

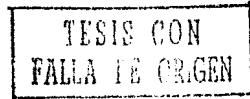
870122

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México



**ESCUELA DE ODONTOLOGIA**



**EL PACIENTE GERIATRICO EN PROSTODONCIA TOTAL**

**TESIS PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTA:**

**ENRIQUE GIL VERDUGO**

**ASESOR: C. D. RAFAEL ILDEFONSO BOJORQUEZ RUIZ**

**GUADALAJARA, JALISCO, 1990**



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 está 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.

## " EL PACIENTE GERIATRICO EN PROSTODONCIA TOTAL "

### I N D I C E

	Pág.
Introducción.	1
CAPITULO I Generalidades	3
A.- Definición.	3
B.- Aspectos Generales.	3
CAPITULO II Enfermedades Sistémicas.	22
CAPITULO III Alteraciones Bucales.	37
CAPITULO IV Alteraciones Mentales.	52
Conclusiones.	61
Bibliografía.	

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

El propósito de mi trabajo consiste básicamente en ampliar un poco más nuestro campo de acción, tratando de demostrar la importancia que revisten los problemas psíquicos y emocionales, que presenta el paciente geriátrico en Prostodoncia Total, ya que está dentro de nuestra capacidad como odontólogos generales realizar y valorar atinadamente el tratamiento adecuado para este tipo de pacientes, para así agravar menos sus problemas, ya que el envejecimiento es un proceso normal de la vida y la edad en sí, no es una forzosa contraindicación para emprender tratamientos dentales, en este tipo de pacientes.

Las profesiones dedicadas a la salud en general, no sólo deben tratar de prolongar la vida, sino que también, y quizás con más empeño, hacer que los últimos años de vida-anciana, sean más productivos y gratos.

Por desgracia el enfermo senil necesita generalmente más servicios médicos y odontológicos, cuando llega a una edad que no le permite tolerar, ni posiblemente sufragar, estos tratamientos.

Espero con esta exposición, realizar el propósito de -

**ayudar a diagnosticar acertadamente, valorar e interpretar,  
los problemas en los pacientes de edad avanzada.**

## C A P I T U L O I

### G E N E R A L I D A D E S .

#### A) Definición.

Geriatría.- Es una parte de la medicina que estudia las enfermedades de la vejez y su tratamiento, siendo el aumento el número de personas con más de 65 años. Es una ciencia relativamente joven y la Gerontología más.

Senilidad (paciente anciano o geriátrico).- La senescencia en el hombre comienza generalmente entre los 70 y los 80 años. En algunas personas la senilidad comienza incluso en la quinta década de la vida (50 años)

Gerontología.- Es la ciencia y el estudio de la edad senil.

#### B) Aspectos Generales.

##### Proceso de Desarrollo

El envejecimiento es un proceso normal que, en términos generales, comienza al nacer, aunque muchas personas creen que se asocia con la última mitad de la vida -de los 50 años hacia arriba. Del nacimiento, pasando por la adolescencia hasta la edad adulta, de 18 a 21 años, hay un

enorme crecimiento cuya curva resulta prácticamente vertical en todas las gráficas. Sin embargo, cuando el individuo ha llegado a la edad adulta o madurez, se reduce gradualmente su crecimiento o empieza a declinar.

La edad propecta es otro factor adverso como es bien sabido, esto hace que los estudios geriátricos sean cada vez más valiosos como consecuencia del aumento del número de viejos y de su mantenimiento en actividad útil, que caracteriza nuestro tiempo. Contribuyen también al progreso-protético.

En un estudio realizado por Seifert, Langer y Michemmann (1962), encontraron que en la satisfacción que derivaban de sus prótesis, la inteligencia y la experiencia protética previa, tenían menos importancia que la personalidad de los viejos y sus relaciones con el odontólogo. Pudieron concluir, sin embargo que: "Los factores anatómico, técnico y psíquico determinan la satisfacción del paciente geriátrico con sus prótesis".

Las personas ancianas ejercen un efecto determinado en el conjunto de la sociedad y los cambios degenerativos que aparecen en las personas mayores requieren odontólogos que los traten con un cuidado especial.

### Amplitud del problema.

En 1900 sólo 3.1 millones .01 de cada 25 estadounidenses tenían más de 65 años.

En 1975 21.8 millones ó 1 de cada 10 pertenecían a esta categoría. Si ésta tendencia se mantiene para el año - 2000 más del 20 % de la población estará formada por personas que tendrán más de 65 años de edad; la razón de este - ascenso es doble. Además de una disminución de los índices de mortalidad infantil y del aumento de la esperanza de vida debido principalmente a los numerosos adelantos en el - campo de la medicina, el índice de natalidad ha ido dismi- nuendo a partir de 1957 en Estados Unidos, aumentando por lo tanto la proporción de personas de edad en relación con los jóvenes. Este incremento asombroso de la longevidad es el resultado de una combinación de factores como medicamentos nuevos, más conocimientos médicos y odontológicos, me- jor higiene personal bucal, alimentación más racional y - condiciones de trabajo más adecuadas.

Por supuesto no todas las personas de edad son inváli- das, sin embargo, aproximadamente el 38% presenta algún padecimiento crónico que limita su actividad y de éstos por- lo menos la mitad padecen trastornos graves.



Trastornos de la conducta que se asocian a la senilidad.-

La ancianidad es un proceso natural en el cual hay disminución gradual de la agudeza mental, limitación de los intereses sociales, abatimiento de la actividad física. Se presenta en algunos individuos mucho antes que en otros, aunque muchas personas son productivas e intelectualmente-capaces hasta una edad más avanzada.

El principio de la vejez se suele situar a la edad de 65 años, misma en que el individuo suele retirarse de sus actividades habituales.

El mejoramiento de los cuidados de la salud y las ayudas protésicas permiten que un número cada vez mayor de ancianos tengan la oportunidad de llevar una vida agradable-después de su jubilación.

Los ancianos no se adaptan con facilidad a nuevas ideas ni cambios en la rutina de su vida diaria.

La senilidad se acompaña de muchos defectos corporales, tales como:

- 1) Los huesos pierden su estructura densa.
- 2) Los músculos se vuelven hipertónicos.

- 3) Los órganos internos se van atrofiando en forma gradual.
- 4) Las articulaciones son menos flexibles, a menudo -- existe temblor y la visión se borra poco a poco por la formación de cataratas.

El objetivo que persigue la Prostodoncia en el paciente geriátrico es devolver su masticación o corregir los contornos faciales, así como los defectos de pronunciación, tratando que el paciente tenga las mínimas molestias antes y después de insertar la prótesis.

En un paciente geriátrico edéntulo la función masticatoria está alterada y el aparato digestivo realiza un esfuerzo mayor para digerir el bolo alimenticio. La pérdida total de la dentadura acarrea la falta de la digestión y por lo consiguiente la mala salud y el acortamiento de vida.

Técnica para la elaboración de las dentaduras completas.-

1a. Visita del paciente: Diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, valoración del paciente, toma de impresión para modelos de estudio.

2a. Visita del paciente: Fabricación de cucharillas superior e inferior con modelina y alginato.

3a. Visita del paciente: Tomar dimensión vertical y registros intraorales.

4a. Visita del paciente: Prueba de la dentadura con los dientes enfilados en cera, revisión de la dimensión vertical con sus pasos anteriores.

5a. Visita del paciente: Inserción de la dentadura en la boca, corrección de los últimos detalles, instrucciones al paciente.

Síntomas clínicos de los tejidos de la boca relacionados con la edad.-

1) Modificación de estructuras dentarias y de sus tejidos circundantes periodonto y hueso alveolar.

2) Alteraciones degenerativas de la mucosa bucal.

3) Alteraciones degenerativas del maxilar y articulación temporomaxilar.

4) Disminución de la estimulación neuromuscular.

En pacientes seniles es frecuente localizar atrofia del hueso alveolar y basal.

La atrofia senil del hueso alveolar y la llamada erupción continua, son consideradas por algunos como factor del envejecimiento normal.

La resorción ósea parece estar influida por deficiencia de nutrición y especialmente por la avitaminosis.

