

159
2010



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*No 170
Antonio Hernandez*

CIRUGIA BUCAL EN EL PACIENTE GERIATRICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

URSULO LONA HERNANDEZ



ESTA TESIS NO DEBE
SER REPRODUCIDA

MEXICO, D. F.

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE.

INTRODUCCION	1
HISTORIA Y DEFINICIONES	3
CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA VEJEZ	5
INMUNOLOGÍA Y VEJEZ	7
ESTUDIO PSICOLÓGICO EN EL ANCIANO	10
ESTOMATOLOGÍA Y GERIATRÍA	14
FARMACOLOGÍA GERIÁTRICA	18
ENFERMEDADES COMUNES EN EL ANCIANO	22
CONSIDERACIONES QUIRÚRGICAS EN LA VEJEZ	27
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41

INTRODUCCION.

A medida que se prolonga la longevidad humana, la poblaci3n - de pacientes ancianos se multiplica r3pidamente.

Son elocuentes las cifras que constatan el n3mero cada vez - mayor de ancianos en el mundo actual. Las posibilidades y es- peranzas de supervivencia han aumentado notablemente; si con- sideramos que en 1850 la poblaci3n superior a los 65 a1os era de 2.6 %, y actualmente supera el 8 %, la poblaci3n que supe- ra esta edad crece tres veces m3s de prisa que la comunidad - en su conjunto.

Las causas de esta mayor expectativa de vida son debido a los avances de la medicina, as3 como a una mejor alimentaci3n y - atenci3n sanitaria que en conjunto pueden asegurar una sobre- vivencia de 70 a1os en nuestro pa3s.

Estos datos cuantitativos ilustran la presencia de personas - mayores de 65 a1os en la sociedad actual y que cientos de e- llos necesitaran alg3n tipo de procedimiento quir3rgico bucal y seran tratados por profesionales de la Odontolog3a.

Esto, por supuesto, exigir3 mayores y mejores conocimientos de las diferencias y reacciones que se pueden esperar en esta e- poca de la vida.

En el paciente de edad avanzada que requiere cirug3a bucal no es tan importante el tipo de operaci3n, la cual se puede con- siderar igual que la realizada en adultos jvenes; sino por- que debemos considerar la mayor incidencia de enfermedades -

sistemicas y el menor grado de respuesta fisiológico y psicológico que se presentan en estos pacientes. Lo cual puede en determinado momento complicar la intervención (Wilson, Lawson, y Brass, 1962).

Por lo tanto nuestro objetivo es conocer y valorar el estado global de estos pacientes (fisiológico, psicológico y patológico), para brindarles un mejor tratamiento y evitar complicaciones con nuestro procedimiento quirúrgico. (7),(4).

HISTORIA Y DEFINICION.

La cirugía bucal tiene sus orígenes en la medicina y la odontología antiguas, los primeros actos quirúrgicos en la región maxilofacial fueron extracciones dentarias realizadas por odontólogos, o bien, como rito durante las ceremonias religiosas. Como menciona el Dr. Salvador Lerman, los exámenes de G. Wilke en cráneos neolíticos (2 500 años A.C.) en los Dogsholes que se encontraron en las cuevas Perthi-Chivaren en Inglaterra, demostraron que la extracción de los dientes se practicó por motivos rituales.

En la actualidad no se puede concebir la práctica de la cirugía bucal sin la participación de todas las especialidades médicas, ya que está relacionada íntimamente con la medicina general.

Definición: La cirugía bucal ha sido descrita como la parte de la odontología que se ocupa del diagnóstico y los tratamientos quirúrgicos y medicamentosos de las enfermedades y lesiones o deficiencias de los maxilares y órganos adyacentes.

Geriatría: El término geriatría aparece por primera vez en el año 1909 de la mano de I. L. Nacher en su obra titulada Geriatrics: the diseases of old age and their treatment.

Definición: La geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos.

Gerontología: A principios del siglo XX, Mechnikov, Premio Nobel de Medicina introdujo el término gerontología en su trabajo " teoría sobre el envejecimiento ".

Definición: Gerontología se define como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos: biológico, psicológico y social, como ciencia pura, básica o académica. (8), (5), (1).

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA VEJEZ.

En el anciano, como consecuencia del envejecimiento hay una pérdida de células no mitóticas, disminución de los mecanismos reguladores (homeostasis), y disminución de la capacidad de reserva; además la vista, el oído, la destreza motora - el equilibrio, la marcha, la fortaleza física y la termorregulación tienden a deteriorarse con la edad, teniendo en cuenta que para muchas funciones orgánicas el rango de diferencias individuales es grande entre personas de la misma edad, pero en efecto sí son más frecuentes en el anciano.

Existen varios cambios fisiológicos vinculados normalmente con el proceso del envejecimiento (Bowles, Portnoi, Kenny, - 1981; Franks y Hedegard, 1973), entre ellos el menor recambio y conversión de las proteínas, la fibrosis asociada con un aumento del colágeno y una disminución proporcional de la sustancia fundamental, la reducción de la elastina de los tejidos y una declinación en la reproducción celular. También ocurren cambios en la microcirculación vinculados con proliferación de la íntima, la declinación del metabolismo y la menor absorción del calcio, (Bullamore et al, 1970).

Como consecuencia de estos fenómenos se produce una disgregación de los mecanismos fisiológicos de integración y control y una disminución gradual de la capacidad funcional de la mayoría de los órganos. Encontramos así compromiso de la función cardiovascular, función pulmonar disminuida, menor reser

va renal, alteración del equilibrio ácido básico, deficiencia de hormonas, mayor susceptibilidad a las infecciones y curación tardía de las heridas, (Schrier, 1982). Por estos motivos los pacientes geriátricos suelen requerir más tiempo para adaptarse al stress físico y al desplazamiento adicional de las funciones fisiológicas. (1),(4).

