



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

## TRASTORNOS EN LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO RELACIONADOS CON ALTERACIONES EN CAVIDAD ORAL.

**T E S I S I N A**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**CIRUJANA DENTISTA**  
P R E S E N T A :  
**AURORA ESPINOSA JIMÉNEZ**

DIRECTOR: *Vosco* *Alvarez* **V. D. ROLANDO DE JESÚS BUNEDER**



MÉXICO, D. F.

JUNIO 2002

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

A Dios  
Gracias por estar siempre presente.

Mamá  
Por tu incansable apoyo  
Por este tu gran sueño  
Por amarme tanto.

Papá  
Por tu incondicional presencia  
Por tu gran ternura.

Fernanda  
Por ser tu futuro mi más grande motivo  
Por ser todo en mi vida  
Por tus abrazos, tus risas,  
Tus cariños, tus palabras.

Gustavo  
Por estos diez años  
Por tu entrega  
Por la confianza, la libertad  
Por la distancia  
Por nuestros sueños.

Alfredo  
Por compartir la vida  
Por aquel abrazo  
Por cuidar mis pasos

Geovanni  
Por tus convicciones  
Por la vida  
Que con tigo es ¡VIDA!

A ustedes dedico mi carrera profesional, ya que fue su presencia, la que motivó mi existencia a seguir y terminar esta etapa de mi vida.

Los amo

## AGRADECIMIENTOS

Abuelitos

Gracias por mandarme su amor desde allá arriba.

A mis tías y tíos

Gracias por todo su apoyo y su amor

A mis primos

Gracias por llenar tantos momentos de mi vida con su presencia  
Por su apoyo en el transcurso de mi carrera y de mi vida.

A la familia Guerra Cruz  
Gracias por todo el apoyo,  
Y el cariño brindado.

A mis amigos

Gracias por brindarme su amistad  
Por dejar experiencias imborrables en mi.

**A la Universidad Nacional Autónoma de México**

Por hacerme parte de ella, Inculcando en mi  
Educación, criterio y humanismo  
Por ser la mejor casa de estudios.

A la Facultad de Odontología y a los Profesores de los cuales me llevo no  
solo sus conocimientos, sino también por su amistad.

Al C.D. Rolando de Jesús Buneder, por su tiempo, dedicación y ayuda en  
la elaboración del presente trabajo.

Al C. D. Conrado Lupercio, por el tiempo dedicado al Seminario de  
Odontogeriatría.



## Índice

Dedicatorias

Introducción

Capitulo I Aspectos generales del envejecimiento	1
1.1 Definiciones	2
1.2 Proceso de envejecimiento	3
1.3 Teorías de envejecimiento	5
Capitulo II Cambios anatómo-fisiológicos en cavidad oral durante el proceso de envejecimiento	8
2.1 Cambios en los tejidos del órgano dental	10
*Esmalte	
*Dentina	
*Cemento	
*Pulpa	
2.2 Hueso Alveolar	15
2.3 Cambios en los tejidos blandos de cavidad oral	17
*Periodonto	
*Mucosa	
*Lengua	
*Glándulas Salivales	
Capitulo III Nutrición en la tercera edad	24
3.1 Pirámide Nutricional	31



<b>Capitulo IV Alteraciones en los órganos dentales y su repercusión en la alimentación del paciente geriátra</b>	<b>35</b>
4.1 Caries	37
4.2 Afecciones Pulpares	39
4.3 Fracturas	42
4.4 Ausencia Dental	43
<b>Capitulo V Patologías en los tejidos blandos de cavidad oral que afectan la alimentación del paciente de la tercera edad</b>	<b>45</b>
5.1 Periodonto	46
5.2 Mucosa	50
5.3 Lengua	52
5.4 Labios	55
<b>Capitulo VI Alteraciones en la alimentación del paciente geriátrico Debidos a rehabilitaciones en cavidad oral</b>	<b>57</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>60</b>
<b>Glosario</b>	
<b>Bibliografía</b>	

## INTRODUCCIÓN

El índice de población en México situada dentro de personas de la tercera edad requieren cada vez más, de asistencia en todos los ámbitos dentro de la sociedad de la que forman parte.

La educación y preparación para llegar a la vejez dignamente en nuestro país es muy deficiente. Los problemas de nutrición son un ejemplo de esta falta de atención en la mayoría de las personas de la tercera edad, los profesionales en el área de la salud debemos saber como educar a nuestro paciente a seguir adquiriendo nutrientes, de acuerdo a la edad, condiciones económicas, condiciones físicas, y en lo que compete a nuestra área, debemos de proporcionar al paciente dentro de la consulta tanto los elementos que le devuelvan la salud oral, como las indicaciones de cómo debe alimentarse en su nueva situación.

La idea de la realización del presente trabajo, surge como respuesta a la principal razón por la que un paciente de la tercera edad acude a consulta dental: "el poder alimentarse como antes", teniendo como expectativa; Recuperar por completo la función masticatoria. El paciente llega a consulta con la falsa idea de que volver a triturar los alimentos con aditamentos parecidos a los verdaderos órganos dentales, es cuestión que el odontólogo puede y debe solucionar en pocas consultas.

En los siguientes capítulos se plantean los principales motivos por los que el paciente de la tercera edad deja su alimentación habitual, comenzando desde caries en alguno de sus órganos dentales hasta patologías establecidas en boca causadas por prótesis mal ajustadas. La encuesta realizada dentro de las instalaciones de la Facultad de Odontología, reflejan la falta de educación para la salud bucal que aunque no es específica

en la tercera edad, se hace más evidente por diversas causas que la edad desafortunadamente trae consigo, como problemas de limitaciones físicas, disminución de habilidades o falta de motivación, lo que generalmente nos lleva a que dentro de nuestro tratamiento, indaguemos sobre causas sociales como la desintegración familiar, el abandono (en asilos), etc. La información que podamos obtener de nuestro paciente mediante una amplia historia clínica, será como siempre muy importante, para tener un panorama amplio de la situación en la que encontramos a la persona en cuestión, sobre estos datos podremos realizar un mejor plan de tratamiento en el que consideraremos el involucrar o no a la familia, cuya opinión, apoyo y ayuda será de vital importancia en el éxito de nuestro tratamiento.

Debemos de partir de conocer ampliamente los cambios anatómicos y fisiológicos que llegan con la edad dentro del sistema estomatognático, para así establecer parámetros de lo que es normal y lo que consideraremos como patológico en la consulta, y así poder dar adecuada atención a nuestros pacientes, sin olvidar el informar detalladamente los cambios que son fisiológicos y que generalmente no son regresivos, para partiendo de esta idea poder explicar a nuestro paciente la situación en la que encontramos su boca y en lo que dentro de nuestras capacidades podremos asistirle.

No olvidemos que en nuestras manos está el interesar al paciente para que su tratamiento sea exitoso, además en los últimos capítulos de este trabajo se habla sobre los alcances que podemos, (hablando de nutrición para el paciente) conseguir con las indicaciones adecuadas acerca de la dieta que en el paciente geriátrico siempre debe de modificarse. Conocer el estado nutricional que debe de prevalecer en un paciente de la tercera edad, es muy complejo, ya que depende de factores tanto fisio-patológicos como psicológicos individuales de los que hablaremos en el capítulo III del presente

trabajo, en el que se dará una idea al odontólogo de la forma más sencilla y conveniente en la que podemos ubicar al paciente en las nuevas condiciones orales en las que por su edad y causas determinadas podrá seguir alimentándose aportando a su organismo los nutrientes necesarios.

Darle la importancia que requiere el que el paciente de la tercera edad se alimente adecuadamente devolviéndole la salud dentro de boca, hará en muchos de los casos que comience por interesarse más en su salud general ya que mucho depende de la alimentación que llevamos el evitar que las enfermedades ataquen mas intensamente el organismo. Además el devolverle un aspecto estéticamente favorable hará (en muchos casos) que el paciente se integre más fácilmente a la sociedad, obviamente lo más importante es que la sociedad haga conciencia de lo que significan las personas de la tercera edad en ella.