El mal estado orgánico y general pueden influir o no en el pronóstico protético.

Kimball (1960) ha hecho un buen examen de conjunto sobre esta cuestión (trastornos nutricios, endócrinos, vitamínicos, neuromusculares y otros), clasifica las dificultades protéticas en 3 grupos: mecánicos, orgánicos y psicómáticos.

Para la elaboración de una prótesis tiene particular importancia en el individuo de edad avanzada, un inventario y una estimación cuidadosa y detallada del estado de salud, siendo de bastante ayuda la elaboración de una historia clínica y el examen clínico incluirá las enfermedades actuales y pasadas y las experiencias dentales sufridas por el paciente senil tomando en cuenta el aspecto psi

cológico.

¿ Cuáles son los tipos de pacientes que visitan al den  
tista ?.

House (1937) los clasifica de acuerdo con la mentali -  
dad que presentan:

- 1) Mente filosófica.
- 2) Mente exigente.
- 3) Mente histérica.
- 4) Mente indiferente

1) Mente filosófica.- Paciente de mente equilibrada.

a) Que han venido anteriormente con el dentista a -  
hacerse una extracción y carecen de experienci-  
en llevar dentaduras artificiales. Estos depende  
den del dentista para un diagnóstico correcto, -  
pronóstico y educación.

b) Aquellos que han llevado dentaduras satisfacto -  
riamente, gozan de buena salud y poseen una men-  
te equilibrada.

2) Mente exigente:

a) Pacientes con mal estado de salud bucal, preocu-

pados por el aspecto y eficiencia de las dentaduras artificiales y que por lo tanto, renuncian a aceptar el consejo del dentista y no quieren que les extraigan sus dientes naturales.

- b) Los que llevan dentadura artificial y no les satisface ni en apariencia ni en utilidad y dudan de la habilidad del dentista para un trabajo satisfactorio e insisten en que les den una garantía por escrito o esperan que el dentista haga repetidas pruebas sin que les cobre.

### 3) Mente histérica:

- a) Pacientes con mala salud bucal, descuido patológico, que le temen a la asistencia dental y se someten a la extracción dental como último recurso, convenciéndose a sí mismos de no poder utilizar dentaduras artificiales.
- b) Han intentado llevar dentaduras artificiales que constituyeron un fracaso y por lo cual están completamente desanimados. Son personas con temperamento sumamente nervioso, muy exigentes, que esperan de una dentadura artificial dé suma eficacia y un aspecto igual a la más perfecta dentadura.

ra natural.

4) **Mente indiferente:**

- a) Pacientes despreocupados por su aspecto, con poca o ninguna necesidad por masticar, poco perseverantes, y que no se molestan por acostumbrarse a usar prótesis.

Criterio clínico en el enfermo geriátrico.-

En algunos casos es preferible no hacer nada en el enfermo de edad avanzada que posee todavía unos cuantos dientes posteriores que ocluyen en ambos lados, que se siente cómodo, que come sin dificultad y que presenta un aseo dental satisfactorio. En estos pacientes una prótesis parcial única mejorará considerablemente su función, tomando en cuenta la estructura ósea de sostén y movilidad dental.

El dentista no debe construir dentaduras completas para enfermos con tensión intensa, ya sea física o mental, ni en pacientes con enfermedades degenerativas y avanzadas. lo único que debe hacer el dentista es eliminar las posibles fuentes de infección o irritación bucal como dientes-cariados o raíces retenidas.

Un tratamiento insuficiente puede ser tan perjudicial como un tratamiento excesivo.

El enfermo geriátrico que no quiere dentadura.-

Es aquella persona que duró muchos años sin dientes y no desea tener dentadura completa.

Es preferible abstenerse si a estos enfermos no les importa el aspecto de su cara y si el no tener dientes no les afecta su personalidad.

Sería un error el convencerlos puesto que en realidad algunos de estos enfermos resuelven mucho mejor su problema nutricional sin dientes, que enfermos con dentaduras inadecuadas.

Si el dentista accede a construirles una dentadura por insistencia de un familiar del enfermo aunque fuere perfecta no será utilizada en la mayoría de los casos y el dentista será considerado como el responsable del fracaso. Estas personas han vivido sin dentaduras y no les molesta quedarse sin dientes, además de que no quieren sufrir incomodidades causadas por cuerpos extraños.

Aquí también los efectos del envejecimiento tendrán una influencia adversa sobre el pronóstico final.

El portador satisfecho de dentaduras viejas.-

Estos enfermos aprendieron a convivir con dentaduras, son felices y no quieren dejarlas por nada, afirman que pueden comer cualquier cosa con ellas y que la retención



es tan buena como en el primer día de su inserción. Sería un error hablar de construcción de dentaduras nuevas con este tipo de enfermos geriátricos. Si se convenciera a este tipo de pacientes de hacerse una nueva dentadura, el pronóstico sería malo.

El enfermo geriátrico portador de prótesis.-

Jamieson considera que: "Adaptarse a la personalidad del enfermo anciano es a menudo, más difícil que adaptar la dentadura en su boca".

El éxito de la odontología geriátrica depende, a veces, de la confianza depositada por el enfermo en el dentista, sea cual sea la cualidad de la prótesis final obtenida, el dentista debe tratarlos con paciencia y comprensión.

Las visitas deben planearse de antemano para tratar de hacerlas lo más cortas posibles, pero con el mayor rendimiento y procurando no trabajar demasiado rápido, por lo cual el dentista deberá elaborar un plan de tratamiento muy minucioso, procediendo con cautela y paso seguro.

El trabajo realizado con demasiada rapidez en el enfermo senil podía dejar la impresión que el dentista trata de deshacerse de él lo más pronto posible y que no está interesado en su caso.

Los intervalos entre las citas deberán ser lo más cor-

tos posibles, para mantener el interés en el enfermo, siendo también muy conveniente que las citas se fijen por la mañana ya que de esta forma pueden ser de gran ventaja porque los ancianos presentan menos deformación tisular por las mañanas.

Es importante que el dentista no prometa demasiadas cosas tanto al enfermo geriátrico como a los demás enfermos-dentales puesto que los enfermos suelen acordarse de todo lo dicho por él y reclaman que cumplan lo prometido.

#### Construcción de dentaduras completas.-

##### Impresiones.-

Antes de tomar las impresiones del enfermo geriátrico-edéntulo es necesario examinar minuciosamente los tejidos que darán apoyo a las dentaduras.

Si presenta lesiones debido a dentaduras mal ajustadas es necesario utilizar rehabilitantes tisulares hasta que éstos recuperen su color y tono fisiológico normales.

Nuestra meta al tomar las impresiones es asegurar un recubrimiento tisular máximo sin desplazamiento periférico durante los movimientos funcionales.

Las impresiones deben hacerse sin provocar distorsiones o desplazamientos de tejidos.

Presentar adaptación lo más perfecta posible a los tejidos y tener bordes redondeados.

Las impresiones preliminares pueden hacerse en portaimpresiones comerciales, mientras que las segundas impresiones o finales se tomarán con cubetas hechas a la medida.

#### Dimensión vertical.-

La determinación de la dimensión vertical en un enfermo joven y saludable es ya bastante difícil; con el enfermo geriátrico se necesitará todavía mucho más tiempo y esfuerzo para obtener un registro fisiológico exacto.

Es absolutamente necesario tener una distancia interoclusal (espacio libre) adecuada entre las superficies oclusales de las dentaduras terminadas para asegurar al enfermo masticación y fonética satisfactorias, así como comodidad.

Existen muchos métodos para determinar la dimensión vertical y el dentista debe escoger el que suele proporcionarle los mejores resultados. Sin embargo, es preciso tomar en cuenta algunos hechos, independientemente de cual sea el método escogido, la distancia interoclusal aumenta con la edad, la pérdida de la dimensión vertical es lenta, continua y obviamente irreversible.

Una restauración exagerada de la dimensión vertical para lograr un aspecto más joven, está absolutamente contraindicada ya que por lo general, conduce a la destrucción de los tejidos de soporte provoca molestias graves, trastornos del habla y de la masticación y posible disfunción de la articulación temporomandibular.