INMUNOLOGIA Y VEJEZ.

El sistema inmunitario es imprescindible para la salud, y su funcionamiento armónico permite el mantenimiento de ésta, basándose en el principio del reconocimiento de lo propio y la respuesta ante lo extraño (no propio).

El envejecimiento lleva consigo la disminución de la capacidad inmunitaria, lo que se refleja en; aumento de la frecuencia de enfermedades infecciosas, con mayor capacidad patógena y mortandad, disminución de la resistencia a infecciones en fase crónica (tuberculosis, toxoplasmosis, etc.), pérdida de la capacidad de resistencia cutánea a los antígenos comunes, etc. También se manifiestan alteraciones en el sistema de reconocimiento y en el de regulación, con pérdida de la capacidad de respuesta frente a los agentes externos y aumento de los fenómenos autoinmunes.

El timo, órgano linfoide primario, presenta la propiedad única de alcanzar su máximo desarrollo en la pubertad y, a partir de ese momento, comenzar un proceso involutivo que le lleva a un estado atrófico en los últimos años de la vida. Como es el lugar en el que las células precursoras se diferencian en linfocitos T y éstos son la piedra angular en la que reposa la respuesta del sistema inmunitario se considera como un reloj biológico que controla el envejecimiento del sistema inmunitario.

En lo que respecta al otro órgano linfoide primario, la médula

la ósea, no hay datos experimentales referidos a posibles alteraciones con la edad, y las células pluripotenciales conservan intactas sus potencialidades en la vejez. Tampoco los órganos linfoides secundarios muestran alguna alteración en lo que respecta a peso o tamaño (ganglios linfáticos y bazo). Los linfocitos B derivan de las células pluripotenciales de la médula ósea y desarrollan en ella el proceso de maduración pasando después a la circulación.

Aún cuando el número de linfocitos B de sangre periférica es similar en todas las edades, su funcionalidad desciende en los individuos viejos.

Las enfermedades infecciosas son una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en los ancianos, asociándose este aumento de susceptibilidad, junto con la mayor incidencia de procesos malignos, a la disminución de la competencia inmunitaria asociada a la edad. Se aprecia un aumento en los procesos respiratorios, sepsis por gramnegativos, endocarditis infecciosas, infecciones del tracto urinario, tuberculosis, candidiasis etc.

La función fagocitaria de los polimerfonucleares neutrofilos y monocitos está disminuida, así como lo está la capacidad de éstas células para responder a los factores quimiotácticos procedentes de los linfocitos.

Una alimentación que simplemente bordee la malnutrición es uno de los factores potenciales que influye en la debilidad

de la respuesta inmune de los ancianos frente a los procesos infecciosos.(1),(2),(4)

ESTUDIO PSICOLOGICO EN EL ANCIANO.

El envejecimiento psicológico de un individuo es la consecuencia de la acción del tiempo vivido y percibido por él sobre su personalidad.

Para conocer bien la personalidad de un anciano es preciso valorar su afectividad, voluntad, deseos, inteligencia y motivaciones, así como su soporte biológico: morfología, situación funcional y patología somática acumulada a lo largo de su vida. El tiempo de vida de la gente mayor que denominamos actualmente tercera edad, es cada vez más largo, con creciente esperanza de prolongar más la senectud. Es por ello que las situaciones psicosociales y la propia personalidad del anciano pueden cambiar desde que entra a la tercera edad, hasta que alcanza la vejez avanzada según su estado de salud, autonomía y crisis que pueden afectarle.

Las posibilidades de adaptarse a la situación y puesto que la sociedad y la familia le ofrecen están determinadas en el anciano por su pasado y sus capacidades de comunicación y respuesta. Como cualquier otra edad, en la senectud el hombre se ve sometido a conflictos o situaciones que le provocan crisis personales ante las cuales reacciona generalmente en sentido de regresión; las más frecuentes son:

Labilidad Emocional y Afectiva .

Las manifestaciones emocionales aparecen por el menor motivo fácilmente se entristecen, lloran o exhiben una incontinencia

emocional inadecuada. Quejas continuas en torno a su salud o, pérdida de autonomía y puede haber una demanda de interés o -afecto, pero ese comportamiento suele testimoniar más bien una disfunción de su capacidad de amar y de sociabilidad, concentrando su interés solo sobre su estado físico, constituyendo esa conducta, una forma de replegarse sobre sí mismo.

Conducta de Toxicofilia.

Cuando el anciano se hace dependiente de ciertos fármacos como laxantes, hipnóticos, ansiolíticos, vasoactivos o alcohol.

PSICOTIPOLOGIA:

Son innumerables los psicotipos que podemos encontrar en un grupo de ancianos unos adaptados y otros no adaptados a la vez.

Entre los adaptados estan:

Los maduros; bien adaptados en sus relaciones con los demás e integrados en el medio en que viven. Suelen controlar sus impulsos, son activos y habitualmente están satisfechos de la vida y de sí mismos.

Los blindados o rígidos; como mecanismo de defensa para atenuar su miedo a los fracasos y a la dependencia son más dados al trabajo y obligaciones que a los placeres, estan relativamente satisfechos de su pasado, no gustan de las discusiones de naturaleza personal ni de que se metan en sus cosas, esto es, son poco amigos de la introspección.

Los caseros; son pasivos y dependientes, poco activos social-

mente, suelen ser indulgentes, adaptándose bien a la vejez.

Entre los inadaptados se encuentran:

Los irritables; habituales cascarrabias, gruñones y frustrados o agudos y amargos, son generalmente desconfiados. Suelen tener poca estima de sí mismos.

Los introvertidos; apegados a sus valores, ideas o pertenencias, suelen ser taciturnos, sobrios, tímidos y retraídos, reprimiéndose constantemente en las ocasiones en que pudieran manifestarse.