El lograr que el paciente de la tercera edad, se acepte y sobre todo sea aceptado dentro de una sociedad que al desplazarlos solamente denotan la escasa educación, y la poca concepción de lo que será para todos la vida dentro de algunos años, nos hará ser un país en el que habrá mejores expectativas de vida para todos, recordemos que la fuerza o capacidad física de las personas no son todo para llevar una vida productiva a término, y que el no crear empleos u ocupaciones para nuestros ancianos, dignas de personas con experiencias ilimitadas es no reconocer a las personas que algún día fueron el principal motor para que nuestra vida sea hoy lo que hace unos años fue la de ellos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO I  
ASPECTOS GENERALES DEL  
ENVEJECIMIENTO



## **Aspectos Generales del Envejecimiento**

Antes de comenzar con nuestro interés acerca de brindar una atención al paciente de la tercera edad, debemos de tener claro todo el proceso de vida que a llevado a cabo durante los años esta persona, así como los cambios normales que suceden a consecuencia de estos años.

Para definir el envejecimiento tenemos que concebir a nuestro paciente en todos los aspectos: psicológicos, biológicos, funcionales, sociales, económicos... Ya que todos estos influirán para determinar los cambios que se llegan a dar en las personas y que en la tercera edad se reflejan general y desafortunadamente en el deterioro físico.

**El envejecimiento es el proceso bio-psico-fisiológico que esta constituido por una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas de carácter irreversible.**

Estos cambios que se presentan en el individuo con la edad no son sino manifestaciones de causas tanto extrínsecas (como la situación del medio que lo rodea), como intrínsecas (la declinación lenta de la función natural del organismo).

Considero de particular interés el conocer las siguientes definiciones, debido a que son las áreas en las que se enfoca el presente trabajo, y la diferencia entre ellas nos dará un parámetro para determinar lo amplio que puede ser el estudio de los diferentes cambios dentro de nuestro organismo sucedidos con el paso del tiempo, así como la importancia que va tomando el anciano en nuestros días.



## 1.1 Definiciones

### GERONTOLOGÍA.

Palabra proveniente del griego (gerón: anciano; logos: tratado) y designa a la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en todos sus aspectos: biológicos, funcionales, psicológicos y sociales

### GERIATRÍA.

Rama de la medicina relacionada con los aspectos clínicos, preventivos, curativos y sociales de la enfermedad en el anciano.

Sus objetivos son:

1. Habilitar a los ancianos para llevar vidas plenas y activas.
2. Prevenir y detectar las enfermedades, para realizar los tratamientos lo mas oportunamente.
3. Mitigar el sufrimiento debido a incapacidad física y enfermedad, y así minimizar la dependencia en los últimos años de vida.
4. Proporcionar atención médica adecuada y apoyo social en casos de enfermedad terminal.

### ODONTOGERIATRÍA

Es la rama de la odontología que se encarga de dar atención al paciente de la tercera edad referente a la prevención rehabilitación y tratamiento de enfermedades bucales, así como sus relaciones con la salud general del paciente mayor.



## 1.2 Proceso de envejecimiento

El proceso de envejecimiento, es un proceso natural y que ocupa la fase final del desarrollo dentro de las etapas del crecimiento.

En verdad que mediante que la ciencia avanza y sin duda se descubre más sobre los cambios transcurridos en la vejez, poco se sabe acerca del origen de la senectud y no existe un concepto claro acerca de la verdadera naturaleza del envejecimiento.

Aunque existen muchas y muy variadas definiciones sobre el envejecimiento se debe reconocer primeramente los tipos de envejecimiento que pueden existir; el envejecimiento cronológico no es suficiente para definir la vejez, y aunque para la Organización de las Naciones Unidas (ONU) la edad en la que considera ya a un paciente geriátrico es a los 60 años, resulta sumamente difícil generalizar, debido a las grandes variaciones individuales según la época y el lugar en que nos situemos.

Podemos mencionar también la edad fisiológica, que denotará tanto la permanencia de las funciones orgánicas como que tan adecuadamente se llevan aún a cabo para el bienestar general del cuerpo humano.

Consideramos al envejecimiento patológico cuando por factores externos o internos hay un aceleramiento en el proceso normal de envejecimiento que trastoran aún más la adaptación de una persona a esta etapa irreversible.



El envejecimiento psicológico se refiere al deterioro progresivo de los procesos mentales que ocurre como consecuencia del envejecimiento de la corteza cerebral.

Como observamos el envejecer es un proceso individual, ya que cada individuo envejece a un ritmo propio y diferente del que observan los demás individuos de la especie.

Los cambios biológicos ocurridos durante este proceso, ocasionan un lógico aumento en la susceptibilidad a enfermedades, conociendo a detalle este proceso podremos distinguir, entre las enfermedades y deficiencias fisiológicas "normales" que darán lugar a las manifestaciones de la senectud, y las enfermedades degenerativas como la aterosclerosis, la osteoporosis y la demencia, entre otras.

"El envejecimiento es inherente a todo tipo de organismos e independiente del medio, ocurrirá en todos los miembros de una especie y aún en el ambiente más propicio a su conservación. En este proceso se suscitan los cambios propios de la edad, atribuibles al paso del tiempo (factores intrínsecos), independientemente del grado de protección del organismo respecto del medio (factores extrínsecos). Además la vulnerabilidad de los ancianos a numerosos tipos de tensiones se acentúa al disminuir sus recursos, es decir, con las restricciones sociales y económicas, con el deterioro de los mecanismos biológicos de adaptación y con la debilitación de la eficiencia y el vigor de las funciones somáticas y cerebrales."<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Ozawa Deguchi, José Y, en Estomatología Geriátrica. Ed. Trillas, México 1994. Pág.62



### 1.3 Teorías del envejecimiento

Son muchas las teorías que han intentado explicar el proceso o causa del envejecimiento y los cambios progresivos de la involución. Entre las teorías más importantes se cuentan las siguientes:

#### Teoría Inmunológica

"Los cambios en el sistema inmunológico pueden originarse en las reacciones auto inmunitarias, que hacen que el organismo se ataque a sí mismo. Tales alteraciones aminoran al manipular el sistema inmunológico con dieta, calor u otros métodos. La dieta puede afectar la síntesis de neurotransmisores (la serotonina, la noradrenalina y dopamina), que pueden alterar los mecanismos reguladores del proceso de envejecimiento. El conocimiento de esas alteraciones posibilita idear farmacoterapias para atenuar el envejecimiento"<sup>2</sup>

#### Teoría del Estrés

Esta teoría indica que aunque los cambios físicos durante el envejecimiento son primeramente, el resultado de pérdida de agua con el consecuente resultado de cambios en el proceso metabólico del cuerpo, él que el anciano este sometido durante alguna etapa de su vida e estrés, sea físico o emocional, ocasiona en este un envejecimiento, prematuro.

---

<sup>2</sup> Knight Snowman, Margaret "Nutrición del Anciano" en Nutrición y Dieta. De Cooper Interamericana. 17ª edición. P. 377.



### **Teoría de la muerte celular programada**

Esta teoría nos habla sobre la longevidad y su relación con factores genéticos. Se ha representado un índice de longevidad mayor en personas donde sus padres vivieron hasta los ochenta años, que en personas con antecedentes de muerte de sus padres antes de los cincuenta años de edad. Sin embargo las diferencias en el índice de la longevidad dentro de las especies indican que los factores ambientales juegan un importante papel en la expresión del programa genético.

### **Teoría del eslabonamiento cruzado.**

La formación de uniones cruzadas entre o dentro de las moléculas de colágeno, da como resultado que con el incremento de la edad, la piel y los vasos sanguíneos pierden elasticidad. Esta teoría se basa en asumir que hay formaciones similares de uniones cruzadas en otra y otras moléculas biológicas de la célula, como nucleoproteínas y enzimas. Se piensa que las uniones cruzadas pueden producir agregaciones más largas de moléculas biológicas de la célula, como nucleoproteínas y enzimas, las cuales pueden reducir el número de sitios de actividad disponibles para las reacciones químicas esenciales.

Aunque todas estas teorías individualmente o en conjunto exponen ideas lógicas para establecer el porqué del envejecimiento, hay aún mucho que investigar y mucho que decir acerca del proceso que nos lleva inevitablemente y de una u otra forma a la muerte.