Los enfermos geriátricos necesitan más de los 3 milímetros de la distancia interoclusal del adulto joven con dentición completa natural. Generalmente está indicada una distancia interoclusal de 5 a 10 milímetros, debido a los cambios fisiológicos en la musculatura facial, hueso alveolar, piel y percepción sensorial. Desde el punto de vista estético debemos evitar que el enfermo anciano tenga aspecto de " bocón ".

En algunos enfermos geriátricos, aún habiendo determinado la dimensión vertical con la mayor precisión posible, utilizando lo mejor de nuestros conocimientos, persistirá el " golpeteo " de las dentaduras debido a la incoordinación muscular o a algún hábito. En este caso suele ser útil emplear dientes posteriores de resina o superiores de porcelana, opuestos o inferiores de resina para reducir el sonido producido.

En este último caso, todos los ajustes deben hacerse -

sobre los inferiores que después serán pulidos hasta lo --  
grar, si es posible, su brillo original.

#### Relación céntrica.-

El registro y la duplicación de la relación céntrica -  
son de importancia decisiva para el éxito de la dentadura-  
completa. Antes de hacer el registro de la relación céntri-  
ca se determina la dimensión vertical ocluyente.

La relación céntrica debe ser registrada a la dimen --  
sión vertical establecida, ya que cambios posteriores en -  
la dimensión vertical pueden provocar cambios correspon --  
dientes en la relación céntrica.

La posición prognática del maxilar inferior con la con-  
siguiente mordida excéntrica de conveniencia es adoptada -  
con frecuencia por el enfermo geriátrico y es generalmente  
el resultado de una dimensión vertical cerrada de la oclu-  
sión.

Para tomar el registro, el enfermo debe sentarse en el  
sillón lo más derecho posible, ya que en esta posición se-  
rá más fácil corregir cualquier posición anormal del maxi-  
lar inferior.

Se recomienda evitar la palabra " mordida " que puede-  
incitar al enfermo a la protrusión de su maxilar inferior-  
como suele hacerlo para cortar la comida y también a ce --

rrar con presión exagerada.

En caso de falta notable de coordinación muscular la administración de un sedante o barbitúrico ligero puede ser útil; asimismo los relajantes musculares son de gran ayuda en casos especiales.

Tamaño de los maxilares.-

Un proceso amplio ofrece más soporte y estabilidad a la dentadura que un proceso corto y angosto.

Deberá determinarse si los procesos son de igual tamaño, ya que habrá complicaciones si uno es bastante amplio y el otro angosto.

Procesos residuales.-

Los procesos en forma cuadrada son los que tienen más retención y estabilidad.

Los de forma ovoide son menos favorables y los de forma triangular presentan el mínimo de retención y estabilidad.

El proceso ancho de la base es el más favorable.

Si el proceso presenta socavados irregulares o proyecciones óseas afiladas deberá corregirse quirúrgicamente.

El proceso más difícil es aquel angosto y afilado, - principalmente en el proceso inferior, se ve en los proce-

sos triangulares.

#### Relación Intermaxilar.-

Clase II o retrognática es normalmente difícil porque sostiene la mandíbula hacia adelante provocando problemas en la articulación. El problema puede solucionarse si ponemos mucho cuidado en la articulación y en el espacio interoclusal.

Clase III o prognático.- Es generalmente más sencillo que el anterior y se requiere un espacio interoclusal menor.

En cualquier caso es importante no tratar de hacer una relación intermaxilar normal.

#### Formas de la bóveda palatina.-

(1) Plana.- Buena retención de la dentadura artificial, pero la estabilidad de ésta será pobre.

(2) Alta.- Favorable a la estabilidad, pero la retención será escasa con tendencia a romper el cierre atmosférico en las áreas de los bordes. Frecuentemente se asocia con procesos afilados en forma de "V".

(3) Redondeada.- Provee mejor estabilidad y retención y por lo tanto mejor pronóstico.

### Cambios en el espacio intermaxilar del anciano.-

Suelen considerarse como acompañamiento normal de la senectud, la barbilla prominente, las arrugas que se extienden hacia abajo desde la comisura de la boca y el ángulo obtuso del maxilar. Estos cambios que guardan relación con una pérdida del espacio intermaxilar normal pueden evitarse con buenas medidas de restauración odontológicas, sustitución de estructuras dentales, pérdidas y servicio dental periódico.

La pérdida del espacio intermaxilar resultante del desgaste anormal de los dientes o de no restaurar estructuras dentales perdidas, puede imponer esfuerzos indebidos a las articulaciones temporomaxilares, esto puede originar un síndrome doloroso en la región de estas articulaciones, sordera catarral, neuralgia de la lengua y región faríngea y cefálica.



## C A P I T U L O   I I

### ENFERMEDADES   SISTEMICAS.

La prótesis completa está contraindicada en pacientes que impliquen riesgos para su estado, ejemplo: caquexia, - parkinsonismo grave, la senilidad avanzada; significa un - riesgo en idiotas, dementes y epilépticos; puede agravar - su estado en el cáncer bucal, sífilis y tuberculosis bucal.

Los verdaderos enemigos de los ancianos son las enfermedades crónicas ya que si pudieran ser eliminadas, no sólo podrían disfrutar de la vejez, sino que también se prolongaría a la vida. Desgraciadamente la mayor parte de estas enfermedades trabajan en silencio y el paciente de - - edad avanzada tiene menos defensas que los jóvenes.

Las enfermedades sistémicas pueden no sólo presentar - síntomas orales y el dentista, por su formación y práctica, está preparado para diagnosticar casos de diabetes, anemia, baja presión sanguínea y mala nutrición. Desde luego puede pedirle al clínico que trate las fases médicas de estas manifestaciones sistémicas, pero él también puede como cualquier médico, prescribir la dieta y la corrección nutritiva.

a) La diabetes, nefritis y la anemia reducen la resis-

tencia de la mucosa y aceleran la atrofia ósea, los trastornos endocrinos, discrasias sanguíneas y problemas de nutrición encabezan las causas que agravan el trauma protético hasta llegar en algunos casos a hacerlo intolerable.

La exacerbación de la flora bacteriana oral, que puede explicar ciertas inflamaciones de la zona protética, solo se justifica cuando existe una disminución de las defensas generales, que pueden ser originadas por enfermedades infecciosas (escarlatina, tifus), problemas sanguíneos (síndrome de Plummer-Vinson), trastornos digestivos, viruela, fiebre aftosa, diabetes, leucosis, caquexia, enfermedad de Addison, cirrosis, anemia, poliglobulia, enfermedades por carencia y también por enfermedades mentales y nerviosas.

b) Penfigoide benigno de la membrana mucosa.- Enfermedad del anciano que afecta más a las mujeres que a los hombres. La mucosa oral está afectada por erupciones de ampollas subepiteliales densas, que permanecen intactas durante cierto número de días (Cooke, 1970). El enfermo geriátrico raras veces se queja de molestias y puede seguir llevando prótesis sobre la zona afectada.

Es importante hacer hincapié, en que al hacer el diagnóstico, se debe considerar que el penfigoide de la membra

na mucosa es una de las dermatosis que se ha relacionado con una posible malignidad interna.

c) Artritis reumatoide.- Es una enfermedad sistémica con especial afinidad con el tejido colágeno y, por tanto, con el tejido conjuntivo y el hueso. Es común encontrar síntomas de esta enfermedad en la articulación temporomandibular y de las revisiones de pacientes reumatoides arrojan cifras de frecuencia variable, entre 20 y 86%. Con base en lo anterior se ha llegado a suponer, que por lo menos, la mitad de dichos pacientes tienen o tendrán trastornos de la articulación temporomandibular de tipo progresivo. Los cambios en la articulación limitan más el movimiento que la enfermedad degenerativa de la articulación. Con frecuencia aparece deformación ósea del tipo erosivo y productivo, con una adhesión progresivamente mayor entre la cápsula, el disco y las superficies articulares. Los síntomas varían en intensidad debido a la naturaleza intermitente, aguda y periódica de la enfermedad en estudio.

d) Cáncer del labio.- El carcinoma del labio aparece habitualmente como un tumor celular escamoso bien diferenciado, con un buen pronóstico, si el diagnóstico es precoz. Las pequeñas lesiones persistentes, fundamentalmente en va

rones de más de 50 años, deberían ser consideradas como - probablemente malignas hasta en tanto no se demuestre lo - contrario.

