, la úlcera es tá cubierta por una membrana grisácea, que contiene células - descamadas y detritos, dando fetidez; la enfermedad se puede difundir a la faringe dando úlceras profundas socavadas y cubiertas de membrana necrótica.

En las anemias.- En la vinculación con la sequedad bucal, se observa además un peculiar olor en la respiración.

En la leucemia.- La manifestación da síntomas definitivos en la boca, como hemorragias, ulceraciones, hiperplasia gingival, constituyendo estomatitis que produce un olor - pútrido. La leucemia produce falta de defensa contra los agen tes patógenos bucales, ocasiona gingivitis o periodontitis, - se acompaña de necrosis, en la leucemia aguda, hay tendencia a formar degeneraciones gangrenosas y a la hiperplasia linfática de la lengua y de las amígdalas.

En la hemofilia.- Las mucosas sangran con facilidad, en la lengua observamos hematomas, el sangrado se acumula en los espacios interdientales, produciendo hedor.

## D).- TRASTORNOS METABOLICOS.

Los olores que tienen su origen en la afección metabólica se eliminan por los pulmones, por lo común se generan en el conducto gastro-intestinal y están asociados al estreñimiento crónico.

En la diabetes.- Se produce un olor que algunos autores lo definen como frutas de fermentación, a sidra, a manzana, acetona. Este síntoma de aliento diabético, fue conocido primeramente por Brau en 1850; en la clínica médica de Erlangen, en 1857 Peters mostró que se debía a la presencia de acetona en la sangre.

Muchos pacientes con diabetes grave eliminan en el aliento tanta acetona que la atmósfera queda saturada de su olor, y el médico lo percibe desde que el paciente llega al consultorio.

Otra enfermedad frecuente que es la causa del mal olor, es la Uremia, en la cual el olor es amoniacal.

La cirrosis del hígado.- Da un olor al espirar a aliento hepático.

El granuloma eosinófilo.- Se presenta en placas como placas infiltradas, con aspecto necrótico superficial que llega a la ulceración, y como lesiones granulomatosas óseas -

que determinan zonas osteolíticas, la pérdida de substancias no tiene tendencia a cicatrizar y determina posteriormente -- perforaciones y cavidades, se nota su hedor.

En la enfermedad de Hand Schuller Christian, hay hipertrofia de la encía, con aumento de volumen que llega a cubrir las coronas dentarias, con bolsas falsas profundas, hay hemorragia gingival y parálisis facial. La biopsia muestra -- histiocitos con lípidos incluidos, linfocitos y plasmocitos.

En todas las enfermedades febriles notamos mal olor en la boca.

Durante la menstruación.- El aire que se espira tiene un definitivo hedor, que se asemeja al de la cebolla, -- "odeur de Moise", de autores franceses; el olor cesa con el -- período.

Como la causas de la halitosis de origen extrabucal corresponden a procesos que no se originan en la boca, el tratamiento corresponde al médico.

El cirujano dentista apenas puede modificar el olor establecido:

- 1.- Ayudando al paciente en tener una buena higiene.
- 2.- Eliminando depósitos de partículas retenidas.

- 3.- Se deberá estudiar los hábitos alimenticios y así - eliminar las especies.
- 4.- Los olores del hambre se corregirán, comiendo peque ñas cantidades de fruta cítrica.

Capítulo VI

CONCLUSIONES. -

La finalidad de la elaboración de este trabajo, es comprender la importancia de la halitosis, que aunque no es un padecimiento puro, sí es un trastorno que nos va a desequilibrar la estabilidad del organismo.

El cirujano dentista, al efectuar el examen rutinario lo hará con minuciosidad, para poder diferenciar cuando se presentan causas locales como: mala higiene, enfermedades periodontales, procesos cariosos, etc. Debido a que éstos -- son los más frecuentes productores de halitosis.

Y cuando son causas sistémicas como: gangrena pulmonar, diabetes, bebidas, tabaquismo, etc. Para efectuar el -- tratamiento en cooperación con el médico de cabecera del pa--ciente, o bien remitirlo con el profesional correspondiente, -- con el fin de obtener resultados favorables para el enfermo.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- DR. SHAFER WILLIAM G.  
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.  
TERCERA EDICION.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
1977.
- 2.- LOEB CECIL.  
TRATADO DE MEDICINA INTERNA.  
DECIMO CUARTA EDICION.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
1980.
- 3.- QUIROZ FERNANDO.  
PATOLOGIA BUCAL.  
DECIMO CUARTA EDICION.  
EDITORIAL PORRUA, S.A.  
1976.
- 4.- HARRISON R. T.  
MEDICINA INTERNA.  
OCTAVA EDICION.  
EDITORIAL PRENSA MEDICA.  
1976.
- 5.- ROBBINS, L.S.  
TRATADO DE PATOLOGIA.  
DECIMA EDICION.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
1978.
- 6.- THOMA K. H.  
PATOLOGIA BUCAL  
SEGUNDA EDICION.  
EDITORIAL UTHEA.  
1960.

- 7.- HANWI G. J.  
CONCEPTOS DE DIABETES MELLITUS.  
ASOCIACION INC. NEW YORK.  
1970.
- 8.- TIEKE STUTEVILLE CALANDRA  
FISIOPATOLOGIA BUCAL.  
DECIMO SEGUNDA EDICION.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
1980.
- 9.- RHOMA HURT K.  
ESTOMATOLOGIA.  
DECIMO SEGUNDA EDICION.  
HISPANO AMERICANO.  
1977.
- 10.- RALPH MAC. DONALD.  
EXPLORACION Y DIAGNOSTICO CLINICO.  
SEGUNDA EDICION.  
EDITORIAL MUNDI.  
1975
- 11.- ZEGALLI, HYMAN.  
PHARMACOTHERAPEUTICS OF ORAL DISEASE.  
THE BLAKINSTAN DIVISION MAC GRAW HILL BOOK CO.  
NEW YORK, TORONTO, LONDON.  
1968.
- 12.- BERNIER JOSEPH L.  
TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES ORALES.  
NOVENA EDICION.  
EDITORIAL OMEBA.  
1976.
- 13.- GRINSPAN DAVID.  
ENFERMEDADES DE LA BOCA.  
EDITORIAL MUNDI.  
1979.

4.- BOYD WILLIAM.  
TRATADO DE PATOLOGIA.  
DECIMO PRIMERA EDICION.  
EDITORIAL ATENEO.  
1979.

5.- BURKET LESTER W.  
MEDICINA BUCAL, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.  
DECIMA EDICION.  
EDITORIAL INTERAMERICANA.  
1975.

## I N D I C E

	Pág.
I.-	INTRODUCCION ----- 1
II.-	DEFINICION DE LA HALITOSIS ----- 4
III.-	IMPORTANCIA CLINICA E HISTORIA DE LA HALITOSIS ----- 8
IV.-	ETIOLOGIA LOCAL ----- 14
	A).- Halitosis de las prótesis ----- 18
	B).- Procesos cariosos ----- 20
	C).- Enfermedades periodontales ----- 21
	D).- Intervenciones quirúrgicas ----- 28
V.-	ETIOLOGIA SISTEMICA ----- 30
	A).- Aparato respiratorio ----- 31
	B).- Aparato digestivo ----- 35
	C).- Discracias sanguíneas ----- 40
	D).- Trastornos metabólicos ----- 41
VI.-	CONCLUSIONES ----- 44
	BIBLIOGRAFIA ----- 46