

870122

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



CAMBIOS FISIOLÓGICOS LOCALES Y PSICOLÓGICOS  
EN PACIENTES GERIÁTRICOS EN PROSTODONCIA TOTAL

## TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

YOLANDA LOPEZ CAMARENA

ASESOR: DR. RAFAEL ILDEFONSO BOJORQUEZ RUIZ

GUADALAJARA, JAL., 1988

FALLA DE ORIGEN



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.

" CAMBIOS FISIOLÓGICOS LOCALES Y PSICOLÓGICOS EN  
PACIENTES GERIÁTRICOS EN PROSTODONCIA TOTAL ".

I N D I C E

	Pág.
Introducción.	1
<b>CAPITULO I</b> Cambios fisiológicos locales en pacien <u>tes</u> geriátricos. ....	3
a) Alteraciones de la mucosa bucal ....	4
b) Disminución de la estimulación neuro <u>muscular</u> .....	6
c) Modificación del hueso alveolar ....	9
d) Alteraciones en la articulación ....	10
<b>CAPITULO II</b> Personalidad del paciente geriátrico ..	14
a) Consideraciones psicológicas.....	15
b) Alteraciones de la personalidad ....	17
<b>CAPITULO III</b> Cuidados e higiene post-rehabilitación	25
a) Principales afecciones por el uso - de dentadura total.....	25
b) Importancia de la higiene .....	33
Conclusiones .....	39
Bibliografía.	

## I N T R O D U C C I O N .

El éxito o el fracaso en la rehabilitación de un paciente geriátrico en prostodoncia total, no depende solamente como pudiera pensarse, de la habilidad manual del dentista, de la precisión de los materiales utilizados o de lo modernas y sofisticadas que sean las técnicas, tanto clínicas como de laboratorio; sino también de la apreciación y análisis oportunos de todos aquellos cambios que ocurren en la senectud, tomando en cuenta los de origen psicológico y social, así como aquellas alteraciones orgánicas y funcionales que pueden afectar los tejidos de soporte, mucosas, músculos, articulaciones, etc. Al igual que todos los elementos del aparato estomatognático que pudieran en un momento dado tener alguna relación ya sea directa o indirectamente con la adaptabilidad del paciente a la prótesis.

El efecto de algunos de estos cambios podrá ser atenuado o en algunos casos eliminado con la debida modificación de los procedimientos utilizados.

Mediante un trato especial, en lo que a comprensión, paciencia y profesionalismo se refiere, el paciente podrá sentir una confianza absoluta tanto en su dentista como en el resultado final del tratamiento.

Y con la modificación de los procedimientos y técnicas

clínicas se puede en distinto grado, según el caso, llevar al paciente a una fonación, deglución y masticación relajada y fisiológica.

## C A P I T U L O I

### CAMBIOS FISIOLÓGICOS LOCALES EN PACIENTES GERIÁTRICOS.

- a) Alteraciones de la mucosa bucal.
- b) Disminución de la estimulación neuromuscular.
- c) Modificación del hueso alveolar.
- d) Alteraciones en la articulación.

## CAMBIOS FISIOLÓGICOS LOCALES EN LOS PACIENTES GERIÁTRICOS.

Porque nacemos, envejecemos; porque envejecemos, morimos. Sin embargo, esto no significa que todos los ancianos están a punto de morir. El envejecimiento es un proceso vital normal. La senilidad en el hombre comienza generalmente entre los 65 y 70 años de edad. Aunque en algunas personas puede comenzar en la quinta década de la vida.

Biológicamente hay entre los 30 y 90 años un descenso lineal, aunque variable en las funciones biológicas.

De esta manera se observa que el envejecimiento se manifiesta de diferentes maneras y grados en los diversos tejidos y órganos provocando una serie de alteraciones fisiológicas que producen cambios en el estado general de la persona.

La edad por sí misma no es necesariamente una contraindicación para el tratamiento dental o médico. Es deber de los profesionales en el campo de la salud no sólo de tratar de prolongar la vida, sino también, y quizá aún más importante, el tratar de hacer los últimos años productivos y agradables.

Es desafortunado que el paciente geriátrico tenga que requerir la mayor parte de los servicios dentales y médicos a una edad cuando menos pueden tolerarlos y posiblemente no tengan para pagarlos. Los cambios degenerativos fi -

siológicos y biológicos relacionados con las enfermedades crónicas y otros trastornos directa o indirectamente resultantes de este deterioro convierten a este paciente en un riesgo quirúrgico mayor o un mal candidato para dentaduras completas.

#### A) ALTERACIONES EN LA MUCOSA BUCAL.

La nutrición adecuada desempeña un papel importante en la salud de los tejidos bucales en proceso de envejecimiento, que a su vez afecta el pronóstico de cualquier tratamiento protético. Los tejidos bucales enfermos no proporcionan una base satisfactoria para un servicio de prótesis total.

Así encontramos que existen: Una reducción del metabolismo basal, alteración de la permeabilidad celular, de la capacidad respiratoria, de la capacidad vital y un aumento del contenido de calcio en las células de muchos órganos.

La mucosa bucal del paciente geriátrico desdentado se caracteriza por una reducción en el número total de células componentes con una disminución resultante en el grosor, tanto de la mucosa como de la submucosa. La magnitud precisa de este adelgazamiento de el epitelio bucal depende de muchos factores, uno de los más importantes es su historia dental. El resultado de este adelgazamiento y la-

pérdida concomitante de la elasticidad es el motivo por el que las mucosas bucales se hacen más susceptibles a la tensión, presión y enfermedad.

El registro de la edad identificará a la mujer postmenopáusicas que puede presentar osteoporosis. Esto suele asociarse en forma característica con desequilibrio hormonal, en el cual se advierte una disminución en la producción de estrógenos, que a su vez ejerce un efecto atrófico en el epitelio de la cavidad bucal.

El epitelio bucal de las personas de edad avanzada tiende a deshidratarse y a perder elasticidad; hay disminución de la actividad de las glándulas salivales y los tejidos blandos por lo general presentan disminución en su resistencia a los traumatismos.