Es una de las neoplasias malignas que se presenta con mayor frecuencia en la boca y que, según las estadísticas, el 95% se desarrolla en el labio inferior.

La lesión se desarrolla en el borde del vermellón del labio, inmediatamente por fuera de la línea de cierre y a medio camino entre la línea media y la comisura del labio.

e) Cáncer de la lengua.- Este tipo de cáncer ocasiona un mayor número de muertes si lo comparamos con el resto - de las lesiones malignas de otras regiones de la cabeza y - del cuello.

Puede ser reconocido en una fase muy temprana, incluso cuando la lesión tiene un diámetro menor de 5 mm. En sus - inicios puede aparecer como una placa blanca persistente, - como una úlcera o como un nódulo rojizo. En la fase más - temprana puede ser indoloro, pero posteriormente cuando se desarrolla en una úlcera con bordes levantados, una base - dura y un suelo escarificado, suele ser muy doloroso. Prin- cipalmente se sitúa en los laterales de la lengua y en los dos tercios anteriores. Es mucho menos frecuente en el ter- cio posterior y también menos visible.

f) Cáncer del suelo de la boca.- Habitualmente este tipo de carcinoma se presenta en el segmento anterior a ambos lados de la línea media, cerca de los orificios de las glándulas salivales, aunque a veces se presenta en las regiones más posteriores, a nivel de los dientes molares.

Asimismo son carcinomas escamosos bien diferenciados - que se desarrollan e ulceraciones con necrosis central y - tendencia a crecer en profundidad. La metástasis es rápida y el pronóstico suele ser poco favorable.

g) Cáncer de las glándulas salivales.- Los tumores de glándulas salivales son menos evidentes para el paciente.

Los neoplasmas malignos de las glándulas salivales están casi igualmente distribuidos entre ambos sexos y con la edad la incidencia aumenta lentamente. El pronóstico es menos grave que en los tumores malignos intrabucales.

Son comúnmente carcinomas adenoquisticos o mucoepidermoides y ocasionalmente carcinomas celulares escamosos. - Aparecen regularmente como una hinchazón indolora de textura más o menos firme. Solamente en fases posteriores se produce dolor y si se deja progresar aparece eventualmente una ulceración en la superficie.

Por lo que respecta a las glándulas parótidas, puede resultar afectado el nervio facial, dando lugar a paráli -

sis facial. Ocasionalmente el paciente puede informar de dificultades para abrir la boca y la atención puede desviarse erróneamente hacia la articulación temporomandibular.

h) Cáncer de la mucosa bucal.- Suele presentarse en el plano de oclusión, a medio camino en dirección anteroposterior, aunque es frecuente encontrar algunas variantes debido a estar expuestas a las irritaciones y traumatismos.

El cáncer de la mucosa bucal frecuentemente se ulcerapronto y por ello se presenta muchas veces con un aspecto de úlcera persistente en forma de cráter.

i) Cáncer de la encía.- Este tipo de cáncer es más frecuente en la mandíbula y en localización posterior que en la anterior, La encía ya normalmente delgada y su firme adherencia al hueso influyen sobre el aspecto y conducta de las lesiones cancerosas que se desarrollan en este sitio.

j) Cáncer del paladar.- Este carcinoma de células escamosas es mucho menos frecuente que los demás tipos de cáncer de la cavidad bucal, sin embargo, el tumor mixto, el cilindroma y el carcinoma mucoepidermoide, son mucho más frecuentes en estas localizaciones. Como en los cánceres

de la encía, los de los tejidos blandos que recubren el paladar casi siempre invaden los huesos adyacentes afectando la cavidad nasal y los senos maxilares.

k) Cáncer primitivo del seno maxilar.- No obstante que este tipo de cáncer no está considerado como miembro del grupo de cánceres de la boca, su proximidad a la cavidad oral y su frecuente propagación a los tejidos y estructuras dentales, le da cierta similitud en sus signos y síntomas. Por lo general son carcinomas de células escamosas y suelen desarrollarse en la mitad inferior del antro, cerca de las raíces de los dientes premolares y molares. Puede ser asintomático o da lugar a síntomas vagos de mediana intensidad. A pesar de lo anterior si la lesión sigue su curso el enfermo en algunos casos puede presentar dolor dental cuyo origen es difícil de precisar. Otro síntoma es la sensación de relleno encima de los ápices de los dientes posteriores, o bien un aflojamiento de uno o más dientes, también puede provocar una sensación de quemazón o de parestesia a lo largo de las ramas del nervio maxilar superior.

#### Tratamiento:

Depende de muchos factores tales como la localización

y el tamaño del tumor, la presencia o ausencia de la metástasis, el grado histológico de la lesión, la edad y salud del enfermo y de la destreza del especialista. Ciertos carcinomas epidermoides pueden ser tratados con radioterapia, otros mediante extirpación quirúrgica, y algunos en que lo mejor es combinar los dos métodos. No obstante que en el tratamiento del cáncer se han descubierto y utilizado una gran variedad de agentes quimioterápicos (uretano, la mostaza nitrogenada, etc.) Su efectividad en el cáncer de la boca es muy limitada.

m) Ameloblastomas.- Neoplasias epiteliales que contienen un componente epitelial odontogénico, entre ellas se encuentran:

- 1) Los tumores que crecen exclusivamente a partir de los componentes ectodérmicos del germen dentario y,
- 2) Aquellos que crecen tanto de los componentes epitelial como mesenquimatoso y neuroectodérmico del germen dental.

Entre las diversas variedades de ameloblastomas se pueden mencionar las siguientes:

- 1) Ameloblastomas de origen epitelial:
  - a) Ameloblastoma simple
  - b) Acantoameloblastoma



- c) Ameloblastoma de células granulares
- d) Adenoameloblastoma
- e) Melanoameloblastoma, y
- f) Posiblemente también, el tumor odontogénico calcificante.

2) Ameloblastomas de origen mixto:

- a) Fibroma ameloblástico
- b) Odontoma ameloblástico
- c) Hemangioma ameloblástico
- d) Neurinoma ameloblástico

El ameloblastoma es un tumor que produce invasión local, pero en muchos casos no presenta las características metastatizantes de las neoplasias malignas. Sin embargo se han publicado algunos casos de ameloblastomas que han metastatizado en los pulmones o en los ganglios linfáticos. Se desarrolla a partir del epitelio que procede del ectodermo del aparato odontogénico, es decir la lámina dental, el esmalte y las bases de Malassez de la vaina de la raíz de Hertwig. Se ha señalado que el 30% de los ameloblastomas procede de los restos epiteliales del inferior de las paredes de los quistes odontogénicos neoplásicos y de los quistes primordiales y dentados. Los tumores mixtos que tienen componente mesenquimatoso se desarrollan a partir de -

los mismos orígenes, pero la proliferación epitelial induce a los tejidos mesenquimatosos circundantes a diferenciarse y proliferar, como ocurre en la odontogénesis normal.

1.- Etiología.- La etiología es desconocida, y se ha pensado en traumatismos, infección, malnutrición y extracción de dientes. Se ha sugerido un origen genético, es decir que sea una anomalía de desarrollo del aparato odontogénico.

2.- El ameloblastoma simple.- Es el tipo histológico más frecuente que se ve mucho más en personas de unos 30 a 40 años, siendo lo más normal que se descubra hacia los 33 años.

En las primeras fases del desarrollo, el tumor suele ser asintomático, y muchas veces se encuentra durante una exploración radiográfica habitual.

#### Tratamiento y pronóstico.

El ameloblastoma simple es un tumor persistente y señala un porcentaje de recidivas de hasta el 35%, por ello es necesario practicar la extirpación en bloque, extendiéndose más allá de la dimensión radiográfica del tumor. Deben remitirse los tejidos de los bordes de resección para practicar la exploración microscópica. Muy a menudo se alcanza

el éxito en la intervención quirúrgica, por lo que, la extirpación debe comprender todo el tejido posible, incluso a expensas de la cortical ósea inferior de la mandíbula, - que puede sustituirse mediante un injerto.