“El proceso normal de envejecimiento puede verse alterado por multitud de factores, tanto endógenos –que responden a una causa biológica- como exógenos, es decir, los que se producen por el ambiente.”<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Ozawa Deguchi, José Y, en Estomatología Geriátrica. Ed. Trillas, México 1994. Pág. 67

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO II  
CAMBIOS  
ANATOMO-FISIOLÓGICOS  
EN CAVIDAD ORAL DURANTE EL  
PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.



## **Cambios anatómo-fisiológicos en cavidad oral durante el proceso de envejecimiento.**

Todos los cambios físicos que están establecidos en la vejez son el seguimiento del deterioro físico que comienza durante la madurez. A medida que el individuo envejece, tiene mayores dificultades para adaptarse a los cambios; es decir es menos capaz de conservar y mantener su homeostasis.

La declinación de funciones en la vejez, es debida al deterioro que sufren individualmente todos los tejidos que forman nuestros órganos, y que por consiguiente sufren un descenso en sus funciones que repercuten posteriormente en todo el organismo.

En la cavidad oral se refleja este deterioro en todos sus componentes repercutiendo directamente en la nutrición del anciano, y por lo tanto en su salud general.

Dentro de este capítulo estudiaremos las modificaciones que se dan durante el proceso de envejecimiento en las estructuras buco-faciales, se hablará tanto de cambios anatómo-fisiológicos normales como de alteraciones patológicas para establecer dentro del parámetro de lo normal y lo patológico, hasta donde podremos llevar nuestra atención o bien, los alcances que tendremos, no olvidando que el proceso de envejecimiento es irreversible y las modificaciones normales son progresivas.

Es muy importante conocer el cómo se dan estos cambios, para poder dar una información adecuada al paciente sobre su nueva situación, y como poder sacar el máximo provecho a los tratamientos que se le hagan



dentro del consultorio dental, indicando siempre los alcances que se tendrán y por supuesto las limitaciones.

Los tejidos en la cavidad bucal reflejan los cambios producidos por el envejecimiento; algunos de estos cambios en el sistema estomatognático surgen como respuesta del organismo al tratar de adaptarse a las nuevas condiciones dentro de los parámetros "normales" sin embargo hay muchas de estas modificaciones que caen en lo patológico.

El cirujano dentista debe conocer ampliamente las modificaciones o cambios normales que surgen en este proceso para así poder establecer el tratamiento óptimo para cada paciente.



## 2.1 Cambios en los tejidos del órgano dental

Los cambios característicos que se presentan en los órganos dentales, debido a la edad, son en realidad una forma de adaptación y compensación a los cambios que se generan en todo el organismo.

A medida que la edad avanza los tejidos del diente sufren algunos cambios, algunos lógicos por el tipo de alimentación que se lleva y otros por la pérdida de sustancias en todo el organismo. Estos cambios producen hábitos que influyen en la alimentación de las personas de edad avanzada así como desnutrición por no encontrarle un verdadero placer al hábito de comer.

En las manos del cirujano dentista, (así como de cualquier persona que se dedique al área de la salud y que atienda pacientes de la tercera edad) está el informar al paciente una forma adecuada de cómo debe nutrirse y como encontrarle sabor a los alimentos aún y sin que tenga todos sus dientes o siendo portador de prótesis.

### Esmalte

El esmalte proporciona una dura y resistente capa protectora para los tejidos vitales, como lo son la dentina y la pulpa. En la madurez, el esmalte tiene un volumen de 90% de mineral inorgánico, apatita, fósforo y calcio. El esmalte también contiene una pequeña cantidad de matriz orgánica, 4%-12%



de agua, la cual está contenida en los espacios intercristalinos y en un retículo de microporos abiertos hacia la superficie externa.

La coloración amarilla de los dientes viejos puede ser atribuida en parte a la acumulación de elementos en la estructura del esmalte y quizá al efecto esclerosante de la dentina madura.

El esmalte es relativamente traslúcido; el color es principalmente una función de su espesor y del color dentina subyacente, el color de los dientes con la edad se torna más oscuro, se debe al oscurecimiento del color de la dentina, que se observa a través del esmalte, aunque también puede ser que el esmalte se vuelva más traslucido y más oscuro con la edad.

El esmalte que se encuentra en la superficie del diente se desgasta, por función natural o traumática que el paciente tiene a lo largo de su vida, sobre todo esto se observa en el borde incisal y las superficies oclusales de los dientes.

Es el desgaste fisiológico de los dientes como resultado del contacto entre éstos (masticación) es la atrición dental,

Los cambios normales que se observan más a menudo en los dientes de los ancianos se relacionan con la atrición, una condición de desgaste oclusal o incisal frecuentemente por la fricción excesiva e inadecuada entre los dientes.



### **Dentina**

La dentina coronal proporciona una base elástica para el esmalte frágil. Junto con la dentina radicular, la cual está cubierta con cemento, la dentina forma la mayor parte del diente y es una cubierta protectora para la pulpa. Ya que es un tejido vital sin un suministro vascular o inervación, no obstante, este es capaz de responder a los estímulos externos térmicos, químicos o táctiles.

La dentina esta compuesta por cristales de apatita inorgánica incrustadas en una matriz orgánica entrelazada de fibrillas de colágeno. A diferencia del esmalte, el cual es acelular y predominantemente mineralizado, la dentina es, por volumen, 45-50% cristales de apatita inorgánica, casi 30% de matriz orgánica y cerca de un 25% de agua. La dentina es de color amarillo pálido y un poco más dura que el hueso.

Como ya se mencionó con la edad existe un desgaste a nivel del esmalte, por reacción los tubulosos dentinarios se obliteran. La dentina parece más dura en algunas áreas, en otras más frágil y de color amarillo parduzco.

Estos cambios dentinarios con la edad hacen que el diente se vuelva más frágil. Se cree que este cambio se debe a la oclusión de los túbulos dentinarios con dentina peritubular, formándose así dentina esclerótica; también se conoce como dentina translúcida y puede observarse con facilidad en las raíces de los dientes de pacientes de la tercera edad.



## Cemento

La estructura externa de la raíz de un diente esta compuesta por el cemento es menos calcificado que la dentina y el esmalte, su color es más amarillento que el de la dentina y también más transparente.

El componente principal de la matriz orgánica es el colágeno, impregnado por la sustancia fundamental amorfa de naturaleza glucoproteínica. La parte mineral se compone de hidroxiapatita, dentro de las sustancias inorgánicas, predominan el calcio, magnesio y fósforo principalmente, encontrándose también rastros de cobre, flúor, fierro, plomo, potasio, sodio y zinc.

Los cementoblastos, que son las células especializadas que se asocian con la formación del cemento, formándose así un incremento de matriz orgánica, cuyo espesor es uniforme. El incremento de cemento se calcifica inmediatamente después de su conformación. Se considera que la formación de cemento tiene gran importancia para conservar un mecanismo conveniente de apoyo y para mantener la estabilidad del diente.

La continua formación de cemento con el transcurso de la edad puede generar problemas en el paciente de la tercera edad, ya que se encuentran capas relativamente gruesas de cemento en las raíces, el contenido de fluor en el cemento , aumenta con la edad; Hay un notable incremento de cemento acelular de la región cervical, probablemente porque este tiende a estar más expuesto al ambiente oral y adquiere directamente flúor por la absorción tópica.



Los principales cambios en la dentina asociados con la edad son el aumento de la dentina peritubular, la esclerosis dentinaria y la cantidad de conductillos muertos.

### Pulpa

La pulpa dental se encuentra en el interior de los dientes, esta compuesta por nervios, tejido conectivo, vasos sanguíneos y linfáticos. La superficie interior de la pulpa está constituida por odontoblastos los cuales producen dentina.