Algunos pacientes con prótesis total de edad avanzada reaccionan en forma intensa aún a irritación mecánica leve causada por sus dentaduras. Aunque la adaptación a las dentaduras sea buena la resistencia tisular es mala, por lo que llega a presentarse inflamación y aún ulceración.

Quizá la manifestación más común del envejecimiento de la lengua es la pérdida de las papilas, que suele comenzar en la punta y bordes laterales, la presencia de fisuras también es un acontecimiento frecuente. Ambos síntomas también están relacionados con varias enfermedades y estados

carenciales.

Como resultado de cambios regresivos en las glándulas salivales, en especial la atrofia de las células que recubren los conductos intermedios, se presenta también la disminución de flujo salival.

La resequedad resultante en la cavidad bucal, es denominada xerostomía, produce otros síntomas. Entre los que son encontrados están; sensaciones gustatorias anormales, "ardor" en los tejidos bucales y la lengua, presencia de grietas y fisuras en los labios y lengua. La mucosa bucal se tornará seca, lisa y translúcida y la lengua toma un recubrimiento anormal. No es raro el dolor en la cavidad bucal.

#### B) DISMINUCION DE LA ESTIMULACION NEUROMUSCULAR.

A medida que avanza la edad, disminuye la destreza neuromuscular de el individuo y se acepta en general que las personas ancianas no se adaptan tan rápidamente a la nueva situación como lo hacen los jóvenes.

Este trastorno se asocia generalmente a una caída de dientes y, por consiguiente, la desaparición de las membranas periodontales; cuyas terminaciones nerviosas propiocep

tivas colaboran en la regulación y mantenimiento de la posición mandibular.

La caída dentaria origina también una disminución del tono muscular facial, de manera que los rasgos faciales quedan desfigurados o desplazados alterando el estado estático de reposo respiratorio o en el estado dinámico de deglución, habla y masticación.

Los rasgos que más sufren son: Philtrum, el tubérculo del bermellón del labio, el surco naso labial, el surco geniolarial y las comisuras labiales.

Las mejillas y los labios han perdido su esqueleto, y la mandíbula su tope de altura. Las primeras consecuencias se perciben de inmediato; hundimiento de labios y mejillas, alteración de la palabra, la lengua a la vista en busca de apoyo para los sonidos labiodentales, reducción violenta de la altura morfológica.

Como se mencionaba anteriormente los trastornos fonéticos acarreados por la edentación suelen ir compensándose con el correr de los días, gracias al total habituamiento compensatorio que permite, por lo menos a las personas habilidosas, arreglar su tubo sonoro a las circunstancias y obtener nuevamente una enunciación satisfactoria. Un buen porcentaje de los desdentados, sin embargo, pronuncia mal ciertas sílabas, en particular las linguo y labiodentales, ya sea por falta de oído o de adecuación neuromuscular a

la nueva situación.

La lengua parece aumentar de tamaño en la boca desdentada. Los ancianos muestran esta hipertrofia con mayor frecuencia. Esto es el resultado de la transferencia de parte de la función masticatoria y fonética de la lengua. Desafortunadamente, este agrandamiento presenta un efecto negativo sobre la retención de la dentadura.

Los tejidos blandos son capaces de absorber o distribuir en forma uniforme las fuerzas aplicadas durante la masticación. Esta estimulación de los receptores del dolor causa gran molestia. La presencia de una dentadura sobre un nervio mentoniano expuesto que emerge del agujero mentoniano produce dolor y molestia del labio inferior y del mentón.

Una fuente potencial de molestia en la atrofia senil-avanzada es la compresión de las terminaciones nerviosas entre las proyecciones óseas verticales afiladas, y la delgada capa de mucosa de recubrimiento por la base dura de la prótesis especialmente en la región mandibular anterior.

Todas estas alteraciones ya mencionadas, deben ser tomadas en cuenta por el cirujano dentista para de esta manera lograr un mejor diagnóstico de los padecimientos que puede sufrir el paciente geriátrico, y por lo tanto, realizar el plan de tratamiento más conveniente para el mismo.

### C) MODIFICACION DEL HUESO ALVEOLAR.

La nutrición es uno de los factores bajo control humano que afecta la salud de los ancianos. una buena dieta general es indispensable para su salud y para los tejidos de soporte de los dientes. Existen pruebas fehacientes que relacionan las deficiencias nutricionales a largo plazo con ciertos cambios patológicos como la osteoporosis.

Las áreas desdentadas se reabsorben en proporción al tiempo que los dientes han faltado. La reabsorción extrema es una seria desventaja, y el prostodoncista debe darse cuenta e informar al paciente del pronóstico.

La edad también tiende a inflir desfavorablemente, puesto que más allá de los 40 años, y progresivamente más en los mayores, tienden a predominar los factores destructivos en el remodelado óseo, llegándose a la conocida y ya antes mencionada osteoporosis de los viejos. Se ven, sin embargo, grandes atrofas en sujetos jóvenes y también viejos que conservan excelentes procesos residuales.

Atrofia del maxilar superior. En el maxilar superior el fenómeno atrófico, predominante desde las crestas del reborde residual, le hacen perder altura, y al mismo tiempo, lo redondea. Es notable el predominio de la atrofia de la parte vestibular.

Atrofia del maxilar inferior. No se sabe por qué la atrofia tiende a ser mayor en el maxilar inferior que en

el superior, pudiendo encontrarse muchos casos en clínica, en los cuales un maxilar superior relativamente poco atrofico se acompaña de un maxilar inferior con atrofia grave. La única explicación hasta ahora, es la menor irrigación, de la médula ósea inferior que no facilitará el proceso neoformativo.

En el proceso atrofico inferior pueden observarse varias diferencias con respecto al superior: 1) La inclinación general hacia abajo y afuera de la rama horizontal, origina el aparente aumento, en la atrofia avanzada de los diámetros transversales de la rama horizontal. 2) al desaparecer el reborde residual la superficie superior tiende a aplanarse originando una verdadera cara superior. 3) En el caso muy avanzado, la atrofia que sigue predominando en el centro de la cara molar, transforma esta en un surco o concavidad. 4) La línea milohioidea, de redondeada se va haciendo aguda, transformándose en la cresta milohioidea, frecuentemente en los desdentados, origen de muchas molestias paraprotéticas.