Los perturbados; no en el sentido de ser enfermos mentales, sino en el de tener perturbadas sus relaciones sociales, son inestables emocionalmente (muy volubles).

La Hipocondría en la Senectud:

La constante preocupación por el estado de salud de sí mismo o hipocondría puede constituir una forma de ser de una personalidad neurótica de toda la vida, pero también puede ir formandose a lo largo del envejecimiento, llegando a ser la característica de bastantes personas de edad avanzada. Suele tratarse de ancianos inseguros, con angustia o depresión, observadores exagerados de toda sensación que proceda de su organismo, lo que le angustia y nos cuenta una y otra vez.

El hipocondríaco va de médico en médico, y no encuentra nunca aquel que le comprenda y le ayude lo suficiente.

Todas las conductas anteriores observadas en las personas de edad avanzada, no son importantes en el sentido de que inter

fieran con el tratamiento quirúrgico. A la mayoría se les pue
de tratar con eficacia si se les dedica suficiente tiempo pa
ra inspirarles confianza y disipar su miedo y ansiedad, y ex
plicarles de la manera más sencilla lo que se les habrá de ha
cer y lo que sucedera después de la intervención.(1),(7),(2),
(4).

ESTOMATOLOGIA Y GERIATRIA.

Los tejidos y órganos de la boca envejecen en forma desigual. Las manifestaciones del envejecimiento cutáneo desde el punto de vista histológico son:

- el adelgazamiento de la epidermis;
- el engrosamiento de la capa córnea;
- la irregularidad del funcionamiento de los melanocitos;
- la alteración de la dermis, delgada y laxa;
- la atrofia de las glándulas sebáceas y sudoríparas.

Desde el punto de vista bioquímico:

- las fibras colágenas se vuelven más largas y rígidas;
- la polimerización de las moléculas de mucopolisacáridos reduce la captación de agua y favorece los depósitos anormales de ésta;
- esta reducida la síntesis de los glucoproteidos;
- ya no se sintetiza en particular la elastina;

Factores endocrinos:

- la pobreza en testosterona agrava la regresión de los mucopolisacáridos;
- la insuficiencia hipofisiaria (somatotrofina, tirotrófina etc.) acelera la formación de arrugas y discromías cutáneas y la regresión del aparato pilosebáceo.

Aparato salival:

A partir de los 60 años se comprueban alteraciones salivales que se acentúan con el transcurso de la edad:

- desdiferenciación canalicular de los acini;
- una adiposis que disocia los parénquimas salivales;
- la esclerosis, bastante precoz en la mujer después de la menopausia, particularmente a nivel de las glándulas submaxilares;
- las microcristalizaciones canaliculares.

Las consecuencias biológicas de este envejecimiento salival son:

- el descenso de los ph bucales;
- el déficit salival cuantitativo muy constante;
- la disminución de la actividad enzimática salival;
- disminución de las inmunoglobulinas salivales;
- mayor incidencia de candidiasis bucal;
- la agravación de las caries dentarias;
- la hiperplasia o la induración de las glándulas salivales;
- las sialitis crónicas y las calcinosis salivales;

Alteraciones musculares:

En el anciano la alteración del tono muscular y el empobrecimiento de la mímica reducen las presiones de los músculos de la cara sobre los dientes, al paso que la deglución incesante de la saliva mantiene un nivel elevado de presión de la lengua sobre los dientes. Este desequilibrio muscular desplaza los dientes, los incisivos en particular, se inclinan hacia adelante y se separan.

Esqueleto maxilofacial:

Los rebordes residuales pierden su función primaria cuando se extraen los dientes y comienzan a reducirse de tamaño, también se altera su forma trabecular interna.

El hueso se vuelve más osteopórotico con la edad. Hay una rarefacción ósea, la cantidad de trabéculas disminuye, aumenta la reabsorción lacunar y la susceptibilidad a las fracturas. La osteoporosis generalizada presentada más comunmente en mujeres ancianas que en hombres y se la ha asociado con la disfunción de las hormonas sexuales. Con la edad disminuye el contenido de agua en los huesos, aumentando el tamaño de los cristales minerales y el grosor de las fibrillas colágenas. Además hay una disminución en la vascularización y una reducción en el metabolismo, y la capacidad curativa.

Dientes:

El cambio más obvio en los dientes es la pérdida de sustancia dental causada por la atrición. Además los dientes de los ancianos se vuelven distroficós (sufren esclerosis y calcificación pulpar).

Mucosa oral:

La mucosa oral refleja con el tiempo cierto número de procesos de envejecimiento. Donde la queratinización del epitelio es normal tiende, durante el envejecimiento, a aumentar de espesor , asociado a descenso de la amplitud estratobasilar.

En aquellas zonas en las que no hay queratosis, el reducido epitelio senil se hace más vulnerable a los traumas. (Meyer

y col. 1956) informaron que junto con la reducción del espesor, aumentaba la densidad celular en la mucosa del paciente anciano. Basaban su hipótesis en la deshidratación excesiva - del tejido por pérdida del agua intracelular. (6),(7),(9),(2).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

FARMACOLOGIA GERIATRICA.

Las mediciones de la capacidad funcional de la mayor parte de los sistemas orgánicos principales manifiestan una disminución que se inicia al principio de la vida adulta y persiste durante el resto de la vida.

Por lo tanto el anciano no pierde funciones específicas a ritmo acelerado en comparación con los adultos jóvenes o en edad madura, sino que acumulan más deficiencias con el paso del tiempo. Algunos de estos cambios dan por resultado alteración de la farmacocinetica.

Para el farmacólogo lo más importante de todo es la disminución del funcionamiento renal.