Con el envejecimiento, vienen cambios en la cámara pulpar y en los conductos radiculares, ya que la formación constante de dentina secundaria va reduciendo poco a poco su tamaño. Además de ciertos cambios que parecen estar directamente relacionados con el envejecimiento. Hay un descenso gradual de la celularidad y también un aumento concomitante en la cantidad y espesor de las fibras colágenas, en particular en la pulpa radicular.<sup>4</sup>

"La reducción del tamaño de la pulpa se considera relacionada con una disminución de vasos y nervios."<sup>5</sup> La fibrosis parece ocurrir en relación con las rutas trazadas por vasos o nervios degenerados y las gruesas fibras colágenas pueden servir como focos de calcificación pulpar.

<sup>4</sup> Cohen/Burns , Endodoncia *Los caminos de la pulpa*. Cita de Bhussry BR. en Modification of the dental pulp organ during development and aging. Ed Panamericana, 5a. Edición 1998, México. Pág. 452

<sup>5</sup>Op. Cit. Cita de Bernick S. en Effect of aging on the nerve supply to human teeth. Pag. 452



## 2.1 Hueso Alveolar

El hueso alveolar propiamente dicho es una capa de hueso compacto. La matriz orgánica del hueso alveolar se compone de fibras colágenas orientadas en sentido paralelo a la superficie del alvéolo. Las fibras de Sharpey se insertan en el hueso alveolar, presentan orientación perpendicular a la de la matriz y no se mineralizan. Posee también sustancia fundamental amorfa compuesta por glucoproteínas ácidas y neutras. La parte inorgánica constituye cerca de 70% de la matriz ósea. Los iones más concentrados son el calcio y el fosfato. También hay pequeñas cantidades de bicarbonato, magnesio, potasio, sodio y citrato. Las células que componen al hueso alveolar son: osteoblastos, osteocitos y osteoclastos. A pesar de su dureza, el tejido óseo presenta plasticidad acentuada, en el sentido de que, con frecuencia, experimenta simultáneamente fenómenos de reabsorción y neoformación, que en condiciones normales se mantienen en equilibrio, sin embargo en los pacientes de la tercera edad este recambio óseo está alterado siendo sustituida la actividad osteoblástica menor a la osteoclástica, este es un reflejo más de la pérdida de sustancia ósea en la tercera edad.

Estos procesos de resorción intervienen en un 25% del hueso, en las personas de más de setenta años.

En relación estructural estos cambios dentro del hueso alveolar se reflejan más en la mandíbula cuando encontramos un reborde alveolar en filo de cuchillo, el agujero mentoniano se ubica más superficialmente y



aparentemente la rama ascendente se observa más alargada, aunque lo que en realidad sucede es el acortamiento del cuerpo mandibular.

Esta estructura muestra cambios marcados con la edad: estos incluyen un aumento en el número de lamelas intersticiales, lo cual produce un septum interdental más denso, y una disminución en el número de células en la capa osteogénica de la tabla cribiforme.

Las deficiencias nutricionales de calcio y el exceso de fósforo o una combinación de estos, en las personas de la tercera edad pueden generar osteoporosis y el hueso alveolar es muy susceptible a esta degeneración tomándose más denso. Se considera que esta enfermedad es más frecuente y avanzada en las mujeres de edad que en los hombres.

Como vemos aún el concepto de cambios "normales" en la vejez, debemos denotar que estos no siempre serán con la misma intensidad y que mucho menos tienen que ser necesarios, hablando de hueso alveolar, la prevención e información sobre la importancia de adquirir adecuadamente los alimentos y suplementos alimenticios que nos aporten calcio y sustancias fijadoras de este podrá darnos mejores expectativas.



### **2.3 Cambios en los tejidos blandos de la Cavidad Oral**

Los cambios que suceden con la edad del paciente de la tercera edad tienen que ver mucho con el tipo de alimentación, la higiene y los hábitos que el paciente haya tenido al paso del tiempo, observando los tejidos blandos, es tarea de todo cirujano dentista el observar y analizar si las condiciones que estamos estudiando son normales dentro del proceso de envejecimiento o bien, efectos acumulativos de malos hábitos o alteración en algunos de los factores ya mencionados.

Debemos de concienciar a nuestros pacientes, sobre todo dentro de la etapa de los 45 a los 60 años de edad que el envejecer no debe ser sinónimo de enfermedad, y mucho menos de la falsa idea de concebir a una persona de la tercera edad como desdentada, por lo que la "gerontoprofilaxis" tomará la importancia que nosotros le demos sobre todo con información adecuada.

#### **Periodonto**

El periodonto constituye una unidad fisiológica formada por dos tejidos de soporte o duros; el cemento y el hueso alveolar, y dos tejidos blandos encía y ligamento periodontal.

Los dientes se encuentran sujetos al alveolo dental por la membrana periodontal. Esta membrana es un complejo de fibras que se extienden en todas las direcciones de manera que el diente está protegido contra la acción de fuerzas externas, provenientes de cualquier dirección. Por un lado, las



fibras se insertan en el cemento, por otro a la lámina ósea de la lámina ósea del hueso alveolar.

Externamente, estas estructuras están cubiertas por el tejido gingival. La encía está constituida, superficialmente, por un tejido epitelial escamoso y envuelve una red de fibras colágenas que circundan al diente de tal manera que la encía queda adaptada al cuello del diente y llena los espacios interdentes.

Con la edad el epitelio gingival y bucal se vuelve más delgado, menos queratinizado y muestra un aumento en la densidad celular. La interfase entre el epitelio y el tejido conjuntivo también cambia con la edad de la de un tipo de interdigitación de reborde a un tipo de interfase tipo papilar.

Las fibras y los componentes celulares y la estructura del ligamento se vuelven más irregulares: disminuye la vascularización, hay un incremento en el número de fibras elásticas e incremento y disminución del espesor del ligamento periodontal.

Conforme aumenta la edad, las superficies periodontales en el hueso alveolar se vuelven más dentadas y las fibras de colágena muestran una inserción menos regular dentro del hueso.

En salud, la célula apical del epitelio de unión está adherida a la unión del cemento-esmalte. Una característica de la destrucción periodontal es la pérdida de inserción del tejido conectivo hacia la superficie radicular y la migración apical del epitelio de unión. Existe controversia de si la edad también induce a la migración apical del epitelio de unión debido a que la



evidencia epidemiológica sugiere que la ruptura periodontal aumenta con la edad. El dilema en un paciente geriátrico con pérdida de inserción es si esta se debe a la enfermedad periodontal o forma parte del proceso de envejecimiento, o a ambos.

### **Mucosa**

Siendo el tejido que recubre la cavidad oral presenta una diversidad de funciones, por lo que sus características varían para adaptarse a ellas. Los tejidos que la forman son un epitelio poliestratificado que en ocasiones puede llegar a queratinizarse y una lámina propia ricamente vascularizada, con sus interdigitaciones papilares, que varían en amplitud y profundidad según la región de que se trate.

Los cambios que se presentan con la edad son muy variados, entre ellos encontramos al epitelio más delgado, en la mucosa palatina encontramos varios grados de queratina presentando a menudo hiperqueratosis.

“Es característico de los ancianos que la atrofia de los rebordes residuales maxilares coincide con adelgazamiento y flacidez del epitelio de la mucosa oral, que se presenta depapilada, brillante y desprendida de los planos óseos profundos”.<sup>6</sup>

La capa epitelial se vuelve más delgada, debido a la progresiva deshidratación por el cambio en el balance de agua que sucede en la mayor

---

<sup>6</sup> Ozawa Deguchi, José Y, Estomatología Geriátrica. Ed. Trillas, México 1994. Pág. 96.



parte de los tejidos del organismo y que afecta en manera importante a la mucosa oral del anciano.

Se producen cambios también en los vasos sanguíneos, existiendo fibrósis y arterioesclerosis en los vasos sanguíneos que abastecen la mucosa oral, existe menor grado de vascularidad, apreciándose clínicamente la superficie como si hubiera sido barnizada.

### Lengua

La lengua es órgano impar mediano y simétrico, es una formación muscular muy móvil, revestida de mucosa llamada "especializada" donde se encuentran las papilas gustativas, Desempeña una acción esencial en la masticación, la deglución, la succión y en la fonación.