#### D) ALTERACIONES EN LA ARTICULACION.

La articulación temporomandibular (ATM) parece ejercer una atracción poco común entre los médicos de diferentes especialidades. Muchas veces, el término de "trastorno de la ATM" utilizado para describir un padecimiento es una designación inaplicable porque la propia articulación no está afectada o no es la causa principal del problema cli-

nico. A menudo, un trastorno musculoesquelético, una anomalía anatómica o variante fisiológicas o psicológicas, son la causa de la afección y no una enfermedad articular.

Como resultado de la masticación de alimentos duros durante varios años, o como resultado del bruxismo (frotamiento de dientes) se presenta atricción de las superficies oclusales e incisales de los dientes. Estos presentan coronas anatómicas más cortas, dentina expuesta y superficies masticatorias amplias y planas. Este tipo de desgaste dentario produce un cierre excesivo de los maxilares afectando las relaciones entre el cóndilo mandibular y la fosa glenoidea. Con la edad, la fosa glenoidea se hace menos profunda y la cabeza del cóndilo más plana. Por esto, es posible que el menisco o el disco articular entre el cóndilo y la fosa sea perforado o dañado por este cambio en las relaciones temporomandibulares, causando dolor y limitación en la amplitud de los movimientos maxilares.

Otra causa común del cierre exagerado o pérdida de la dimensión vertical es la falta de dientes parcial o total. Esto produce el colapso de los labios debido a la falta de soporte adecuado y tono muscular. La piel alrededor de la boca se arruga, lo que causa efecto de "jareta", tan característica en los ancianos.

Algunas de las afecciones más comunes a nivel ATM en los pacientes geriátricos son las siguientes:

**OSTEOARTROSIS.** La enfermedad articular degenerativa es una enfermedad no inflamatoria de las articulaciones, que se caracteriza por deterioro y erosión del cartilago articular, aumento de la densidad ósea en los sitios de presión y formación de hueso nuevo en los márgenes articulares.

También se le denomina artrosis y osteoartritis; este último término implica fenómeno inflamatorio y se presta a confusión con las diversas artritis con inflamación primaria. La degeneración del cartilago articular es predominante en esta entidad y puede producirse experimentalmente en varias formas, tales como la aplicación excesiva de esfuerzo a tensión del cartilago o por inmovilización total que priva al cartilago de los beneficios que sobre su nutrición tiene la compresión intermitente.

Otro factor importante en la patogenia de la osteoartritis es el envejecimiento del cartilago; la enfermedad articular degenerativa se presenta con igual frecuencia en todo el mundo, sin distinción de razas; su prevalencia va aumentando paulatinamente con la edad, a partir de los 30 años hasta universalizarse en los ancianos.

**ARTRITIS REUMATOIDE.** Es una enfermedad generalizada crónica, en la que predominan los signos inflamatorios articulares y periarticulares y etiología desconocida, que afecta principalmente articulaciones pequeñas y periféricas, en general, en forma simétrica. Afecta a ambos sexos,

aunque en mayor proporción al sexo femenino, edad común 40 años.

ARTRITIS TRAUMÁTICA. Se ha dicho que la pérdida de los dientes posteriores predispone a la artritis traumática temporomaxilar, porque: 1) Se ejerce mayor presión sobre la articulación al morder con los dientes anteriores que al morder con los dientes posteriores, y 2) La pérdida de dientes posteriores puede ocasionar perder la dimensión vertical oclusal con subsecuente desplazamiento distal y sobre cierre del maxilar

Aunque la pérdida de dientes posteriores puede ser factor predisponente de artritis traumática temporomaxilar y de espasmos maxilares con dolor, esto no es debido a desplazamiento distal y sobre cierre del maxilar, sino más bien, al trastorno de las relaciones neuromusculares que acompañan al cambio de oclusión.

## **C A P I T U L O   I I**

### **PERSONALIDAD DEL PACIENTE GERIATRICO.**

**a) CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS.**

**b) ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD.**

## PERSONALIDAD DEL PACIENTE GERIATRICO.

El problema de ajustarse a la vejez en nuestra sociedad moderna se dificulta cada vez más debido a los altos valores adjudicados a la juventud, belleza y virilidad. Somos una cultura orientada hacia la juventud y temerosa de la edad, con tendencia a ignorar o negar la capacidad de los ancianos y sólo a tolerar su existencia a la vez que intentamos conservarlos relegados en un sitio donde no nos estorben. Hemos estereotipado la edad como senil, dependiente económica y emocionalmente, inútil y enferma. Su sapiencia, experiencia y conocimientos adquiridos son continuamente mal empleados, despreciados o ignorados.

Muchos de los ancianos modernos se encuentran en muy buenas condiciones de salud físicas y psicológicas. Son activos en los negocios y en la vida comunitaria y revelan su madurez en todo lo que hacen. Para ellos el envejecimiento es solo una etapa en su desarrollo continuo, no presenta parecido alguno con la enfermedad. La mayor parte de los ancianos fuertes se percatan de los cambios inofensivos propios del envejecimiento y se adaptan a ellos con rapidez.

Al otro extremo del espectro se encuentran las personas seniles en el peor sentido de la palabra. Presentan desventajas físicas y emocionales y son descritos como inválidos, enfermos crónicos, incapacitados, y verdaderamente ancianos.

Entre estos dos extremos se encuentran millones de ancianos. Tal vez fueron fuertes en algún tiempo, o su enfermedad resulta padecible. Como un grupo representan todos los matices entre la salud y enfermedad.

Debido al alto grado de variación entre los individuos geriátricos, cada uno debe ser valorado en forma individual en cuanto a los problemas, necesidades, deseos y exigencias. La edad cronológica ofrece pocos indicios con respecto al estado fisiológico o patológico del paciente. Hay que reconocer a los ancianos por sus logros anteriores y respetar el sitio que alguna vez ocuparon.