En las lesiones muy grandes en las que se crea que la recidiva es inevitable, la operación debe ser conservadora, esperando a tratar las lesiones posteriores conforme vayan surgiendo.

La radioterapia no es un método de tratamiento que - - haya tenido éxito, y las disecciones de cuello están indicadas sólo si se confirma la existencia de metástasis cervicales.

3.- Tumor odontogénico calcificante epitelial.- Se caracteriza por una forma especial de calcificación distrófica que se presenta en el interior de células tumorales degeneradas y se cree que procede del epitelio del esmalte - de los dientes que no han brotado totalmente. No presenta los típicos caracteres histológicos del ameloblastoma, es un tumor epitelial odontogénico y su evolución se parece a la del ameloblastoma simple.

Este tumor se describió por primera vez en 1958 y desde entonces se han publicado muchos casos, en algunos se describe la lesión con el nombre de "ameloblastoma" o de -

"odontoma".

Se presenta casi exclusivamente en los varones y su máxima incidencia está entre la quinta y sexta década de la vida. La mayor parte de las lesiones se desarrolla en la región premolar de la mandíbula junto a dientes que no han terminado de brotar. El enfermo suele presentar una hipertrofia bien delimitada o difusa, dura, dolorosa del maxilar que está recubierta por mucosa normal.

El tumor a que hacemos referencia tiene caracteres invasores y una gran tendencia a recidivar. Está indicado realizar una extirpación en bloque y la pieza quirúrgica debe comprender un margen adecuado de tejido óseo no afectado.

n) Enfermedad ósea de Paget (osteítis deformante, osteítis hiperplásica).- Enfermedad crónica ósea, con proliferación de tejido conjuntivo alterando la estructura ósea normal, presentando simple neoformación ósea, deformando y agrandando la estructura ósea normal. Su localización más frecuente es en el fémur, columna y cráneo, afectando los maxilares en un 15 ó 20% de los enfermos. La maxila es la que se afecta con más frecuencia; a veces pueden afectarse ambos huesos, y en casos raros se afecta sólo la mandíbula.

1.- Etiología.- Su etiología no se conoce pero se cree

que sea por factores etiológicos como sífilis, arteriosclerosis, desequilibrios endocrinos y factores genéticos. El 30% de pacientes con enfermedad de Paget tienen antecedentes familiares positivos.

La enfermedad comienza de manera insidiosa durante la mediana edad o más tarde, afectando uno o varios huesos. - Su evolución es gradual y lenta.

2. Hallazgos clínicos.- Esta enfermedad de intensidad moderada o importante se reconoce fácilmente cuando se localiza en los maxilares. La maxila está muy agrandada bilateralmente y en todas las direcciones; las superficies bucal y labial son las afectadas con más frecuencia, más que las superficies palatinas. El hueso agrandado está bien limitado y es simétrico, de consistencia ósea, no doloroso y recubierto por tejidos blandos de apariencia normal. Cuando existen dientes naturales pueden estar desplazados en dirección lingual por el proceso expansivo central. A veces se presentan prominencias óseas sobre las raíces de los dientes maxilares anteriores, separación y movilidad de los dientes cuando el proceso patológico es intenso.

En casos menos graves, difícilmente se descubren tumores óseos o pueden observarse solamente como abultamientos simétricos de las corticales labial y bucal, sin -

ninguna alteración de los dientes. Pueden faltar por completo los síntomas o las molestias.

3. Exploración clínica.- Consistirá en la exploración de los demás huesos del esqueleto, es decir, el cráneo y las extremidades, puesto que estos son los lugares habituales de afectación y las tumoraciones que se localicen en estas regiones contribuirán a establecer el diagnóstico.

4.- Datos radiográficos.- Las radiografías anteroposterior y lateral muestran que el maxilar afectado está hipertrofiado de forma simétrica más que deformado en una zona concreta. Las radiografías periapicales y oclusivas muestran diversos patrones óseos característicos, entre los que se encuentran:

- a) El aspecto de "pelota de algodón", que se caracteriza por zonas radiotransparentes de formas irregulares, en el interior de las cuales hay opacidades en forma de placa de diverso tamaño.
- b) Estriaciones trabeculares lineales en forma de bandas o de líneas grises, y
- c) El modelo en "fondo de vaso" o piqueteado con pequeños y estrechos espacios medulares.

5. Técnicas de laboratorio.- Estudios bioquímicos de -

la sangre son siempre necesarios para establecer un diagnóstico definitivo. Deben realizarse determinaciones de calcio, fósforo y de las fosfatasas alcalinas del suero. Estas últimas están siempre elevadas en los casos activos de enfermedad de Paget, mientras que los valores del calcio y del fósforo del suero están dentro de los límites de la normalidad.

Puede también realizarse la biopsia del lugar que sea sospechoso. Para considerarla positiva deben existir signos tanto de resorción como de depósito de hueso y proliferación de tejido fibroso en diverso grado, así como de depósito de osteoide, y de resorción lacunar osteoclástica.

6. Tratamiento.- No existe un tratamiento definitivo para esta enfermedad. En caso de que sea necesario debe realizarse un tratamiento sintomático. Está contraindicada la extirpación quirúrgica excepto en aquellos raros casos en los que la estética y la alteración funcional debida a la tumoración obliguen a la extirpación.

7. Pronóstico.- Aunque la enfermedad de Paget en muy pocas ocasiones es fatal por sí misma, se han publicado muchos casos de enfermos en los que se ha desarrollado un sarcoma en el área afectada. Se ha señalado que la incidencia del sarcoma es de un 15%, pero muy pocas veces se afectan los maxilares.

## C A P I T U L O   I I I

### ALTERACIONES BUCALES.

Las alteraciones de las estructuras de la boca en la edad avanzada pueden aparecer:

- a) En los dientes
- b) Periodonto
- c) Hueso alveolar
- d) Mucosa y en las restantes estructuras alveolares - del maxilar y mandíbula.

Los efectos de la edad en los tejidos de la boca son - el resultado de alteraciones simultáneas en muchos órganos y tejidos. La edad se asocia con alteraciones degenerati - vas en los sistemas orgánicos, con fenómenos fisiopatológi - cos manifiestos, de interés particular para el dentista, - en relación con el tratamiento.

Los trastornos bucales del anciano, que pueden ser de - indole muy variable, comprenden entre otros, friabilidad - tisular, sensaciones gustativas anormales y estomatodimia, osteoporosis posmenopáusica de heridas, infecciones por - hongos, casualgias, miedos y dolores imprecisos. La mucosa bucal del enfermo geriátrico se caracteriza por la disminu - ción del número total de componentes celulares y, por lo - tanto, del grosor de la mucosa y submucosa, así algunos en



fermos geriátricos responderán con alteraciones graves a irritaciones relativamente ligeras producidas por sus prótesis dentales. Los tejidos bucales de estos enfermos son poco resistentes y pueden aparecer signos de inflamación y hasta ulceración.

La mayoría de los ancianos no muestran los signos o síntomas tan bien como los jóvenes, por lo tanto, esto representa un peligro mayor para el tratamiento del mismo.

La estomatitis protética y otras agudas o crónicas exigen su curación mediante el retiro de la prótesis y rebajado o reajuste provisional (acondicionamiento de los tejidos).

Los estados quirúrgicos en la zona protética, espículas y crestas óseas, hiperplasias gingivales, quistes, neoplasias malignas o dudosas, exigen la inmediata eliminación de la prótesis y su consiguiente tratamiento.

Manifestaciones bucales del envejecimiento:

- a) Pérdida de dientes      Debido principalmente a degeneración de estructuras periodontales.
- b) Atrición                      Su velocidad depende en parte de la dieta y hábitos masticatorios (bruxismo).