"Es el asiento de uno de los 5 sentidos, el gusto, por lo que la superficie de la lengua se diferencia del resto de la mucosa tanto microscópica como microscópicamente."<sup>7</sup>

La lengua está formada por células receptoras para el sentido del gusto que se encuentran dentro de los botones gustativos los cuales están contenidos en las papilas de la lengua, su función consiste, en transmitir la sensación de gusto al cerebro. La renovación de estas estructuras se renuevan aproximadamente cada 10 días, sin embargo, en los ancianos esta renovación se vuelve más lenta.

La vascularidad de la lengua cambia un poco, comparada con otros órganos porque es este tejido presenta menor tendencia a la aterosclerosis,

<sup>7</sup> Rodríguez Figueroa Carlos, Parodncia (Periodontología), Ed. Méndez. México 1999.



se presenta también obliteración en las papilas, formación incrementada de fisuras y disminución de sensibilidad para los estímulos gustativos en la lengua.

### **Glándulas Salivales**

En el ser humano existen tres tipos de glándulas salivales; Glándula Parótida, Submaxilar, Sublingual y las múltiples glándulas salivales menores o accesorias.

Su función consiste en proporcionar un medio húmedo y limpio en la cavidad bucal, lubricando el bolo alimenticio. Segregan ciertas enzimas como la amilasa, que tiene una participación importante en la digestión de los alimentos. Segregan ciertas hormonas y otros componentes con distinta actividad farmacológica.

La secreción salival mixta, es el resultado de la mezcla producidas por las distintas glándulas, contiene dos grandes grupos de sustancias: orgánicas no proteicas e inorgánicas. El mecanismo de secreción salival requiere de energía para la producción y secreción de muchos productos.

Las funciones de la saliva son:

- ✓ Preparar mecánicamente el bolo alimenticio.
- ✓ Es indispensable para el lenguaje.
- ✓ Muy importante en la masticación.
- ✓ Interviene en la deglución.
- ✓ Protege a las mucosas orales



✓ Protección de las piezas dentarias, debido a sus propiedades antibacterianas y a su gran capacidad para disminuir y controlar el pH.

"Existe gran cantidad de variaciones individuales en el monto total la saliva secretada diariamente, estimándose un promedio de 1,000 y 1,500 ml/día. La secreción salival es proporcionalmente mayor en la infancia que en la edad adulta y menor, en la senectud a causa de la atrofia del tejido salival especializado"<sup>8</sup>

En la gente de la tercera edad aumenta la cantidad de tejido fibroso, y se reduce el número de unidades secretoras, disminuyendo la producción de saliva, lo que dificulta la masticación y la deglución.

Existe gran controversia y estudios recientes que demuestran que esta disminución de la salivas viene secundaria a algún trastorno fisiológico o ambiental. Si el estímulo para secretar saliva emplea una función inadecuadamente llevada a cabo por la persona de la tercera edad, entonces la secreción disminuid vendría secundariamente a la elección del estímulo.

Por lo tanto en un envejecimiento normal, es extraño que se presente una disminución de fluido oral tan importante que produzca molestias graves, la sensación de sequedad oral es muy esporádica.

Como podemos observar todos los cambios "normales" que se presentan en cavidad oral con el paso de los años, son tan significativos en

---

<sup>8</sup> Guyton Arthur, en Tratado de Fisiología Médica. Interamericana, México 1991. Pág.



algunos órganos que es muy difícil especificar clínicamente, cuando son cambios fisiológicos y cuando comienza a ser procesos patológicos.

Estos cambios fisiológicos, dentro de la cavidad oral, también van a dar manifestaciones que alterarán la alimentación de nuestros pacientes de la tercera edad, por lo que considero muy importante tener datos precisos sobre estas alteraciones, sus consecuencias y los tratamientos que pueden llevarse a cabo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO III  
NUTRICIÓN EN LA TERCERA EDAD



## Nutrición en la tercera edad

La nutrición desempeña un papel importante en el estado de salud, no solamente en personas de la tercera edad, sino en todas las edades, y tanto la desnutrición como la sobrealimentación son causa tanto de enfermedades graves como de muerte. Las personas de la tercera edad, especialmente tienen un riesgo en el desarrollo de estas enfermedades ya que, como se ha mencionado el envejecimiento es un conjunto de procesos acumulativos y progresivos que se generan a través del tiempo, y si en este tiempo los hábitos alimenticios no han sido del todo correctos, en esta etapa de la vida donde la función de muchos de los órganos es disminuida vuelve más vulnerables a este tipo de personas ante las deficiencias nutricionales.

"Numerosos hechos prueban la relación existente entre la alimentación y el proceso de envejecimiento. El estado de salud física y mental de las personas ancianas depende en parte de la forma de alimentarse durante la vida adulta e incluso durante la infancia."<sup>9</sup>

Como en todos los aspectos que hemos venido tratando acerca del envejecimiento la nutrición de cada persona también es variable, porque esta influida por conductas tan diferentes en cada individuo como son; hábitos, ambiente, tradiciones, estado nutricional de años anteriores, etc. Pero también es muy lógico que en la mayor parte de estas personas exista un grado determinado de desnutrición, por las causas que en este trabajo se describen y que son propias de la cavidad oral, como también otras causas que involucran el estado funcional del organismo en general como

---

<sup>9</sup> P. Cervera, J Clapes, Alimentación y Dietoterapia. Ed. Mc Graw Hill Interamericana . 1993. Pag.143



enfermedades sistémicas, y algunas situaciones psicológicas en las que el paciente de la tercera edad son frecuentes.

La nutrición influye directamente sobre el estado de salud, no solo por lo que un buen estado nutritivo representa con respecto a una menor mortalidad, sino también por lo que supone en cuanto a prevención de numerosas enfermedades e incapacidades, frecuentes en los ancianos. Aunque la relación entre nutrición y salud es incuestionable, la malnutrición en las personas de la tercera edad es un problema que aunque muy frecuente pasa de manera habitual desapercibido.

La valoración del estado nutricional en los ancianos, como indicador de su estado de salud, se utiliza para conocer lo antes posible los estados subclínicos o clínicos de la malnutrición.

El más grave problema en nuestro país en relación con la salud se deriva de unos hábitos culturales erróneos, derivados de una alimentación alta en grasa y baja en fibras, que determina que dos de cada tres mexicanos presente problemas de obesidad y desnutrición. El impacto físico y psicosocial se manifiesta en los padecimientos crónico degenerativos en la tercera edad.

Según los nuevos criterios, la nutrición debe ser: baja en grasa y alta en fibra e Hidratos de carbono. Los requerimientos diarios de energía para los ancianos se calculan de acuerdo con peso, sexo, estatura y grado de actividad. El promedio es de 1500 a 2000 calorías por día. Puede ser de gran ayuda basarse en datos ya establecidos, como la pirámide nutricional,



para elaborar las dietas de nuestros pacientes, tomando en cuenta que será depende el caso del que estemos tratando.

La alimentación del anciano es algo más que la ingestión de alimentos, ha de ser un vehículo para nutrirle, mantenerle bien tanto física como psíquicamente, y también para proporcionarle placer y distracción. Por ello mencionando las necesidades nutritivas y los alimentos que las pueden cubrir tendremos que valorar factores muy importantes como son:

- ✓ Investigar y analizar los hábitos alimentarios que el paciente a desarrollado a través del tiempo valorando los que podrían conservarse y adecuarlos a nuestras indicaciones y tratar de que el paciente entienda sobre las patologías que le traerán o ya están manifestadas cuando tiene hábitos incorrectos.
- ✓ Para saber adecuar un plan de alimentación a determinado paciente, tendremos que haber valorado ya su estado emocional y su salud mental y así planear sobre las condiciones en las que se indicará la dieta.
- ✓ Es muy recomendable estimular al paciente a tener vida social, es muy bueno para las personas de la tercera edad, el que coman con más personas, en un ambiente de tranquilidad.
- ✓ El mantener una actividad física, a la medida que el estado físico del paciente lo permita, es muy saludable, ya que mejora la evacuación y el ejercicio estimula el apetito.
- ✓ Peso. Tener un plan para controlar tanto el sobrepeso, como la pérdida de peso en los pacientes de la tercera edad, ya que podría ser un dato importante en nuestra terapia.