Debemos tener comprensión, paciencia y simpatía para sus necesidades. Sólo entonces se gana su confianza y su respeto.

#### A).- CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS.

El examen psicológico del paciente edéntulo es una etapa clínica necesaria cuyos factores integran en forma decisiva en el diagnóstico e influyen en la propia participación del paciente en el tratamiento.

La edentación influye desfavorablemente en el equilibrio orgánico y social del individuo; transforma el contorno facial, altera el lenguaje, perturba la alimentación, modifica la nutrición, altera la expresión y repercute en la mente y en los sentimientos.

No todos los pacientes que requieren de dentaduras completas se consideran geriátricos; por ende es importante conocer la personalidad psíquica del anciano y entender las alteraciones que ocasiona el estado edéntulo en los jóvenes, por la tendencia común de asociar la pérdida de los dientes con el clásico esquema senil.

El envejecimiento (se considera a los que tienen 65 - años o más), implica no solo cambios estructurales y biológicos, sino que también aparecen notables trastornos en la mentalidad; sufren de alteraciones y modificaciones fisiológicas, como las ya mencionadas en el primer capítulo de esta tesis; y cambios psicológicos como desórdenes de conducta, problemas en relación con la fuerza del ego y la autoestima.

Los problemas psicológicos de la persona de edad avanzada son factores importantes de influencia decisiva en el diagnóstico y tratamiento de la patología edéntula.

Es esencial reconocer que el envejecimiento no sólo implica cambios estructurales y biológicos ausentes, sino que también va acompañado de muchos cambios psíquicos y mentales de un nuevo modelo de conducta.

El declive de la capacidad intelectual y de la capacidad de resolver problemas a niveles abstractos, así como la capacidad analítica y de percepción en situaciones comple -

jas, están relacionadas con la menor capacidad de recibir y acumular nuevas experiencias y conocimientos que tienen que adaptarse a su condición y capacidad específica.

La capacidad mental y la versatilidad decrecen tanto intelectual como emocionalmente, y la tendencia a reacciones-depresivas y enfermedades que se incrementan con la edad.

Por todos los cambios que sufre el paciente geriátrico-tanto psicológicos como fisiológicos, el dentista deberá - dar un trato especial; reconocimiento de las propias necesidades. Recurrir un poco a la vanidad del anciano no sólo -- asegurará el máximo de cooperación, sino que también poten- ciará su ego. Pídeles que lo ayuden y se sentirán útiles y - necesitados. Deles responsabilidades y se sentirán importantes.

#### B).- ALTERACIONES DE LA PERSONALIDAD.

Las necesidades básicas psicológicas o emocionales son- las mejores claves para entender la personalidad. La necesidad de seguridad, afecto, realización o reconocimiento es - tán en el fondo de la mayor parte de las necesidades huma - nas, que de otro modo resultarían ininteligibles. Y la frus- tración de sus correspondientes impulsos parecería estar la tente bajo muchos desórdenes mentales.

La aplicación de los principios de higiene mental a los

problemas de edad avanzada empieza por disipar los temores relativos a ella. Estos temores muchas veces provienen de ideas incorrectas. La vejez no lleva consigo necesariamente deteriorización senil; esto ya lo hemos afirmado anteriormente. Esta sana actitud contribuirá mucho a suprimir las incomodidades físicas, las cuales, por lo general, pueden muy bien ser tratadas por un buen médico.

Cicerón (De Senectute) señala otras cuatro razones de porque se teme a la ancianidad: "Porque nos retira de las ocupaciones activas; segunda, porque debilita el cuerpo; tercera, porque nos priva de casi todos los placeres físicos; cuarta, porque es el paso inmediato a la muerte". A estas se podrían añadir el temor de inseguridad económica, el temor de la soledad, la pérdida de atractivo físico, la pérdida del respeto y del prestigio social; aburrimiento por la inactividad y pérdida de un sentido de autosuficiencia unido al temor de ser una carga para los demás.

Los cambios que se producen en la personalidad y las perturbaciones emocionales propias de la senectud son en parte consecuencia de la repercusión de la involución biológica general del individuo, pero en parte son función también del ambiente, a excepción de ciertas perturbaciones específicamente patológicas. El viejo se da cuenta de la pérdida de su vigor físico y de su agudeza sensorial; suele ser consciente también de que ya no tiene tanta capacidad y facilidad para el trabajo como antes. Percibe también que las demás personas se dan cuenta de su descenso.

- Evolución de la inteligencia y de las aptitudes:

Es opinión general que la inteligencia y las aptitudes se desarrollan durante la infancia y alcanzan su plenitud hacia los 30 años, y se conservan así en circunstancias normales, hasta el comienzo de la senectud.

Los cambios en la función cerebral que aparecen con la edad, no son únicamente el resultado de cambios regresivos, sino también de diversas actividades realizadas durante la vida, que requieren un nuevo aprendizaje de las funciones ya adoptadas. Al resultado de todos estos cambios tan variados y diferentes se le denomina "envejecimiento mental normal" u ortoinvolución, durante el cual tiene lugar una deteriorización gradual de las diferentes facultades.

Los receptores sensoriales se ven muy afectados en los ancianos. Estudios hechos demuestran que a una edad relativamente temprana las capacidades sensoriales y principalmente la agudeza visual y auditiva disminuyen como consecuencia de las involuciones biológicas de los diferentes órganos.

La percepción visual declina también con la edad; más rápidamente después de los 45 años.

El oído. A menudo la disminución de la audición es también un punto de convergencia para los sentimientos de re -

chazo.

**Gusto.** Cuando existe una disminución gustativa, es debido a la atrofia de las papilas linguales.

Como ya se ha mencionado, existen cambios en todos los sentidos; esto ocasiona que el paciente geriátrico se sienta de alguna manera desprotegido, inseguro y temeroso; además, se agrava con el declive mental que en ocasiones no es muy marcado. La capacidad de aprendizaje va disminuyendo a medida que se tiene más edad.