- c) Mucosa bucal Pérdida de elasticidad con sequedad y atrofia.
- d) Encía Pérdida del punteado, aspecto edematoso, capa queratinizada delgada o ausente, tejido friable y fácilmente traumatizante.
- e) Saliva Función de las glándulas salivales disminuidas con xerostomía relativa o absoluta, debido a atrofia de las células - que tapizan los conductos intermedios. La xerostomía produce también sensaciones gustativas anormales y estomatodimia.
- f) Lengua Glositis atrófica, debido probablemente a deficiencia concomitante del complejo de vitamina B.
- g) Labios Queilosis de las comisuras labiales es muy común y puede estar relacionada con disminución de vitamina B y mordida - cerrada, queilitis, labios y -

boca arrugados, debido a des -  
hidratación.

#### Mucosa Bucal.

Se caracteriza por disminución del número total de com -  
ponentes celulares y, por lo tanto, del grosor de la muco -  
sa y submucosa, el resultado de este adelgazamiento y la -  
pérdida concomitante de elasticidad es la mayor susceptibi -  
lidad de la mucosa bucal a tensiones, presiones y enferme -  
dades. Siendo ésta más susceptible a alteraciones graves o  
irritaciones relativamente ligeras, producidas por sus pró -  
tesis, aunque la prótesis sea muy buena, los tejidos buca -  
les de los ancianos son poco resistentes.

#### Hueso.

Los tejidos óseos de soporte, también presentan resor -  
ción ósea de diferentes grados, con peligro constante de -  
acabar en atrofia ósea intensa. En algunos enfermos geriá -  
tricos, la resorción intensa del reborde alveolar inferior,  
coloca al agujero mentoniano a nivel o cerca de la cresta.  
En casos extremos la capa de hueso que recubre el conducto  
dentario, llega a reabsorberse totalmente, dejando una ca -  
pa delgada de epitelio bucal, como única protección para -  
el contenido del conducto así expuesto.

Cambios en el hueso debido a la edad.

Los dentistas saben bien que las personas mayores, son más propensas a sufrir resorción del reborde alveolar que las personas jóvenes. Una persona que es desdentada a los 60 años de edad a menudo tiene escasos rebordes, la resorción puede no ser compensada, por la producción del hueso resultando la osteoporosis.

Resorción del hueso.- El mecanismo exacto por el cual los osteoblastos actúan para reabsorber el hueso no está claro, la sugerencia de que puede formarse ácido local para reproducir la disolución del calcio parece poco probable en los pH del cuerpo. Como consecuencia de la atrofia senil, el área superficial del maxilar inferior estará disminuida con la correspondiente reducción del área de sopORTE para la dentadura.

Atrofia senil intensa.

Los orígenes de los músculos milohioideo y buccinador podrán encontrarse arriba de la cresta del reborde, siendo esto muy molesto en la compresión por una base de dentadura dura de las terminaciones nerviosas entre las salientes óseas verticales agudas y la cubierta de la mucosa delgada, especialmente en la región anterior del maxilar inferior.

La presencia de dentaduras sobre el nervio mentoniano no expuesto, a la salida del agujero mentoniano, puede provocar dolor y parestesia del labio inferior y barbilla, y sobre el conducto dentario puede ser muy molesta.

Tratamiento.- Sería una reducción muy cuidadosa, sin embargo, en presencia de atrofia senil intensa el volumen de reducción necesaria, acabaría por mutilar la prótesis, otra opción sería una capa de resina blanda colocada sobre la superficie tisular de la dentadura.

Atrofia del hueso alveolar y basal.

Atrofia senil del hueso alveolar y la llamada erupción continua, son consideradas por algunos, como factores del envejecimiento normal. El cambio más evidente que aparece con la pérdida de los dientes y la resorción del proceso alveolar, algunos cambios de resorción posteriores a la extracción pueden considerarse de origen no patológico y como respuesta al esfuerzo de la presión masticatoria, sobre la base de la dentadura y se ha demostrado, que la reduc-ción del tamaño del borde alveolar, es mayor en individuos edéntulos sin prótesis, que en los que usan dentaduras postizas. El índice de resorción parece estar influido por deficiencias de nutrición y especialmente por avitaminosis.

### Hiperqueratosis.

Aparece un indudable descenso de la queratinización gingival en la persona de edad y que esto forma parte del proceso de envejecimiento.

El tejido de la cavidad oral pierde una capa protectora de células queratinizadas, esto hace que el tejido sea más sensible a la irritación mecánica, química o bacteriana. Pasada la madurez, la presencia de hiperqueratosis refleja una respuesta de la membrana mucosa a una leve irritación crónica.

La hiperqueratosis se presenta clínicamente como una placa blanca sobre la mucosa bucal que no se puede eliminar con un algodón o con presión de los dedos. Es más frecuente en sujetos que han pasado de la madurez y con más frecuencia en los hombres que en las mujeres, es posible distinguir la leucoplasia premaligna de la hiperqueratosis benigna, se recomienda efectuar una biopsia. La presencia de un margen de fina mucosa atrófica en la lesión, se puede considerar muy sospechosa.

### Deficiencia de nutrición.

Relacionada con cambios en la mucosa de la boca del anciano, características: lengua lisa y atrófica y la queilitis angular, sensaciones de gusto anormales y sensaciones-

de quemazón debidas probablemente a la progresiva atrofia de los bulbos gustativos acelerada por deshidratación concomitante.

#### Lengua.

Parece aumentar de tamaño en bocas edéntulas siendo muy frecuente en los ancianos. Este aumento de tamaño, posee un efecto negativo sobre la retención de dentaduras, probablemente la manifestación más frecuente del envejecimiento de la lengua es la despapilación la cual empieza generalmente a nivel de la punta y de los bordes externos, la fisuración es un signo común, existe una disminución del número de bulbos gustativos que, a veces, pasa desapercibida para los enfermos a menos de atraer su atención durante la fabricación de las dentaduras nuevas, ya que al darse cuenta que los alimentos no tienen el mismo gusto que antes, atribuyen este trastorno a las dentaduras.

#### Xerostomía.

Cambios regresivos que ocurren en las glándulas salivales especialmente en la atrofia de las células que tapizan los conductos intermedios, la secreción salival disminuye en la persona de edad.

El nivel y calidad del flujo salival ejerce considera-

ble influencia sobre la actividad funcional así como sobre el estado de los tejidos bucales.

Resultados del declive progresivo de producción de saliva.

Mucosa	Dentición
a) Atrofia epitelial	a) Descenso de la función autolimpiadora.
b) Descenso del gusto	b) Formación de placas más avanzadas.
c) Sensación de sequedad.	c) Aumento de susceptibilidad a la caries y a la enfermedad periodontal.
d) Mayor fragilidad	
e) Sensación de quemazón	
f) Creciente intolerancia a traumas e irritantes.	
g) Creciente susceptibilidad a tumores malignos.	

La disminución pasajera en la salivación puede ser causada por una fuerte reacción de tipo emocional o bien por obstrucción del conducto salival, por un cálculo (sialolitiasis).

#### Trastornos de la lengua.

La lengua es una de las fuentes de información diagnóstica más valiosas, en el anciano no son infrecuentes cambios en el aspecto sensación y movimiento de la lengua.

Glositis atrófica.- Forma leve con cambios superficia-



les modificados, común en personas de edad, se ha llegado a considerar como normal y está particularmente relacionada con deficiencias del complejo vitamínico B o pacientes con anemia macrócítica.

Glosopirosis.- Síntoma común entre personas de edad -- pueden ser responsables varias causas, los síntomas pueden tener relación con irritación local, deficiencias nutritivas o enfermedades sistémicas, tales como la diabetes, anemia perniciosa o el Síndrome de Plummer-Vinson.

Movimiento anormal de la lengua.

Aparece en cierto número de trastornos de la vejez y a menudo conectado con lesiones cerebrales, causa de los temblores de la lengua suele ser revelada por otros signos - neurológicos.

Sensación de gusto.- Es menos intensa en personas de edad, particularmente en alimentos dulces y salados.

Paragesia.- Debido a cambios producidos por la edad - en la estructura papilar de la lengua. Las papilas circunvaladas tienden a hacerse más prominentes resultando que los gustos amargos pueden ser muy desagradables.