- ✓ Debemos de indicar al paciente menús que sean fáciles de digerir para mejorar la capacidad de absorción en los nutrientes.
- ✓ Estimular el apetito, variando los alimentos, presentarlos de una manera atractiva, y considerar los gustos del paciente.
- ✓ Valorar, las posibilidades de enfermedades sistémicas, que requieran disminución de ciertos alimentos.
- ✓ En nuestra profesión, sobre todo debemos observar el estado en el que se encuentran tanto las piezas dentales como todos los tejidos periodontales y adaptar la alimentación a la consistencia blanda o triturar la comida, según sea el caso.

La estrecha relación entre salud y dieta nos exige, el conocer ampliamente los problemas que pueden surgir con la edad, además de conocer su íntima relación con la caries dental y la enfermedad periodontal. Por lo que hablar de ofrecer una rehabilitación a un paciente geriátrico, no debemos olvidar el establecer su estado nutricional por medio de la historia clínica y tratar de determinar una dieta conveniente, tratando de motivar al paciente a seguir todas las indicaciones que se le den en el consultorio dental, e informándole que de su cooperación dependerá el éxito de su tratamiento.

Hay algunos cambios en el organismo que afectan de cierta forma la alimentación de las personas de la tercera edad:

- ✓ La disminución del sentido del gusto; hay una reducción del 60 al 65% en el funcionamiento de las papilas gustativas, y al no percibir todos los sabores no sea tan satisfactorio, aumentando el consumo de condimentos y sal, para tratar de que el alimento tenga un mejor sabor.



- ✓ Disminuye la secreción salival; por lo que se crean atrofiás mandibulares y en la lengua.
- ✓ Se presentan desórdenes de esófago que retardan el paso del alimento al estómago.
- ✓ Dificultad para digerir las proteínas a causa de una disminución de secreción de ácido clorhídrico.
- ✓ Deficiencia de movimientos tanto del estómago como del intestino, que dificultan el paso de los alimentos.
- ✓ Las enzimas digestivas reducen, por lo que la digestión de triglicéridos.
- ✓ Menor vascularización e impiden la adecuada absorción de los nutrimentos y su transporte eficiente hacia los órganos.
- ✓ Disfagia; aunque por lo general solo aparece cuando existen enfermedades o cambios estructurales que afectan el esófago, la faringe, la parte posterior de la lengua y las zonas linguales de la cavidad bucal.

Muchos ancianos están demasiado débiles o demasiado cansados y apáticos para cortar y masticar alimentos de una consistencia normal. La comida de estas personas exige una atención especial. Debe ser blanda y fácilmente masticable. A causa de la pérdida del gusto, es a veces necesario sazorarla con cuidado para mejorar su sabor, aunque debe evitarse el abuso de sal para reducir una retención posiblemente excesiva de líquidos en el cuerpo. No toleran bien las comidas copiosas y por tanto deberían efectuar tres o cuatro comidas moderadas diariamente.

Comer es una necesidad fundamental para el mantenimiento de la vida, los problemas de nutrición debe considerarse teniendo en cuenta que



para la persona de edad comer no debe resultarle una tarea o una experiencia desagradable.

Desgraciadamente en nuestro país esta necesidad depende de varios factores principalmente: **La disponibilidad de alimentos**, que está supeditada a los alimentos disponibles en su entorno y considerando que existen ancianos que viven solos y que su condición física no es del todo apropiada para cruzar grandes avenidas o desplazarse fácilmente por las calles quedan totalmente dependientes a los alimentos que puedan adquirir en los expendios más cercanos o bien a lo que sus familiares puedan llevarles. **Los factores económicos** decisivos a la hora de querer conseguir los alimentos, la mayor parte de la población de la tercera edad en México, viven de su pensión que realmente no es necesaria para poder tener una alimentación variada y que le aporte los valores nutritivos deseados.

El paciente de la tercera edad que llega al consultorio dental con alguna molestia en cavidad oral, generalmente nos dará datos de alteraciones en su forma de alimentarse, y el tiempo que lleve con esa molestia nos referirá al tiempo que lleva alimentándose de esa manera. El alimento ingerido debe pasar por diversas etapas, una de las más importantes es la trituración dentaria, si la masticación es deficiente, los pacientes llegarán con un estado de desnutrición evidente, ya que al sentirse incapaces de masticar no se alimentan bien y eliminan de su dieta los alimentos consistentes; o bien los alimentos llegan al estómago sin estar lo suficientemente desmenuzados.

El examen de la cavidad bucal del anciano indica generalmente condiciones higiénicas y fisiológicas deficientes; y junto con la disminución de



piezas dentarias hay manifestaciones de avitaminosis, paradontopatías, tártaro dentario, lengua saburral, movilidad en los dientes remanentes, ulceraciones de la mucosa y fragmentos radiculares.

“La dieta al igual que en otras edades, tiene que ser suficiente, balanceada, variada, apetitosa y de presentación agradable; en la ancianidad habrá que agregar otras cualidades para que resulte adecuada a la capacidad digestiva del geronto.”<sup>10</sup>

Las recomendaciones que debemos dar al paciente de la tercera edad siempre irán encaminadas a lograr un tratamiento integral, en el que siendo prioridad rehabilitar su cavidad oral, seguirá el motivarlo para recuperar su nivel nutricional, así lograremos el éxito en nuestra práctica profesional.

---

<sup>10</sup> Ozawa Deguchi, José Y, Estomatología Geriátrica. Ed. Trillas, México 1994. Pág.97



### 3.1 Pirámide Nutricional

La literatura sobre educación en nutrición u orientación alimentaria con frecuencia incluye distintas clasificaciones de los alimentos, de tal manera que no resulta fácil elegir cuál utilizar.

Una clasificación es adecuada cuando cubre las necesidades, costumbres, recursos y disponibilidades de la región o bien de la situación a en la que queremos implementar la dieta.

En términos generales los alimentos son seres vivos, que por si mismos cumplen una función en la naturaleza y que a lo largo de miles de años han sido seleccionados por el ser humano para su consumo.

La preparación que adquiera el odontólogo respecto a la nutrición en la vejez será la piedra angular de todo tratamiento geriátrico. Se considera que el 50% del aporte calórico debe provenir de carbohidratos (30% de carbohidratos complejos y 20% de los carbohidratos de la fruta y la leche).

La amplia variabilidad interpersonal en cuanto a los requerimientos nutricionales hace necesaria la prescripción de dietas individuales. Considero que podemos basar nuestras dietas e información nutricional que demos al paciente en la siguiente pirámide nutricional.



1. GRANOS: Pan, tortilla, cereal, arroz, pastas, elotes, papas, palomitas de maíz, pan integral, etc., en un promedio de 6 a 11 porciones por día de 80 calorías.
2. FRUTAS: De todo tipo, en un promedio de 4 a 6 porciones por día (una pieza) o una taza de fruta picada de 60 calorías por porción.
3. VEGETALES: De todo tipo, en un promedio de 4 a 6 porciones por día (una taza de vegetales crudos o media taza de vegetales cocidos) de 25 calorías por porción.
4. PROTEÍNAS: Carne de res pescado temera (seria alimentación a la carne de cerdo) en un promedio de 6 porciones de 30 gramos cada una para un total de 180 gramos por día. En este nuevo sistema nutricional se consideran: el queso descremado como equivalente a 30 gramos y a los frijoles el equivalente de un plato a 60 gramos. Cada porción proteica de 30 gramos de carne, huevos, queso y frijoles corresponde a 55 calorías por porción.
5. LECHE: En todas las edades y en especial en la tercera edad se deben ingerir dos porciones de leche descremada (1 taza de 200 ml) de 90 calorías por porción. (proteínas y carbohidratos).
6. GRASAS: Se deben incluir de 3 a 5 porciones de grasa (seis cacahuates, seis nueces, un cuarto de aguacate, o una cucharada de mantequilla, crema, aceite vegetal, margarina) por día de 45 calorías por porción.\*<sup>11</sup>



Entre los grupos de alimentos arriba mencionados debemos dar algunas anotaciones especiales que nos facilitaran proporcionar información adecuada a nuestros pacientes y a sus familiares según sea el caso.