Todo lo anterior sugiere que se debe ser muy cuidadoso al hacer el diagnóstico para distinguir lo que son los cambios psicofisiológicos propios de un anciano, o lo que sería una psicopatología.

El "envejecimiento mental patológico o patoinvolución", es el otro grupo principal de formas de envejecimiento, y también se describe como un declive anormal. Se caracteriza por la concordancia entre las distintas y características manifestaciones neuropatológicas y clínicas de la enfermedad.

- Clasificación psiquiátrica de la vejez:

Se considera conveniente y útil para el diagnóstico - -

agrupar los trastornos de la siguiente forma:

- a) Demencias preseniles (en la edad madura);
- b) Demencias seniles (psicosis);
- c) Psicosis arterioesclerótica;
- d) Psicosis afectivas;
- e) Parafenia.

- Demencias preseniles. De origen desconocido, empiezan a aparecer desde los 45 a 50 años de edad. Aunque poco frecuentes, se menciona la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Pick. Las características de ellas son cambios degenerativos y atróficos del cerebro por la desintegración profunda y sistemática de la personalidad que originan.

La enfermedad de Alzheimer se acompaña también de alucinaciones e ilusiones y empeoramiento de la postura y el movimiento. Sin embargo, el más común de los trastornos preseniles presenta una reducción tanto de capacidad intelectual como de trabajo.

- Demencias seniles. Más común en la mujer, se inicia gradualmente y tiende a aparecer en la vejez, entre los 65 y 70 años de edad. Los cambios patológicos que ocurren son difusos; sin embargo, se nota una lenta y progresiva deteriorización intelectual.

En las primeras fases se aprecia una profunda depresión, desinterés, carácter irritable y pérdida emocional y empeoramiento

ramiento de la memoria. En la fase final se acompaña de un debilitamiento físico, se hace mentalmente más lento, obtuso emocionalmente, pierde su facultad de comprensión y llega a confundirse. La psicosis senil entraña una completa deorganización y degradación de la conducta. El paciente se aferra a ciertas ideas con gran testarudez. De aquí su disposición habitual de terquedad.

- Psicosis arterioesclerótica cerebral. Esta psicosis tiene una presentación variable que depende de la localización e intensidad de los trastornos en la circulación cerebrovascular y elevada presión sanguínea. Esta enfermedad tiende a iniciarse en la vejez más avanzada y puede ser grave o de corta duración.

La importancia de esta enfermedad arterioesclerótica radica en que tiene una tendencia a la recuperación temporal, a nuevos ataques y a un curso fluctuante.

La psicosis arterioesclerótica se desarrolla con más rapidez que los cambios seniles o el envejecimiento mental normal. Sin embargo, la diferencia básica entre ella y la demencia senil es que ésta produce una destrucción más rápida y progresiva, no remitente, de las funciones centrales de organización de la personalidad. Pueden presentarse antecedentes de dolor de cabeza y pérdidas momentáneas de la memoria que la deterioran, esto trae como consecuencia un aumento de la insuficiencia, un decremento de la iniciativa y el interés y un cambio en las reacciones emocionales.

Se acompaña de signos graves que indican el comienzo de lesiones serias en el cerebro: Parálisis facial, temblores, trastornos del habla y, menos frecuentes, efectos sensoriales y raramente convulsiones.

- Psicosis afectivas. Es una condición neurótica latente, frecuente en la vejez que se diagnostica por un trastorno emocional depresivo. Signos leves de depresiones funcionales pueden observarse como incapacidad de recordar acontecimientos recientes, enajenamiento, desorientación, deterioro intelectual y desquebrajamiento de sentimientos y emociones.

El estado depresivo puede empeorar en corto tiempo con signos progresivos de inquietud, angustia e insomnio.

- Parafrenia tardía. Se considera difícil de distinguir la parafrenia tardía de las depresiones paranoicas y de la enfermedad cerebral orgánica. Se considera oscura la causa de su comienzo, aunque las mujeres son más propensas que los hombres y se desarrolla después de los 60 años.

El síntoma característico es el delirio de persecución, celoso, arrogante, presumido y con falta de emoción y afecto hacia los demás. Los delirios paranoicos se acompañan con frecuencia de alucinaciones. Gradualmente las creencias delirantes erosionan la actividad ordinaria y la conducta de la persona se hace socialmente inaceptable a cau-

sa de sus acusaciones, hostilidad y extrañeza.

Todas las afecciones psicopatológicas mencionadas anteriormente no serán tratadas por el dentista, pero es muy importante tener conocimiento de ellas para poder dar un trato adecuado a estos pacientes, y consultar con su psiquia - tra cualquier duda o pedir consejo para llevar mejor el tratamiento.

## C A P I T U L O   I I I

### CUIDADOS E HIGIENE POST-REHABILITACION

a) PRINCIPALES AFECCIONES POR EL USO DE  
DENTADURA TOTAL.

b) IMPORTANCIA DE LA HIGIENE.

## CUIDADOS E HIGIENE POST-REHABILITACION.

Ya que he tratado los cambios fisiológicos locales y psicológicos en el paciente geriátrico, considero que es necesario tratar acerca de los cuidados que debemos enseñar a estos pacientes, para que sea completa su rehabilitación - tanto fisiológica como su adaptación e integración psicológica y sociológicamente.

Es muy importante también el conocimiento de las principales afecciones por el uso de la dentadura total. La mucosa bucal está sujeta a diversas lesiones como resultado del uso de dentadura artificial, por lo tanto, es muy importante el conocimiento de estas afecciones por parte del cirujano dentista para que en lo que a él corresponde, se lleve a cabo, ya sea la eliminación de las causas, o saber reconocer estas lesiones y realizar el tratamiento adecuado. Y al paciente motivarlo a que tenga una higiene oral adecuada, y haga visitas periódicas a su dentista para realizar algún ajuste, o si se presenta cualquier lesión dar el tratamiento adecuado.

### A).- PRINCIPALES AFECCIONES POR EL USO DE DENTADURA TOTAL.

- Cándidiasis atrófica crónica.