Cambios Farmacocineticos:

Absorción.- Hay pocas pruebas de que exista alguna alteración importante en la absorción de los fármacos con el paso de la edad. Sin embargo, las condiciones relacionadas con la edad pueden alterar la rapidez con que se absorben algunos fármacos. Estos trastornos abarcan alteración de los hábitos nutricionales, mayor consumo de fármacos que no son de prescripción (antiácidos y laxantes) y cambios en el vaciamiento gástrico.

Distribución.- Los ancianos presentan reducción de la masa corporal magra, reducción del total y el porcentaje del agua corporal, suele haber disminución de la albúmina sérica que fija a muchos fármacos, en especial los ácidos débiles.

Quizá se produzca un incremento concurrente del orosomucoide sérico (glucoproteína alfa-ácida), proteína que fija muchos ácidos básicos. Por lo tanto, puede estar alterada de manera importante la proporción de fármaco fijo y fármaco libre.

Metabolismo.- La capacidad del hígado para metabolizar los fármacos no parece disminuir de manera importante y sostenida con la edad. Parece que los principales cambios ocurren en las relaciones de fase I, es decir, las efectuadas por el sistema microsómico de función mixta de oxidasa; ocurren cambios más pequeños en la capacidad del hígado para efectuar las reacciones de conjugación fase II. Algunos de estos cambios pueden ser causados por disminución del flujo sanguíneo hepático, variable e importante en la depuración de los fármacos que tienen una proporción de excreción hepática elevada. Además con el paso de la edad se produce disminución de la capacidad del hígado para recuperarse de las lesiones, por ejemplo, las causadas por el alcohol o la hepatitis viral.

De manera semejante pueden alterar la función hepática las deficiencias nutricionales graves que ocurren más a menudo durante la senectud.

Eliminación.- Como el riñón es el órgano principal para la depuración de los fármacos, tiene gran importancia la disminución natural de la capacidad funcional de este órgano a que se ha hecho referencia. Es necesario hacer mediciones en la depuración de creatinina, si hay sospecha de enfermedad renal

o un trastorno del metabolismo de sal y agua. Ya que el resultado práctico de este cambio consiste en la prolongación de la semidesintegración biológica de muchos fármacos y la posibilidad de acumulación hasta niveles tóxicos si no se reduce la posología en cantidad y frecuencia.

Los pulmones son importantes para la eliminación de los fármacos gaseosos; como resultado de disminución de la capacidad respiratoria y el aumento de la frecuencia de enfermedad pulmonar activa en los ancianos, es menos común la anestesia por inhalación, y se administran con mayor frecuencia agentes parenterales de esta clase en este grupo de edad.

Cambios Farmacodinámicos:

Se creyó por mucho tiempo que los pacientes geriátricos eran mucho más sensibles a la acción de diversos fármacos, lo que implicaba un cambio en la acción farmacocinética de éstos con sus receptores. En la actualidad se reconoce que muchos, y quizá la mayor parte, de estos cambios manifiestos son resultado de la alteración de la farmacocinética o de disminución de las reacciones homeostáticas.

Los estudios clínicos se inclinan en favor de que los ancianos son más sensibles a algunos de los sedantes-hipnóticos y analgésicos.

Ciertos mecanismos de la regulación homeostática parecen estar embotados en el anciano. Como las reacciones homeostáticas son a menudo componentes importantes de la reacción to-

tal a un fármaco, estas alteraciones fisiológicas pueden cambiar el patrón o la intensidad de la reacción del paciente al medicamento. (1),(4),(3).

ENFERMEDADES COMUNES EN EL ANCIANO.

Es difícil encontrar ancianos que no presenten enfermedad. Si se pregunta a los propios ancianos, sólo referirán enfermedad el 50 %. Si se hacen estudios longitudinales en la población anciana, se encuentra la enfermedad en el 80 %.

Lo probable es encontrar afectados varios órganos y sistemas que a veces se relacionan pero que en muchas ocasiones son in dependientes.

Los principales factores que favorecen la aparición de esta - patología múltiple son:

-- Alteración de la homeostasia o capacidad de mantener el me dio interno, a pesar de los cambios externos. En situaciones basales o de reposo el anciano es capaz de mantener su homeos tasia, pero si lo sometemos a un stress o padece una enferme- dad o intervención quirúrgica, la homeostasia se deteriora y puede variar el ph plasmático, la presión osmótica, el volu-- men plasmático, los niveles de glucemia, etc.

-- La interacción entre unos sistemas del organismo con otros, precisamente por el deterioro de este control de la homeosta- sia y de la capacidad funcional. Por ejemplo, una isquemia ce rebral puede estar ocasionada por alteraciones del ritmo car- díaco; una infección respiratoria puede originar una insufi-- ciencia cardíaca, etc.

-- Los largos períodos de latencia de muchas enfermedades ge- riátricas que hacen que en un momento determinado se pueda su

perponer cualquier otro proceso agudo.

-- Alteraciones inmunitarias que hacen que algunas enfermedades incidan de una manera más frecuente en el anciano.

Plurifarmacia.- Como consecuencia de esta pluripatología no es infrecuente encontrar un anciano que toma más de 4 o 5 fármacos diferentes. Ante este arsenal terapéutico, es difícil que no exista interacción entre un fármaco y otro.

Enfermedades más frecuentes en geriatría:

Las enfermedades más frecuentes en el anciano son las de tipo degenerativo, que son precisamente las que mayores cronicidades e invalideces originan: enfermedades cardiovasculares, artrosis, osteoporosis etc.

Son también frecuentes las enfermedades metabólicas: diabetes, obesidad, gota.

Las infecciones son más frecuentes en el anciano que en cualquier otra edad, sobre todo las respiratorias y urinarias.

La tuberculosis constituye un problema sanitario de primer orden ya que en el anciano no da síntomas y puede transmitirse a otras personas que conviven con él.