**PROTEÍNAS:** La carne picada magra proporciona una buena calidad de aminoácidos esenciales, al igual que el hígado de res, los huevos son fuente importante de proteína de alta calidad.

**LÁCTEOS:** La leche y los quesos como el manchego son buenas fuente de calcio, riboflavina y proteínas de alta calidad. "Estos quesos se pueden combinar con macarrones, papas y pan para hacer así un plato nutritivo de bajo costo".<sup>12</sup>

Una buena solución para prevenir la desnutrición en los ancianos es incluir en su dieta leches fermentadas como el yogur porque tienen un alto valor nutritivo, además de ser fácilmente digeribles y ayudan a la asimilación de los nutrientes. Las leches fermentadas regulan la flora microbiana y protegen la salud del anciano, porque inhiben el crecimiento de las bacterias perjudiciales en el intestino. Los problemas de digestión son comunes en ellos por lo tanto la leche fermentada es de fácil digestión.

Debe considerarse también que la intolerancia a la lactosa aumenta con la edad y las leches fermentadas pueden ser una alternativa a la leche entera, por ello muchas personas con intolerancia a la lactosa llegan a suprimir el consumo de lácteos lo que pueden llevarles a sufrir deficiencias nutricionales, especialmente en calcio.

---

<sup>12</sup> Winkler Sheldon, Prostodoncia Total. Ed. Interamericana, México 1982. Pág. 435.



**VERDURAS Y FRUTAS:** Las frutas y verduras (especialmente las ricas en vitamina C), son muy importantes para conservar la estructura de los tejidos.

La cantidad de fibra aconsejable en la dieta es de 30 gr/día.

El estreñimiento es una de las alteraciones gastrointestinales más frecuentes en la edad avanzada, debido sobre todo a una disminución del tono muscular y del peristaltismo. En estos casos la ingesta de fibra es importante, pero también hay que incluir agua de forma abundante en la dieta.

**PAN Y CEREALES:** Es prudente recomendarles a los pacientes pan enriquecido o de trigo integral, par un mayor aporte de nutrientes esenciales.

Es muy importante recordar que toda la información que le demos a nuestros pacientes acerca de la dieta, será individual, ya que para haberla determinado habremos pasado por una historia clínica y una exploración clínica que nos aportará datos precisos sobre el tipo de alimentación que requerirá.

Se debe considerar que todo proceso patológico en un paciente geriátrico se asienta en un organismo deteriorado, en franco catabolismo, en condiciones adversas y con pérdida del apetito como uno de los síntomas capitales. Se considera que un manejo apropiado debe siempre incluir la prescripción de suplementos proteicos vitamínicos.

CAPITULO IV  
ALTERACIONES EN LOS ÓRGANOS  
DENTALES Y SU REPERCUSIÓN EN  
LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE  
GERIATRA.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## **Alteraciones en los órganos dentales y su repercusión en la alimentación del paciente geriatra.**

En el envejecimiento se producen una serie de cambios fisiológicos, es el caso de variaciones en el peso, la talla y en la composición corporal, a la vez que numerosos cambios en la cavidad oral; estos pueden ser la expresión del envejecimiento propiamente dicho, o como consecuencia de unas necesidades acumuladas a lo largo de la vida por efectos fisiológicos, patológicos, iatrogénicos y traumáticos de la cavidad bucal.

El hombre come porque siente hambre, aunque el placer de la comida tiene un gran significado para el ser humano. Por lo que los problemas de nutrición deben considerarse teniendo en cuenta que para la persona de edad comer no debe resultarle una tarea o experiencia desagradable.

Y aunque existen estudios que demuestran que una dentición adecuada, no es esencial para conseguir un ingestión de alimentos suficiente para mantener el equilibrio nutritivo, pocas personas relacionarían el placer de comer con ingerir los alimentos mal masticados, o bien, en soluciones de dieta preparadas con los valores necesarios pero en consistencias totalmente líquidas, por lo que el efecto de cualquier malestar bucal, la pérdida de dientes o dentaduras mal ajustadas que influyen en la capacidad de masticación e inevitablemente sobre el interés y la elección de los alimentos. Debido a este factor es el interés de el presente trabajo, al observar que es queja frecuente del paciente de la tercera edad, ¡no puedo comer!, Seguido de una explicación como: "este diente se me mueve mucho, me duelen los dientes, esta dentadura no sirve!.



"El anciano puede tener una ingestión dietética adecuada para mantener la salud normal, aunque no suficiente ante las superiores exigencias de una enfermedad. El trastorno de tal equilibrio nutritivo conduce a una rápida deterioración y colapso de los sistemas del cuerpo."<sup>13</sup>

En los siguientes apartados se analizarán los padecimientos más frecuentes en cavidad oral, que traen a repercusión una serie de trastornos en el paciente de la tercera edad, que se ponen de manifiesto en la mala nutrición de nuestros pacientes.

---

<sup>13</sup> A.S.T. Franks, Bjorn Hedegard. Odontología geriátrica. Ed. Labor, S. A. Barcelona 1976 . Pág. 98



#### 4.1 Caries

Es una desmineralización de los tejidos calcificados de los dientes se caracteriza por desmineralización de la parte inorgánica y destrucción de la sustancia orgánica de la misma, esta destrucción es localizada y progresiva.

Las caries más frecuentes en los ancianos se presentan en las zonas cervicales, contornos y bordes de obturaciones o restauraciones antiguas, y áreas fracturadas o desgastadas. Las caries de la raíz son muy importantes para la longevidad del tejido pulpa, debido a su proximidad con la cámara que lo contiene.

Aunque el diente senil presenta una cariorresistencia que se ve contrarrestada por la involución fisiológica de la encía, la cual sufre un proceso de retracción del tejido marginal del diente, dejando al descubierto porciones del diente recubiertas de cemento, y, por tanto, mucho menos resistencia a los procesos cariogénos.

La ausencia de los dientes contribuye a la menor capacidad funcional. La pérdida de eficiencia masticatoria resultante lleva a una dieta de alimentos más blandos y cariogénos, con más carbohidratos. La mayor ingestión de azúcar para compensar la pérdida del gusto y la xerostomía también son factores de renovada susceptibilidad a la caries.

La caries senil es recurrente y lenta, de extensión circular, localizada frecuentemente en las periféricas de obturaciones antiguas, desgastadas o fracturadas. La incidencia de facturas aumenta con la edad avanzada,



predominantemente entre los 40 y los 50 años. También se presentan en las superficies proximales y gingivales.<sup>14</sup>

Los problemas dentales de este tipo, afectan el consumo de alimentos, debido generalmente a la molestia que causa el alimento al roce con las caries sobre todo las radiculares, ya que las que se encuentran ubicadas en las caras oclusales, casi nunca generan dolor ya que la cámara pulpar se encuentra retraída, sin embargo las caries radiculares pasan el límite de la corona y se dirigen a raíz provocando dolores intensos, el paciente para evitar el dolor deja de consumir alimentos del cuadrante afectado, y disminuyendo los alimentos que le desencadenan dolor.

Cuando solo existe este problema dentro de la cavidad oral del paciente de la tercera edad, nuestro tratamiento consistirá en realizar las obturaciones pertinentes, resolviendo el dolor y procurando restablecer una buena oclusión.

A medida que avanza la edad, el proceso de caries tiende a hacerse más crónico y generalmente prosigue con menos síntomas que en individuos más jóvenes. Por tanto, existe el riesgo de que antes de establecer el tratamiento la caries sea tan extensa que ya haya originando complicaciones.

Esto tiene una especial importancia en dos situaciones: a) en las caries secundarias, debajo de una obturación o corona, y b) en la caries de los bordes de contacto y de soporte de las dentaduras. Las lesiones de caries en la boca de una persona de edad deben tratarse tan pronto como sea posible para impedir el crecimiento del proceso a un nivel irreparable.

<sup>14</sup>Ozawa Deguchi, José Y, Estomatología Geriátrica. Ed. Trillas, México 1994. Pág. 174



## 4.2 Afecciones Pulpares

A pesar de que el envejecimiento no debería considerarse estrictamente como proceso patológico, varios factores merecen ser considerados aquí por sus efectos sobre el proceso de la enfermedad.