Trastornos de la articulación temporomandibular.

Dislocación de la articulación.- El peligro de la sub

luxación de la articulación temporomandibular como manipulación de simples manipulaciones dentales aumenta en la persona de edad, debiéndose tratar clínicamente como radiográficamente.

Enfermedad degenerativa de la articulación.- Más frecuente en pacientes de edad avanzada. Los cambios radiográficos de esta forma de artritis son:

- |  |  |
|--|--|
| I) Erosiones marginales  | Discontinuidad de la capa cortical de las superficies articulares. |
| II) Depósitos osteofílicos.                                      | Especialmente en la parte anterior de la cabeza del cóndilo.       |
| III) Osteoporosis y quistes subcondrales.                        | Estos limitados en la cabeza del cóndilo.                          |
| IV) Nivelación de las superficies articulares.                   |  |
| V) Esclerosis de las superficies articulares.                    |  |
| VI) Reducción de la distancia entre las superficies articulares. |  |

Efectos de la edad en los tejidos de la boca.

Los signos y síntomas clínicos debidos a la edad son el resultado de alteraciones simultáneas en muchos órganos y tejidos asociados con alteraciones degenerativas.

Los síntomas clínicos de los tejidos de la boca son los siguientes:

- a) Modificación de las estructuras dentarias y de sus tejidos circundantes incluyendo la membrana periodontal y el hueso alveolar.
- b) Alteraciones degenerativas de la mucosa bucal que pueden adquirir la forma de hiperqueratosis, disminución de la secreción, pérdida de las propiedades elásticas, fragilidad hística o ambas, puede encontrarse isquemia y mayor predisposición a las ulceraciones traumáticas durante el tratamiento o en la prótesis.
- c) Alteraciones degenerativas del maxilar, mandíbula y articulación temporomaxilar. Los maxilares presentan signos de osteoporosis senil aunque también pueden ser por trastornos hormonales o nutricionales.
- d) Disminución de la estimulación neuromuscular. Se asocia generalmente a la caída de los dientes y de sus membranas periodontales, disminuyendo el tono-

de la musculatura facial, quedando los rasgos faciales desfigurados.

- e) Elevación de los umbrales para la percepción de los estímulos táctiles de la presión y de la temperatura, incluso los dolorosos. Pudiendo afectar a los umbrales relacionados con los dientes y con el cierre de la boca, provocando descargas motoras excesivas o asincrónicas en la contracción de los músculos masticatorios.

La atrofia gingival y alveolar de los viejos junto con la erupción continua de los dientes origina exposición de la raíz al medio bucal, estas superficies radiculares expuestas, originan estímulos dolorosos con los cambios de temperatura en la boca.

Cambios en el espacio intermaxilar.- Algunos cambios en las características dentofaciales de los viejos, suelen considerarse como acompañamiento normal de la senectud, incluyen, la barbilla prominente, arrugas que se extienden hacia abajo, desde la comisura de la boca y el ángulo obtuso del maxilar.

Las restauraciones dentales que no tienen en cuenta las modificaciones de la anatomía del diente con la edad, pueden imponer un esfuerzo anormal y destructor de los dientes y tejidos de sostén.

Candidiasis bucal.- Constituye un problema específico en el anciano, puesto que la *Candida albicans* es poco patógena, la aparición de candidiasis está relacionada con cualquier cambio que pueda disminuir la resistencia del huésped, la incidencia es más alta en pacientes ancianos, esto puede deberse a la presencia de condiciones debilitantes, deficiencias vitamínicas, traumas y en muchos casos a una menor higiene bucal. Tiende a presentarse con mayor frecuencia en personas con caries no tratadas, su establecimiento en la boca se relaciona con una estomatitis con prótesis, uno de los lugares comunes de las lesiones en el anciano es en la comisura de los labios presentan profundas grietas en los pliegues de los labios, desprovista de epitelio superficial y a veces cubierta con una membrana gris o blanca.

## C A P I T U L O I V

### ALTERACIONES MENTALES.

El aburrimiento y soledad en los ancianos puede conducir a un sistema de vida perjudicial para la salud.

Trastornos orgánicos en que la enfermedad mental puede plantearse directa o indirectamente, como una enfermedad evidente, como un mal funcionamiento o lesión del cerebro, tales como: un tumor, una lesión tóxica o una lesión de los pacientes de más de 60 años de edad, admitidos en un hospital de rehabilitación mental. Probablemente la mitad tienen problemas de desórdenes funcionales por ejemplo: Psicosis afectiva o parafrenia, casi la mitad tiene una enfermedad orgánica del cerebro, como psicosis senil o arteriosclerosis.

Arteriosclerosis de las arterias que, proporcionan nutrientes y oxígeno al cerebro provocando los síntomas del Síndrome Cerebral Orgánico.-

El cerebro del anciano se vuelve más pequeño, siempre muestra cierto grado de atrofia y depósitos anormales de hierro, distribuidos irregularmente entre las células nerviosas. Es característica la presencia de unas formaciones peculiares llamadas placas seniles, y la arteriosclerosis,

es siempre una alteración concomitante. La incapacidad para resolver los problemas personales parece ser el factor crucial que produce confusión e irritabilidad en la persona senil. Hay que recordar que siempre que un hombre o una mujer de edad avanzada, desarrolla una enfermedad mental senil, todas las peculiaridades que han existido a lo largo de su vida, se integran al cuadro del trastorno y se vuelven más pronunciadas o exageradas.

#### Enfermedad orgánica.

Es aquella cuya etiología, necesariamente comprende, alteraciones morbosas de la estructura, este cambio puede ser macroscópico como en el caso de fracturas, de mayor importancia o microscópicas como en una infección que produce, fiebre, malestar general y daños celulares locales.

#### Enfermedad Funcional.

Es aquella cuya etiología no comprende, por necesidad, alteraciones estructurales y los síntomas de esta enfermedad se basan principalmente en las respuestas anormales del organismo, ejemplo: tartamudez.

Los diagnósticos más frecuentes de trastornos psicológicos asociados con síndromes cerebrales en el anciano se denominan:

- 1) Demencia senil o psicosis, ocurre con enfermedad - senil cuyas causas son en gran parte desconocidas, generalmente tiene alguna evidencia en síndrome cerebral crónico: egocentrismo, dificultad para asimilar nuevas experiencias y conducta infantil.
- 2) Psicosis con arteriosclerosis cerebral es difícil- de diferenciar de la demencia senil y puede coexistir con ella, suelen haber manifestaciones de afecciones arterioscleróticas en otras partes del cuerpo y también en el cerebro, se relaciona con la - edad, la historia clínica y los síntomas del pa - ciente, que ayudan a determinar los factores predominantes.
- 3) Psicosis con otros trastornos cerebrovasculares. - Aparecen juntos con trastornos circulatorios como- trombosis cerebral, embolia cerebral, hipertensión arterial, enfermedad cardiorrenal y enfermedad cardiaca.

Reacciones psicóticas a la tensión del envejecimiento.

La psicosis orgánica se distingue de las psicosis funcionales por la presencia de una afección física, que da - por resultado generalmente, disfunción del sistema nervioso central. Los síntomas físicos son un resultado de la leg



sión inferida a ciertas partes del cerebro o el sistema nervioso, un paciente puede mostrar cualquiera de los síndromes cerebrales orgánicos y no sufrir conducta psicótica, pero si reaccionarán con conducta psicótica, los síntomas corresponden a los síndromes de esquizofrenia paranoide, depresión psicótica o combinación de las dos.

Síndromes cerebrales comunes, que van acompañados a veces de reacciones psicóticas.

- 1) Los asociados con infecciones del sistema nervioso central, sífilis, meningitis y encefalitis.
- 2) Lesiones por trauma físico como fractura del cráneo, herida por arma de fuego, drogas, etc.
- 3) Trastornos de los sistemas corporales que afectan el crecimiento y el metabolismo como disfunción en docrina o circulatoria.

El extenso grupo de pacientes geriátricos de hospitales para enfermos mentales son:

- 1) Los que han estado padeciendo enfermedad mental largo tiempo y envejecen en el hospital psiquiátrico.
- 2) Los que han sufrido trastornos mentales recurrentes como reacción a la tensión de la vida incluyen do un episodio de la vejez.