Las enfermedades neoplásicas, las carenciales, las de los órganos de los sentidos (vista y oído) y las mentales son otros grupos de patologías muy frecuentes en esta edad.

Desde el punto de vista estomatológico:

Xerostomía o boca seca.- Causa frecuente de molestias masticatorias y dentales en el anciano, suele ser síntoma de enferme

dad sistémica (diabetes, uremia, síndrome de Sjögren, deshidratación, procesos inflamatorios crónicos), o efecto secundario a gran cantidad de fármacos (antidepresivos, especialmente las fenotiacinas, antihipertensivos, anticolinérgicos, diuréticos y antihistamínicos).

Estomatitis.- Las más frecuentes son dos:

Por las prótesis.- Inflamación del paladar duro de apariencia granular, que puede terminar en candidiasis.

Medicamentosa.- Por antibióticos y sedantes. La mucosa oral - esta enrojecida y el paciente se queja de ardor

Candidiasis.- La candida albicans está presente en el 50 % de la flora oral normal de los adultos. Pero sólo cuando aparecen factores predisponentes, se produce la candidiasis. De ellos la terapia prolongada con antibióticos es el principal. Además de la xerostomía fisiológica, también son factores favorecedores malnutrición, diabetes, terapia con corticoides e inmunosupresores, déficit de hierro, prótesis dentales y deficiente higiene oral.

Hiperplasias de aspecto tumoral.- Son muy frecuentes y ocasionan temor al cáncer:

-- Diapneusia.- De aspecto sésil en las zonas de la arcada - donde faltan dientes

-- Granuloma telangiectásico, piógeno o botriomicoma.- Masa - rojiza que suele sangrar, más frecuente en labios y paladar - blando.

-- Epulis.- Lesiones en la encia causadas por factores irritativos crónicos, habitualmente prótesis mal ajustadas.

Lesiones precancerosas: Cuando la posibilidad de malignizarse es igual o superior al 5 %.

-- Liquen plano.- Algunos niegan que se malignice, aunque no parece haber dudas en las formas atróficas y erosivas (hasta en un 10 %). Son placas o filamentos blancos, presentes con frecuencia en repliegues mucosos y rebordes alveolares.

-- Lengua atrófica.- Como parte del síndrome de Plummer-Vinson por déficit de hierro. Se manifiesta por sensación urente y dificultad para la deglución, junto con una lengua depapilada, lisa y pálida o muy roja.

Leucoplasia.- Suele manifestarse como múltiples manchas blancas en la mucosa oral y que no se desprenden con el rascado. Su potencial cancerígeno es del 6 al 30 % ; es más frecuente la forma nodular o moteada que la homogénea y que ésta en la lengua o piso de boca. La irritación crónica mecánica es su factor etiológico aunque también se ha asociado al abuso en el uso de alcohol, tabaco y a la malnutrición.

Cáncer oral:

Aunque solo representa el 5 % de los cánceres, su incidencia es mayor en el anciano.

El 90 % son epidermoides o espinocelulares y su localización es en labio, lengua; piso de boca, encia y paladar, en ese orden de aparición en cuanto a frecuencia y localización.

Las formas que presenta son; ulcerosa (bordes duros y piel infiltrada), exofítica o vegetante y mixta. La existencia de adenopatías cervicales orienta el diagnóstico.

Hay datos que demuestran cómo revisiones odontológicas realizadas poco antes del diagnóstico no habían detectado la lesión. Por ello es pertinente sistematizar dichas exploraciones y ser minuciosos en ellas. (1),(2),(4).

CONSIDERACIONES QUIRURGICAS EN LA VEJEZ.

La decisión de someter a un paciente anciano a una intervención quirúrgica debe ser tomada por el clínico después de valorar los riesgos inherentes de la intervención y los beneficios que de ella se derivan. Son preceptivos un cuidadoso estudio preoperatorio y una estrecha vigilancia perioperatoria.

Evaluación médica preoperatoria:

Los objetivos principales en la evaluación preoperatoria de un paciente geriátrico son:

- Identificar los problemas médicos del paciente por medio de la historia clínica, exploración física y estudios de laboratorio.
- Determinar los factores de riesgo importantes.
- Llevar al paciente a la intervención en la mejor situación médica posible para el tiempo de que se dispone.

Se realizará:

Historia clínica.- Detallada, centrándose en patologías como la existencia o no de diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, enfermedades gastrointestinales o genitourinarias, traumatismos recientes, accidentes cerebrovasculares agudos recientes o antiguos, problemas psiquiátricos, enfermedades articulares, trastornos hemorrágicos, alergias medicamentosas y complicaciones quirúrgicas previas. Se hará referencia a la medicación actual del paciente y los hábitos tóxicos.

Anamnesis.- La anamnesis en un anciano viene matizada por la pérdida de memoria que sufre. Esto hace que sea laboriosa y reiterativa. A veces tendremos que hacerla en varias fases y ayudarnos siempre del familiar más cercano.

Interrogatorio por aparatos y sistemas:

Debido a que en la vejez es común encontrar varias patologías es necesario separar los síntomas referidos por el paciente y ordenarlos para poder obtener un diagnóstico más certero

Exploración física:

Se explorarán sistemas, órganos y aparatos, en orden a la detección de signos clínicos de riesgo, tales como hipertrofia parotídea (ante hipoproteinemias), blefaritis, estomatitis angular, queilosis (ante déficit de riboflavina), papilas linguales filiformes, hipertrofia papilar, fisuras linguales, dermatitis pelagroide (déficit de niacina), petequias, perifoliculitis, gingivitis (déficit de vitamina C y K), queratomalacia, xerosis conjuntival, hiperqueratosis folicular (déficit de vitamina A) y bocio (déficit de yodo).