En la actualidad, la candidiasis atrófica crónica se con-

sidera un sinónimo de la enfermedad conocida como "boca ulcerada por el uso de prótesis total", una inflamación difusa del área que soporta la dentadura, y a menudo se presenta con una queilitis angular. No existe una edad límite aparente, y algunos estudios demuestran que las mujeres son afectadas con más frecuencia que los varones.

La candidiasis relacionada con la prótesis tal vez sea la forma más común de enfermedad bucal. Por ejemplo, en un estudio reciente se encontró que casi dos terceras partes de un grupo de 100 pacientes, las prótesis totales fueron situaciones que predispusieron al desarrollo de la infección.

- Tratamiento. El desarrollo de nuevos antimicóticos específicos, como la nistatina, ha sido benéfico para el tratamiento de la candidiasis. Las suspensiones de nistatina, mantenidas en contacto con las lesiones bucales han tenido éxito cuando se han empleado en casos crónicos y graves de la enfermedad.

- Úlcera traumática. La úlcera por prótesis total, una o más, por lo común se desarrolla en un día o dos después de la inserción de una prótesis dental nueva. Esta puede ser el resultado de una sobreextensión de los rebordes, el secuestro de espículas de hueso bajo la prótesis dental o una mancha áspera o "alta" sobre la superficie interna de la prótesis dental total.

Estas úlceras son lesiones dolorosas, pequeñas de forma irregular y cubiertas por una delicada membrana necrótica - de color gris y rodeadas por un halo inflamatorio. Si no se instituye un tratamiento, algunas veces esto puede ser el principio de una proliferación de tejido alrededor de la periferia de la lesión en una base inflamatoria.

Tratamiento.- El tratamiento de la úlcera traumática debido a una prótesis total consiste en la corrección de la causa subyacente: Eliminar los rebordes, remoción de los sequestros pequeños de los lugares altos. Cuando esto se lleva a cabo, por lo regular, la úlcera sana rápidamente.

- Inflamación generalizada. (Estomatitis por prótesis total).

En la estomatitis provocada por una dentadura los tejidos blandos de la boca, contiguos a ella, están intensamente inflamados y es una entidad clínica fácil de identificar. Es una reacción inflamatoria de los tejidos bucales que están en inmediato contacto, o inmediatamente adyacentes, a una prótesis susceptible de ser removida. Ocurre con mayor frecuencia en los tejidos blandos que cubren el paladar óseo y se caracteriza de ordinario por una zona intensamente enrojecida, brillante y ligeramente hinchada. Ocasionalmente, se percibe una sensación "viscosa" al hacer pasar un dedo sobre su superficie.

La lesión es generalizada y difusa, y afecta todos los tejidos que contactan con la dentadura, pero a veces se da por campos, localizada en regiones aisladas.

Los síntomas subjetivos varían mucho. A veces, la lesión es asintomática, pero más a menudo el paciente se queja de una ligera sensibilidad, de sequedad, de sensación de ardor, o hasta de un verdadero dolor.

Si todos los casos de estomatitis provocada por una dentadura fueran debidos a un único factor etiológico se simplificaría la identificación y el tratamiento de la lesión, pero, por desgracia, la estomatitis provocada por una dentadura no es un "diagnóstico que implique el tratamiento", puesto que un factor cualquiera o una combinación de ellos pueden ser los responsables. Por ello, el examen clínico debe ir acompañado invariablemente por una historia clínica muy detallada.

- Hiperplasia inflamatoria (fibrosa).  
("Tumor por lesión de la prótesis total";  
Epulis fissuratum; tejido redundante.).

Una de las reacciones tisulares más comunes a una prótesis total crónicamente mal ajustada, es la presencia de hiperplasia de tejido a lo largo del borde de la dentadura, pero que no se restringe a su lugar, sino que presenta en muchas zonas donde existe una irritación crónica de cual

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA  
29

quier tipo, como en la encía, en la mucosa bucal y en el gulo de la boca.

La hiperplasia fibrosa inflamatoria como resultado de la lesión de la prótesis dental, se caracteriza por el desarrollo de rollos alargados de tejido en el área de los pliegues mucobucales dentro de los cuales los rebordes de la prótesis dental ajustan en forma conveniente. Esta proliferación de tejido, por lo regular se desarrolla en forma lenta y probablemente es el resultado de la resorción del reborde alveolar por el traumatismo de las prótesis dentales flojas.

Este exceso en el pliegue de tejido, por lo general, no está inflamado, aunque puede existir irritación e incluso ulceración en la base de dicho pliegue dentro del cual ajustan los rebordes de la prótesis total.

Tratamiento.- La hiperplasia fibrosa inflamatoria se debe extirpar por cirugía y construir prótesis totales nuevas o rebajar las antiguas para proporcionar una retención adecuada. Si la dentadura es reemplazada o reparada correctamente, la lesión no debe recurrir.

- Hiperplasia papilar inflamatoria.  
(Papilomatosis palatina).

La hiperplasia papilar es un problema poco común que

afecta la mucosa del paladar. No se conoce su etiología pero se puede considerar como una forma de hiperplasia inflamatoria asociada, en la mayor parte de las ocasiones, con las prótesis mal ajustadas, que permiten la irritación por fricción, y un mal estado de higiene bucal. La lesión no se presenta en todos los pacientes con prótesis mal ajustadas, se cree que pueden existir factores predisponentes.

La hiperplasia papilar se presenta sobre todo en las personas edéntulas con prótesis totales, pero en raras ocasiones se ve en pacientes que presentan un completo total de dientes y no un aparato protético.

La lesión se presenta como numerosas proyecciones papilares edematosas, en color rojo, muy cercanas unas a otras, que con frecuencia afectan a casi todo el paladar duro y le da un aspecto verrugoso. Las lesiones se pueden extender sobre la mucosa alveolar, y en ocasiones está afectada la mucosa alveolar mandibular. Las papilas individuales rara vez miden más de 1 ó 2 mm. de diámetro. El tejido muestra grados variables de inflamación, pero rara vez existe ulceración.