- 3) Los que han enfermado por primera vez como una - -  
reacción a la tensión del envejecimiento.

Reducción de la capacidad física del anciano.

Es otra fuente importante de tensión en el proceso de crecimiento, es la disminución de capacidad física.

Hay una lentitud general en todos los sistemas corporales y funciones físicas. El proceso de digestión y eliminación del anciano no funciona bien y tiene que cambiar - sus hábitos de comer y defecar.

Trastornos de la conciencia, asociados con síndromes cerebrales orgánicos que provocan los siguientes síntomas.

- 1) Afectación de la orientación
- 2) Afectación de la memoria
- 3) Afectación de todas las funciones intelectuales co  
mo comprensión, cálculo, conocimiento, aprendizaje,  
etc.
- 4) Afectación del juicio
- 5) Respuestas infantiles en afecto y acción.

Actitud emocional y psicológica del paciente anciano.

El paciente de edad avanzada y su menor adaptabilidad a situaciones nuevas, tienen particular importancia cuando se estiman los síntomas y se planean los servicios dentales.

En el anciano es común la falta de interés en el medio que lo rodea; también presenta lagunas mentales, por ejemplo: el olvido de ciertas cosas que acostumbra realizar.

Los ancianos de más de 60 años presentan problemas mentales que requieren una atención muy especial, a este tipo de pacientes debemos "motivarlos", que nuestro tratamiento bucodental les dará una gran ayuda para su bienestar.

Pacientes de edad avanzada que mastican rítmicamente y se lamen los dedos, pueden tener lesiones cerebrales, generalmente de origen arteriosclerótico o embólico, las biopsias en estos pacientes han demostrado lesiones cerebrales.

Deterioro simple.- Es la forma más común de la psicosis senil, consiste en un proceso gradual y sistémico que termina en demencia.

Síntomas principales:

1) Pérdida de la memoria para los hechos recientes.-

La persona recuerda con facilidad y en detalles mínimos, lo que sucedió durante los primeros años de su vida, pero los sucesos recientes son borrosos.

2) Falta de impresibilidad.- El enfermo ignora los -

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- hechos importantes a menos que se relacionen con su propia vida.
- 3) Propensión a la reminiscencia.- El individuo vive en el pasado y en los éxitos de sus primeros años.
  - 4) Intolerancia ante los cambios.- Hay que mantener la rutina sin alteraciones con objeto de evitar tensión e irritabilidad en esta persona.
  - 5) Desorientación.- Los ancianos a menudo olvidan el año y mes en que viven, pero retienen el día de la semana que se relaciona más directamente con la rutina de su vida.
  - 6) Inquietud.- Un deseo de estar activo, de visitar un pariente tras otro.
  - 7) Insomnio.- Tendencia a levantarse a altas horas de la noche o muy temprano.
  - 8) Falta de juicio.- Aversión a asumir nuevas responsabilidades y tendencia a aislarse en una actitud de apatía e indiferencia.

Los procesos emocionales y mentales que sufre el paciente que va envejeciendo distan de ser bien comprendidos, son frecuentes las quejas de origen netamente psicógeno.

Las irritaciones y contrariedades en el anciano tienen lugar todos los días, al igual que en el niño, el adulto inmaduro reacciona a las mismas con berrinches quejando

se, echando la culpa a otros, compadeciéndose a sí mismos.

Evitar la enfermedad y aliviar las tensiones son las condiciones necesarias, la persona madura crea en realidad tensión, puesto que controla y motiva los tipos de conducta que consiguen objetivos y estos producen tensión a - - ellos mismos.

#### Cuidado y tratamiento del anciano psicótico.

Cuidado y tratamiento de pacientes psicóticos de edad avanzada, es la restauración de óptimas funciones del individuo, encaminado al proceso patológico reversible en sus aspectos médicos y psiquiátricos. Otro aspecto del tratamiento de enfermedad cardiovascular incluye comunmente el uso de vasodilatadores para reducir la presión arterial y aliviar la resistencia a la circulación por ejemplo: se pueden utilizar drogas tranquilizantes no sólo para proporcionar alivio de la ansiedad o síntomas psicóticos, sino para reducir la hipertensión que acompaña a la edad.

#### Efectos psicológicos de la senectud.-

Psicológicamente, el enfermo de edad avanzada presenta ciertos cambios de la personalidad. A menudo hay terquedad e inflexibilidad. En términos psicoanalíticos estas alteraciones representan una debilitación del ego, en la que

el enfermo revela incapacidad creciente para reprimir y regular los impulsos antisociales.

#### Trastornos neuróticos y neurosis traumática.-

La expresión neurosis corresponde en general al término común de "nerviosidad". Psicosis al término más ampliamente usado de "locura".

La neurosis puede ser definida como una enfermedad moderadamente grave de la personalidad en que la función del ego que se refiere a la comprobación de la realidad no ha sufrido gravemente y en que la desadaptación de la vida es relativamente ligera.

Neurosis traumática. Si la situación corresponde a la de un individuo relativamente sano que responde a los ataques inusitados y extremos del medio ambiente y como resultado presenta conducta neurótica.

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

Es importante notar la necesidad que tiene el paciente geriátrico dentro de nuestra profesión, por las alteraciones y atrofas que presenta en todo lo relacionado con la cavidad bucal.

El odontólogo de práctica general tiene un ilimitado campo de acción con este tipo de pacientes, y más aún, en nuestro tiempo en que la perspectiva de vida es mayor dando como resultado una cantidad más elevada de pacientes - ancianos, los cuales requieren de un servicio serio y profesional.

A este tipo de pacientes tenemos que ofrecerles tratamientos cómodos, accesibles y sobre todo que funcionen y restituyan las funciones perdidas, para que así la persona tenga una vida mejor, más cómoda y siga siendo parte de la sociedad.

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

- 1.- Ast Franks, Bjorn Hedegard.  
Odontología Geriátrica.  
Primera Edición.  
Volúmen # 1.  
España.  
Editorial Labor.  
1976.
  
- 2.- Nicholas S. Dicaprio  
Teoría de la Personalidad.  
Primera Edición.  
Volúmen # 1.  
Interamericana.  
1976.
  
- 3.- Pr. L. Rush Bailey et-al  
Dentaduras completas (Clínicas Odontológicas de Norte  
américa).  
Primera Edición.  
Volúmen # 1



Impreso en México Cedro 512.

Editorial Interamericana.

1977.

4.- Dr. Joseph Borber et-al

Aspectos conductuales y administrativos, de la práctica dental.

Primera Edición.

Volúmen 21 - # 3.

México, D. F.

Interamericana.

1977.

5.- Susan Irving.

Enfermería Psiquiátrica.

Primera Edición.

Volúmen # 1.

México, D. F.

Interamericana.

1981.

6.- Edward V. Segarelli, Austin H. Kutscher, George A.

Hyman.

Diagnóstico en Patología Oral.

Primera Edición.

Volumen # 1

Salvat Editores, S. A.

1977.

7.- Dorothy Mereness.

Elementos de Enfermería Psiquiátrica.

Segunda Edición.

Volumen # 1.

México,

1973.

8.- Kyes Hofling.

Enfermería Psiquiátrica.

Tercera Edición.

Volumen # 1.

Naucalpan Juárez - Edo. de México, D. F.

1977.

9.- Robles Santana Felipe de Jesús y Dr. Jaime Herrera -  
Urbina.

Manual de Prostodoncia Total.

Segunda Edición.

Volumen # 1.  
Guadalajara, Jal. U.A.G.  
1980.

10.- Dr. Pedro Saizar.  
Prostodoncia Total.  
Primera Edición.  
Volumen # 1  
Buenos Aires.  
Mundi.  
1972.

11.- Dr. Lester W. Burket  
Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento.  
Sexta Edición.  
Volumen # 1.  
Interamericana.  
Junio 1973

12.- John J. Sharry  
Prostodoncia Dental Completa.  
Primera Edición.  
Volumen # 1  
Toray, S. A. - Barcelona  
1977.