Valorar la presión arterial.- Hay que tomar la presión en condiciones adecuadas (no haber fumado, bebido alcohol, tomado café o efectuado ejercicio, al menos en los 30 min. previos), paciente sentado, relajado y con el brazo apoyado a la altura del corazón, manguito inflado hasta 200 mm Hg desinflando lenta y progresivamente, hacer al menos dos mediciones con un intervalo de 2-5 min. Comprobación ulterior de -

las cifras patológicas.

Las cifras propuestas por la OMS, 160/95, son la frontera a partir de la cual debe ser considerado hipertenso un individuo adulto cualquiera que sea su edad. Esta acepción genera grandes reticencias en algunos autores que piensan que en los ancianos, y sobre todo en los muy ancianos las cifras deben ser modificadas, puesto que cifras de 95 mm Hg representan un mayor riesgo vascular que cifras de 90 mm Hg. Proponiendo esta última cifra como límite de la normalidad.

La polémica al menos al momento está a favor de los que creen que las cifras 165/95 son de aplicación en la población anciana, cualquiera que sea su edad.

Pruebas complementarias:

-- Hematológicas.- En que se incluyan hematócrito, hemoglobina, recuentos de hematíes y leucocitos, fórmula leucocitaria, VGM, recuento de plaquetas, protrombina, velocidad de sedimentación, y tiempo de coagulación.

-- Bioquímica de sangre.- Lo que se conoce como SMA-12 ó similar, glucosa, urea, creatinina, colesterol, ácido urico, fosfatasas alcalinas y fosfatasas ácidas.

-- Análisis de orina.

En el paciente ambulatorio que ha de ser sometido a cirugía bucal, por lo menos se debe hacer una evaluación de la presión sanguínea, pulso y respiración. Cuando se observan factores de riesgo, hay que decidir si el paciente podrá tolerar -

el procedimiento que se contempla o si se debe hacer consulta médica. También se debe decidir, la necesidad de corregir en el preoperatorio toda deficiencia nutricional, modificar la posología de los medicamentos que el paciente está tomando o que se habrán de administrar y tomar las precauciones necesarias para evitar la bacteriemia e infección.

En todos los pacientes con enfermedades sistémicas que complican el cuadro es de suma importancia prevenir el stress con medios psicológicos y farmacológicos (sedación)

Enfermedad cardiovascular:

Angina de pecho (angor-pectoris).- Cuando tratamos a un paciente con angina, debemos considerar si la angina es estable o inestable. La angina estable fácilmente responde al medicamento, los pacientes con angina estable pueden experimentar procedimientos quirúrgicos menores, pero debemos tener cuidado de no prolongar demasiado el procedimiento y debemos tener a la mano una ampollita de nitroglicerina por si se presenta un acceso anginoso.

La angina inestable se caracteriza por un aumento en frecuencia y severidad, los episodios son más prolongados por lo tanto los pacientes con angina inestable que requieran de cirugía bucal deben ser intervenidos en hospitales donde existan los recursos necesarios en caso de una complicación grave.

Infarto al miocardio:

Toda cirugía oral electiva debe posponerse por lo menos 6 me-

ses después del infarto. Todo procedimiento quirúrgico extenso en pacientes con afección de arteria coronaria (extracciones múltiples, cirugía preprotésica mayor), generalmente debe efectuarse en hospitales donde un monitoreo postquirúrgico cerrado y cuidados intensivos son posibles.

Bloqueadores-beta, tales como propranolol, nadolol y timolol a menudo son usados en pacientes después de un infarto. Una retirada abrupta puede llevar a una exacerbación del padecimiento, por ello es aconsejable seguir con los medicamentos aún - el día de la operación.

Hipertensión:

La hipertensión se define como una presión arriba de 160/95 - sin importar la edad (datos de la OMS). Mas del 90% de los hipertensos sufren hipertensión esencial por lo que no se puede encontrar una causa específica. Sin embargo la mayoría de estos pacientes pueden controlarse bien con medicamentos y los riesgos de la cirugía no son significativos si la presión diastólica es estable y menor de 110 mm Hg (Goldman & Caldera 1979 Prys-Roberts 1979). En general la medicación del paciente hipertenso no debe suspenderse ni siquiera el día de la intervención.

Insuficiencia cardiaca:

El debilitamiento del corazón es un síndrome clínico que se traduce en incapacidad del miocardio para bombear suficiente sangre para satisfacer las demandas metabólicas del organismo.

Los síntomas y signos comunes incluyen; disnea de esfuerzo, + ortopnea, disnea nocturnal paroxística, edema en tobillos.

La mayoría de pacientes son controlados con medicamentos (digitalícos y diuréticos), sin embargo la presencia de cualquiera de estos síntomas es indicativo para remitir al paciente a evaluación médica con el especialista; del que és necesario - obtener una responsiva médica e indicaciones específicas para la atención quirúrgica de estos pacientes.

Accidente cerebral vascular;

Las manifestaciones de trastornos cerebrovasculares, tales oo mo atáque violento y atáques isquémicos transitorios son tratados con terapia antiplaquetaria (aspirina y dipíridamol), o con anticoagulantes (warfarina). Si la interrupción de tales agentes es considerada prióritaria para la intervención (evitar hemorragia), debe ser realizada de común acuerdo con el médico que este tratando al paciente.

Los pacientes con prótesis válvulares, enfermedades valvula-- res congénitas, enfermedad valvular reumática, insuficiencia mitral, fiébre reumática, o antecedentes de endocarditis bacte riana deben recibir cobertura antibiótica profiláctica previa a cualquier procedimiento quirúrgico. Así mismo los pacientes con prótesis ortopédica (de cadera o rodilla etc.) deben reci bir cobertura antibiótica para prevenir infecciones por vía - sanguínea de los aparatos protésicos.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica:

Los componentes más importantes de este padecimiento son la bronquitis y el enfisema. La bronquitis se manifiesta como - tos crónica, secreciones espesas y broncoespasmo.