Tratamiento.- No hay tratamiento reconocido para este trastorno. El dejar de usar las prótesis totales mal ajustadas o el construir prótesis nuevas sin la remoción quirúrgica del exceso de tejido, por lo general da como resultado una regresión del edema y la inflamación, pero persiste la-

hiperplasia papilar. Es preferible la excisión quirúrgica de la lesión antes que se haga una prótesis nueva, lo cual hace que la boca regrese a su estado normal.

- Intolerancia o alergia a la base de la prótesis.

Es extraordinariamente raro que haya una alergia verdadera al material de la prótesis. Se ha informado de casos ocasionales, y los estudios sugieren que esto se debe a una sensibilidad al monómero, tanto al tipo regular como al de autopolimerizado.

Una variedad de estomatitis tóxica originada por una prótesis, se observa en pacientes que han prestado escasa atención a la higiene de la dentadura, por lo que las superficies del tejido de su dentadura están cubiertas por restos de alimentos. La putrefacción del alimento, con la formación de productos químicamente tóxicos, provoca reacciones inflamatorias de los tejidos adyacentes.

Los aspectos clínicos en los casos de alergia clínica verdadera son similares a los de las inflamaciones generalizadas simples, por esta razón el diagnóstico depende de una prueba de parche positiva.

Por lo general, este tipo de estomatitis originada por una dentadura se identifica y se trata fácilmente. Cuando la causa es una reacción alérgica, el tratamiento es la sus

titución por una dentadura a base de material más adecuado; y menos irritante. Y dar al paciente instrucciones específicas para mejorar la higiene de la dentadura y el uso de soluciones para la limpieza.

- Perleche

(Queilitis angular; queilosis angular; estomatitis angular "geriátrica").

Se ha hecho la sugerencia de que muchos casos de perleche se deben a sobrecierre de los maxilares que se presenta en los pacientes edéntulos o en los que tienen prótesis totales artificiales que carecen de una dimensión vertical adecuada. En este caso, se produce un pliegue en las esquinas de la boca, en el que se junta la saliva, y la piel se macera, se fisura, y es infectada por microorganismos. Se ha informado de muchos casos que se han corregido al aumentar la altura vertical de las prótesis totales.

La perleche suele estar asociada también a: una deficiencia de riboflavina con una infección bacteriana o micótica superpuesta. Algunos casos pueden curarse mediante la administración del complejo B.

## B).- IMPORTANCIA DE LA HIGIENE.

Para prevenir cualquier enfermedad, el individuo debe comprender el mecanismo básico de la misma y lo que tiene que hacer para prevenirla. Se le debe ofrecer orientación sobre los métodos de prevención, que le ayudarán como persona. Sobrecargarlo con un cúmulo gigantesco de aparatos y deberes lo desalentarán y no tendrá eficacia. Ofrézcale lo que necesita de manera genuina para prevenir las enfermedades; no más y no menos.

La absoluta familiaridad del dentista con todos los aspectos del empleo y mantenimiento de una dentadura, pueden originar que pase por alto el hecho de que, para la mayor parte de los pacientes, el empleo de la prótesis bucal es una experiencia completamente nueva. Por lo tanto, es necesario que se le indique al paciente: 1) La forma adecuada de insertar y retirar la prótesis de la boca; 2) la forma de mantener los dientes naturales y artificiales en un estado escrupuloso de limpieza; 3) Las ventajas y desventajas del uso nocturno de la prótesis; y 4) la importancia del uso periódico de la prótesis.

La educación del paciente deberá también establecer la responsabilidad de él mismo, así como la del dentista en un servicio de prótesis total. Un programa minucioso de educación deberá comenzar con la visita inicial del paciente y entretenerse a través de todo el proceso de construcción de

la dentadura. La primera fase deberá ser principalmente de carácter verbal alentándolo para discutir en forma activa cualquier pregunta o malentendido. Es durante esta fase antes de la inserción de la dentadura, que se analizan los anhelos del paciente y se equiparan a los resultados esperados. La segunda fase de la educación consiste en un resumen claro y bien escrito de los problemas anticipados y de las recomendaciones higiénicas.

Existen tres factores importantes para la conservación del estado de salud de los tejidos bucales desdentados: Descanso adecuado de los tejidos, nutrición correcta y limpieza de los tejidos de la boca. El grado de importancia de cada uno deberá ser relacionado con la salud de la boca desdentada que presenta, así como los hábitos que ha adquirido con la dentadura. Hay que advertir al paciente que los tejidos de la boca nunca fueron hechos con el fin de ser cubiertos o de dar apoyo a la base dura de una prótesis.

Todas las fuerzas oclusales actúan por compresión de los tejidos blandos y aplastan los tejidos entre la dentadura y el hueso. El no permitir la recuperación de estos tejidos de las fuerzas ejercidas sobre los mismos, da como resultado el aumento del dolor y la irritación.

Un aspecto de la salud de los tejidos bucales que casi siempre se descuida es la limpieza y el estímulo de las mucosas bucales. El cepillado ligero de los rebordes residuales con un cepillo suave para dientes; eliminará la placa y los residuos de alimentos, estimulando a la vez la circu-

lación local. Esto deberá ser seguido por un vigoroso enjuague con alguna solución astringente o salina para reducir la cuenta bacteriana y micótica, y refrescar la boca.

Con raras excepciones el paciente total o parcialmente desdentado ha llegado hasta este estado desafortunado, como consecuencia de la falta de cuidados o ignorancia de los fundamentos básicos de la higiene oral. Constituye una responsabilidad del dentista, lograr que el paciente tenga un deseo sincero de practicar la higiene oral adecuada.

Es necesario explicar al paciente la necesidad de un mantenimiento periódico de la prótesis. Debe hacérsele consciente del daño irreversible que puede ocasionar el usar la prótesis que no se adapta en forma exacta, y debe recordársele que, en la mayor parte de los casos, sólo se dará cuenta de la pérdida de ajuste hasta que es grave, debido a la resorción ósea lenta y gradual. Es necesario determinar una nueva cita después de la colocación de la prótesis y excepto en casos especiales, esta debe hacerse al día siguiente de la entrega de la prótesis.

- Limpieza correcta de las dentaduras totales.