El enfisema se caracteriza por la ampliación de los alveolos pulmonares por destrucción de sus paredes provocando disminu ción del intercambio de gases.

En este tipo de pacientes es aconsejable intervenirlos en la tarde porque el período de ambulación más prolongado le permite eliminar las secreciones tenaces y mejorar la ventila-- lación pulmonar. También se recomiendan intervenciones de - corta duración para evitar episodios hipoxicos.

Enfermedades endocrinas:

Diabetes mellitus.- El stress quirúrgico produce hipergluce-- mia en personas normales y mayor en diabeticos.

En todo paciente geriátrico que será sometido a intervención quirúrgica hay que tratar de conseguir:

- Control metabólico de la enfermedad.
- Identificar factores de riesgo y grado de lesión orgánica
- Establecer un plan terapéutico.

Los cuidados postoperatorios de los diabeticos incluyen una a tención escrupulosa para evitar las infecciones de las heri-- das y de las vias urinarias.

Los hábitos ya establecidos de alimentación deben mantenerse sí el paciente esta bien controlado solo con dieta.

El objetivo no es un control rígido, sino mantener los nive--

les de glucosa en sangre en el rango de 150-250 mg/dl, (lo normal es de 100 mg/dl), para evitar los extremos de hipoglucemia e hiperglucemia.

Si los niveles de glucosa en sangre están muy alterados es necesario enviar al paciente a chequeo médico con su especialista y someterlo a la intervención sólo cuando el trastorno este completamente controlado.

Insuficiencia suprarrenal:

La causa más frecuente es la secundaria a la administración de esteroides exógenos, debiéndose realizar en estos casos una historia detallada sobre la administración de esteroides en el año precedente, naturaleza del preparado, dosis, frecuencia, vía de administración y duración del tratamiento.

Sin embargo el número de pacientes con supresión suprarrenal real es pequeño, comparados con los que consumen esteroides, por lo que:

Hay que sospechar que un paciente presenta insuficiencia suprarrenal si ha estado recibiendo tratamiento esteroideo en el último año con:

-- Más de 7.5 mg de prednisona en una sola dosis durante un período superior a un mes.

-- Cualquier esteroide en dosis dividida durante un período superior a 5-7 días

-- Preparados de acción prolongada (dexametasona o betametasona) durante un período superior a 5-7 días.

-- Más de 20 mg de prednisona al día (en dosis única o dividida) durante más de 5--7 días.

Para cirugía bucal a causa del stress que la intervención provoca, es necesario doblar la dosis de glucocorticoides para satisfacer la demanda orgánica de éstos.

Enfermedades tiroideas:

En estos pacientes es necesario determinar el estado de la función tiroidea y llevarlo al quirófano en estado eutiroides.

Hipotiroidismo.- Si la cirugía es electiva, ésta se retrasará hasta que el paciente haya llegado al estado eutiroides mediante la administración de levotiroxina (T4)

Hipertiroidismo.- El paciente anciano tirotóxico no controlado presenta con mayor frecuencia problemas cardiovasculares, asociándose a mayor riesgo quirúrgico. Si la cirugía es electiva se iniciara el tratamiento con antitiroideos (carbimazol) hasta que el paciente este eutiroides.

Consideraciones Intraoperatorias:

Uso de anestésicos en geriatría.- Para la mayoría de procedimientos quirúrgicos bucales la anestesia local es suficiente. Por lo general no está contraindicado el uso de un anestésico local que contenga una pequeña concentración de adrenalina como vasoconstrictor, siempre que se evite toda inyección intravascular con una técnica de aspiración correcta. Aunque la asociación norteamericana de cardiología ha dicho que en los pacientes cardíacos no entrañan peligro 0.2 mg de adrenalina

(20 ml de una solución que contengan una concentración 1:100.000)(1964 Management), Bennet (1978) recomienda limitar la cantidad a un total de 0.2 mg en pacientes normales y a 0.04 mg en los que tienen cardiopatía orgánica (4 ml de una solución que contenga una concentración de 1:100.000).

La adrenalina debe evitarse en pacientes con hiperparatiroidismo y en los que toman inhibidores de la monoaminoxidasa o agentes bloqueadores neuroadrenérgicos como guanetidina o reserpina (Martin, 1971). En estos casos se puede usar mepivacaína al 3% sin vasoconstrictor.

Los principios quirúrgicos que se deben considerar en el tratamiento de los pacientes geriátricos son similares a los que rigen para adultos jóvenes, sin embargo por los efectos nocivos del stress, muchas veces conviene limitar la extensión del procedimiento que se realiza en cada sesión (Uhler, 1962). La sedación y las seguridades verbales constantes son recursos eficaces para reducir el miedo y la aprensión durante el acto quirúrgico.

Es fundamental trabajar con técnica estéril porque los pacientes seniles curan con mayor lentitud y son más susceptibles a las infecciones. En el paciente senil se debe tratar con delicadeza a los tejidos, diseñando correctamente los colgajos para mantener una buena irrigación sanguínea y obtener un acceso satisfactorio, desnudando lo menos posible el periostio y evitando que queden espacios muertos en la herida, se contribuye

ye mucho a evitar complicaciones quirúrgicas.

La hemostasia correcta y la pérdida de sangre mínima durante el acto operatorio también son factores esenciales cuya importancia es primordial en el geronte.

Manteniendo reducidos a un mínimo la reflexión y separación de los tejidos, controlando el sangrado óseo y suturando cuidadosamente las heridas quirúrgicas, se contribuye a reducir la tendencia a la equimosis, hemorragias y formación de hematomas. La pérdida de sangre también se puede reducir a un mínimo limitando la magnitud de la intervención quirúrgica en cualquier momento y, si es posible suturando un sitio quirúrgico o una serie de heridas de extracciones antes de continuar la operación. Como los tejidos de estos pacientes son muy finos emplearemos material de sutura y agujas de sutura finos. Los puntos separados son mejores que los corridos porque comprometen menos la irrigación sanguínea (Uhler, 1962).

Consideraciones Postoperatorias:

La diferencia en este aspecto de la asistencia es que la responsabilidad es de los pacientes una vez que se les imparten las instrucciones apropiadas, pero el profesional tiene la responsabilidad de transmitir las en forma verbal y por escrito porque los pacientes ancianos no siempre recuerdan todo lo que se les indica. En consecuencia siempre que sea posible es aconsejable explicar los procedimientos del postoperatorio al paciente mismo y a algún adulto que lo acompañe.

Dada la incesante preocupación por el stress y sus efectos nocivos en el paciente geriátrico, es fundamental controlar el dolor en el postoperatorio. Sin embargo siempre que sea posible hay que abstenerse de administrar narcóticos porque pueden deprimir la respiración y la circulación, y estas funciones fisiológicas a menudo ya están comprometidas. El dolor se controla mejor administrando a los pacientes un analgésico antes de que empiece el dolor, haciéndolos tomar pequeñas dosis a intervalos frecuentes y no dosis grandes con poca frecuencia y dándoles instrucciones específicas acerca de la cantidad, frecuencia y tiempo en que deben tomar la droga.

El uso de apósitos compresivos, cuando sea factible, aplicación de compresas frías para reducir la equimosis, también son parte importante en una buena asistencia postquirúrgica. Se debe ser cauteloso y obrar con cuidado al administrar drogas en el postoperatorio ya que estos pacientes a menudo están tomando varias drogas distintas por problemas médicos. Al prescribir drogas, conviene empezar con las dosis más bajas para adultos y modificarlas después de haber observado las reacciones del paciente.

Otro factor de importancia extraordinaria en pacientes geriátricos es que consuman una dieta apropiada. Muchas veces las carencias nutricionales se exageran en el postoperatorio del paciente anciano por la tendencia natural a perder el apetito y la dificultad para comer debidamente cuando existen heridas

en la boca. Préstese cuidadosa consideración a la nutrición - y a la hidratación. Es probable que para conseguir una reparación óptima de los tejidos se requieran suplementos vitamínicos, minerales y protéicos (Exton-Smith y Caird, 1980).

En el paciente geriátrico es importante hacer observaciones - frecuentes en el postoperatorio porque las heridas tardan - más en sanar y porque la tendencia a adquirir infecciones es mayor. Es importante recordar que en el anciano las infecciones pueden producir sólo una febrícula y muy poco dolor.

En muchos casos se retarda en particular la curación de los huesos por la circulación disminuida, la osteogénesis perióstica menos activa y la menor absorción del calcio. (1),(4),(-10).

CONCLUSIONES

En esencia, los problemas relacionados con la cirugía bucal pueden ocurrir de tres maneras en los pacientes ancianos que tienen enfermedades sistémicas:

-- Exacerbación de la enfermedad por factores relacionados con la intervención quirúrgica

-- Complicación del procedimiento quirúrgico por la enfermedad sistémica

-- Complicación de la intervención quirúrgica por medicaciones que se administran para la enfermedad sistémica.

Pero a pesar de estos problemas potenciales, la experiencia enseña que a éstos pacientes se les puede manejar bien si tomamos en cuenta su estado de salud y observamos las precauciones necesarias antes, durante y después de la operación.

Sólo si descuidamos estos factores se corre el riesgo de que ocurran complicaciones graves y de que el resultado quirúrgico sea malo. Es evidente que la edad en sí no es una barrera que impida hacer cirugía bucal. Las únicas barreras que se deben superar son un diagnóstico exacto y hacer las modificaciones necesarias durante el tratamiento. (4),(1),(10).

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Albérto Salgado, Francisco Guillén, Manual de Geriátria, Salvat Editores, Madrid España, 1990, páginas 29-32, 36, 37, 99, 100, 111, 112, 121-125, 131, 132, 137-141, 147, 148, 157, 158, 161-166, 201-203, 231-233, 485-488.
- 2.- A.S.T. Franks, Bjorn Hedegard, Odontología Geriátrica, Editorial Labor S.A., Barcelona, España, 1976, página 39.
- 3.- Bertram G. Katzung, Farmacología Básica y Clínica, Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V., México, 1987, páginas - 776-783.
- 4.- Daniel M. Laskin, Cirugía Bucal y Maxilofacial, Editorial Médica Panamericana, México, 1987, páginas 691-696.
- 5.- Emmett R. Costich, Raymond P. White Jr, Cirugía Bucal, Editorial Médica Interamericana, México, 1974, páginas 1, 2.
- 6.- Fermin A. Carranza Jr, Dorothy A. Perry, Manual de Periodontología Clínica, Nueva Editorial Interamericana, México, - 1986, páginas 88-92.
- 7.- José Y. Ozawa Deguchi, Prostodoncia Total, Dirección General de Publicaciones, U.N.A.M., México, 1984, páginas 29, 97.
- 8.- Konstantin I. Anastasov, Nacimiento, Desarrollo y Propósitos de la Cirugía Bucal y Maxilofacial, Secretaria Ejecutiva del Consejo de Estudios de Posgrado (SECEP), U.N.A.M., México, 1982, páginas 9-11.
- 9.- M. Dechaume, M. Grellet, P. Laudebach, J. Payen, Estomatología Clínica, Editorial Toray Masson, 1981, páginas 419-421.

10.- Poul Holm-Pedersen, Harald Løe, Geriatric Dentistry, -
Munksgaard, Copenhagen, 1986, páginas 307-320.