Muchos pacientes salen del consultorio carentes de información con respecto a la forma de cuidar sus dentaduras totales. Muchos de ellos aprenden a limpiar sus prótesis de los anuncios comerciales. La profesión dental debe hacer recomendaciones específicas de cómo cuidar y limpiar las pró-

tesis bucales.

Algunos pacientes son bastante descuidados en el mantenimiento de sus dentaduras limpias; a menudo se sorprende que en ellas se formen acumulaciones de cálculos y suciedad. Hacer revisiones periódicas nos ofrece la ocasión de recordarles la conveniencia de mantenerlas limpias dándoles para ello las necesarias instrucciones.

Debemos recomendar al paciente cepillar minuciosamente sus dentaduras con un cepillo blando, bajo agua corriente - después de haber sido colocadas en una solución química.

Para eliminar el sarro se recomienda remojar la dentadura en vinagre blanco durante toda una noche. La solución de vinagre blanco proporciona una concentración segura de ácido aséptico, que descalcificará los depósitos de sarro. Sólo un remojo ocasional en vinagre blanco es necesario para controlar la formación de sarro.

La utilización de un cepillo, jabón o limpiador, y agua, es un método muy popular de limpiar las dentaduras totales. Al recomendar un programa de limpieza, debemos proporcionar al paciente un cepillo blando para dentaduras y advertirle que no utilice un cepillo para dientes y dentífrico. El cepillo dental no está diseñado para limpiar las zonas angostas que suelen encontrarse sobre la superficie tisular de la dentadura, y el continuo frotamiento de estas zonas ocasiona daños graves.

El cepillado suave con un cepillo blando para dentaduras así como un detergente no abrasivo constituye un método de limpieza eficaz, especialmente cuando se combinan con el remojo nocturno. Esta combinación no solo es buena higiene para la dentadura, sino que también permiten descansar durante la noche los tejidos bucales.

No obstante el método empleado por el paciente para limpiar sus dentaduras, es importante que esto se convierta en un hábito cotidiano. La responsabilidad del dentista es informar al paciente y motivarlo para realizar esta rutina día con día. Se sugiere:

1. La limpieza diaria de las dentaduras elimina las acumulaciones bacterianas que se forman en las superficies de las mismas. Estas placas bacterianas son capaces de formar ácido y de irritar los tejidos.
2. La limpieza diaria evita las manchas y la acumulación de sarro.
3. Las dentaduras no higiénicas son una de las causas principales de mal olor de la boca.
4. La irrigación bucal vigorosa y el cepillado suave no sólo es estimulante y refrescante sino que también promueve la buena salud de los tejidos.

Si el dentista comunica estas ideas efectivamente a sus pacientes estará promoviendo las normas de mejor salud bucal para los usuarios de dentaduras, aumentará la comodidad de éstas y la aceptación personal.

## C O N C L U S I O N E S .

Con la elaboración de ésta tesis, una vez más está claro que para hacer el diagnóstico y el tratamiento del paciente geriátrico es muy importante tomar en cuenta los principales cambios fisiológicos bucales y los cambios psicológicos propios de esta edad, muchas veces ignorados o tomados como una molestia y carga por los que conviven con los ancianos; estos cambios son normales, como los que en un momento fueron en la adolescencia y ahora se presentan los cambios propios de la ancianidad.

Debido a la falta de atención o cuidados por parte de las personas que rodean al paciente anciano y a la actitud que muchas veces toma él mismo, negativa de irritabilidad y aislamiento, hay que motivarlo constantemente para que mejore su aspecto y a que mantenga una higiene oral adecuada.

El paciente anciano debe ser tratado de una manera especial, el dentista es un eslabón muy importante en la cadena de readaptación y aceptación del paciente anciano para con él mismo y para con la sociedad; hacerles entender:

" Ancianidad: cima, no decadencia ".

## B I B L I O G R A F I A .

- CERCA ENRIQUE  
UNA PSICOLOGIA DE HOY  
Ed. Herder, S. A.  
Barcelona, España, 1976.
  
- CLINICAS ODONTOLÓGICAS DE NORTEAMERICA  
Volumen 3/1983  
Disfunción de la articulación Temporomandibular.  
Ed. Interamericana.
  
- CHASTEN JOSEPH E.  
PRINCIPIOS DE CLINICA ODONTOLÓGICA  
Ed. El Manual Moderno  
2a. Edición.  
México, 1986.
  
- LARROYO FRANCISCO  
PSICOLOGIA INTEGRATIVA  
Ed. Diana. 1979
  
- MARTINEZ ROSS  
OCCLUSION ORGANICA  
Ed. Salvat.
  
- MILLER ERNEST, L.  
PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE  
Ed. Interamericana, 1975.

- OZAWA DEGUCHI JOSE Y.  
PROSTODONCIA TOTAL  
Ed. U.N.A.M.  
5a. Edición 1984.
  
- PROTESIS DENTAL  
DENTADURAS COMPLETAS  
Ediciones Toray, S. A.  
Barcelona, 1965.
  
- RAMFJORD Y ASH.  
OCCLUSION  
Ed. Interamericana  
2a. Edición, 1972.
  
- ROYEE JAMES, E.  
PERSONALIDAD Y SALUD MENTAL  
Ed. Herrero, S. A.  
1a. Edición, 1964.
  
- SAIZAR PEDRO  
PROSTODONCIA TOTAL  
Ed. Mundi  
Buenos Aires, 1972
  
- SWENSON MERRILL.  
Ed. Hispano Americana  
2a. Edición.

- SHAFER, W. G.  
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL  
Ed. Interamericana  
México, D. F. 1987.
  
- VARGAS MONTOYA SAMUEL  
TRATADO DE PSICOLOGIA  
Editorial Porrúa, S. A.  
México, 1983.  
8a. Edición.
  
- WINKLER SHELDON  
PROSTODONCIA TOTAL  
Ed. Interamericana  
1a. Edición en Español, 1982.
  
- ZEGARELLI EDWARD  
DIAGNOSTICA EN PATOLOGIA ORAL  
Ed. Salvat.  
2a. Edición.