Muchas personas de edad no van a consulta hasta que las lesiones de caries han afectado seriamente los tejidos pulpare y las regiones periapicales. Tras una grave inflamación de los tejidos, sobreviene una necrosis relativamente rápida. Esto es resultado de la exudación inflamatoria intracelular que obstruye el flujo de sangre a través del ya estrechado foramen apical.

La calidad de vida de los pacientes de la tercera edad puede ser mejorada al tener buena función y salud oral.

“Un sencillo placer de la vida es ser capaz de comer lo que uno desee, pero con la edad los placeres más simples pueden tomarse todavía más importantes, al igual que la necesidad de dieta y nutrición correctas”.<sup>15</sup>

Tenemos que hacer reflexionar al paciente de la tercera edad lo importante que es el mantener las piezas dentales dentro de boca, y dar esta alternativa de la endodoncia, antes que la de extracción.

La mayoría de los pacientes geriátricos no se queja fácilmente de sus signos o síntomas de afección pulpar o periapical. En los adultos estas patologías asumen características crónicas y menos dramáticas. Cuando el

---

<sup>15</sup> Cohen / Burns. Endodoncia, Los caminos de la pulpa. Ed. Médica panamericana. México 1998. Pág. 921



dolor no puede localizarse prontamente hay que descartar otras fuentes de dolor orofacial.

El dolor asociado con pulpas vivas parece reducirse con el paso de la edad y la severidad de los síntomas disminuye. La capacidad de curación de la pulpa también se reduce y la necrosis puede aparecer rápidamente después de la invasión microbiana, también con síntomas reducidos.

El que el paciente llegue al consultorio dental con alguna patología a nivel pulpar es porque lleva tiempo ya (por lo general) con una dieta deficiente o totalmente alterada, por lo que es muy importante el resolver su problema, haciendo tratamiento endodóntico y tratar de rehabilitar la función oral.

El adecuado acceso y la identificación de los orificios de entrada a los conductos posiblemente sea la parte más difícil del tratamiento de conductos en dientes de ancianos. Debido a que los efectos de l envejecimiento y de las múltiples restauraciones pueden reducir el volumen y la extensión coronaria de la cámara o del orificio de entrada, pero su posición vestibulolingual y mesiodistal sigue siendo la misma, y puede predecirse a partir de las radiografías y del examen clínico.

Un diente de una persona mayor es más probable que tenga antecedente de tratamientos previos y presente una combinación de calcificaciones.

Para un paciente de edad madura, se deben seleccionar técnicas de obturación con gutapercha que no requieran conicidad excesiva hacia el



centro de la raíz ni generen presión en esa zona, ya que podrían generar fractura radicular.

Después del tratamiento endodóntico en pacientes maduros la reparación del tejido periapical es determinada en su mayor parte por los mismos factores locales y sistémicos que gobiernan el proceso en todos los pacientes. Con pulpa viva el tejido periapical es normal y así puede mantenerse usando una técnica aséptica, con los procedimientos de preparación y obturación confinados en el espacio del conducto. Las pulpas desvitalizadas e infectadas con patología periapical deben tener este proceso alterado a favor del tejido huésped y la curación será determinada por la capacidad de respuesta de este tejido. Los factores que influyen sobre la reparación tendrán su mayor efecto sobre el pronóstico del tratamiento endodóntico cuando haya patología periapical.



### 4.3 Fracturas

Existen múltiples causas que producen las fracturas en las personas de la tercera edad, podría decirse que las principales está la hipomineralización de los dientes y la hipermineralización de los dientes.

Otras de las causas que probablemente sean causa secundaria de los trastornos principales antes mencionados son: golpes, accidentes o caídas, caries extensas, partículas de consistencia dura que por accidente sudan ir mezclados con algún alimento.

Estas fracturas dentales, ocasionan obviamente trastornos en la forma de alimentarse ya que por lo general la fractura va a nivel de unión corona raíz causando dolor, inflamación y el paciente evita masticar alimentos duros por el miedo de más fracturas sobre todo si hay piezas muy cariadas.



#### 4.4 Ausencia Dental

Es muy raro encontrar personas de la tercera edad que aún mantengan todos los órganos dentales dentro de su cavidad oral, lo específico de la edad avanzada es la atrofia ósea de los maxilares, con desaparición de los alveolos, lo que conduce a una pérdida general de los dientes debido a la movilidad, una transformación característica de la boca en la vejez.

El presentar una dentición incompleta en la tercera edad es causa de deficiencias alimenticias, ya que la función masticatoria se ve afectada dependiendo el número de órganos dentales ausentes, esto trae consigo repercusiones a nivel general, ya que el no poder alimentarse y a la vez satisfacer una de las necesidades más satisfactorias para el hombre crea cierto tipo de depresiones en el adulto mayor, ocasionando su que el envejecimiento de su organismo le cree más alteraciones a nivel funcional.

La caries, la enfermedad periodontal y las indicaciones exodónticas con fines protésicos son las causas principales del edentulismo. La sucesiva pérdida de dientes, que puede llevar al estado completamente edéntulo, es el cambio más notable en sistema estomatognático de las personas de la tercera edad.

"Es clásica la imagen del individuo viejo sin dientes, con las mejillas hundidas, los labios retraídos, la barbilla muy prominente, la nariz colgante y la mordida colapsada."<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> A.S.T. Franks, Bjorn Hedegard. Odontología geriátrica. Ed. Labor. Barcelona 1976. Pág. 112.



En la época actual no podemos considerar al edentulismo como aspecto obligado del envejecimiento, ya que mediante campañas de prevención e información a la población se ha logrado que cada vez sea menos las personas de la tercera edad que pierdan en la totalidad sus órganos dentales, aumentando las restauraciones en boca y así lograr tener una mejor expectativa a poder rehabilitar su boca y seguir alimentándose de la manera más apropiada.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO V  
PATOLOGÍAS EN LOS TEJIDOS  
BLANDOS DE CAVIDAD ORAL QUE  
AFECTAN LA ALIMENTACIÓN DEL  
PACIENTE GERIÁTRICO



### **Patologías en los tejidos blandos de cavidad oral que afectan la alimentación del paciente de la tercera edad.**

En general las enfermedades de la cavidad oral en el paciente de la tercera edad, son consideradas como parte de la degeneración general de los tejidos que se produce al, desencadenándose de los pequeños, locales, recurrentes e irreparables daños que con el tiempo sufren las estructuras bucales.

La aparición de estas patologías en la cavidad oral del adulto mayor, es una interacción entre cambios degenerativos producidos por la edad sumados al descuido, falta de higiene y variables patológicas tales como infección trauma etc.

Es muy importante conocer los cambios patológicos, dentro de la cavidad oral no solo para su necesario tratamiento y no solo para enfocar este tratamiento a pacientes de la tercera edad, sino para conocer desde dónde comienza su etiología y así poder aplicar técnicas y tratamientos preventivos en edades de prevejez, y madurez, con el objetivo de formar cultura en nuestros pacientes y que no lleguen a manifestar enfermedades orales tan significativas en la vejez.



## 5.1 Periodonto

Las enfermedades periodontales son una de las causas principales de pérdida de dientes en adultos. Estas enfermedades son una designación colectiva de varios factores que afectan las estructuras periodontales de la cavidad bucal. Cuando existe una alteración o destrucción de alguna de estas estructuras se considera que hay una patología esta establecida.

Una de las causas por la que se presenta una mayor recurrencia e este tipo de trastornos son las alteraciones asociadas con la edad en las respuestas inmunes (respuesta inmune reducida) e inflamatorias del cuerpo que afectan la resistencia de los tejidos periodontales a la placa bacteriana.

Cuando la placa se acumula sin alterarse, la inflamación gingival parece que se desarrolla más rápidamente en los pacientes ancianos, pero no necesariamente involucra a los tejidos más profundos.

En el paciente de la tercera edad, existe una recesión que comienza por exponer la corona anatómica completamente, continuando por descubrir el cemento, esta alteración es debida a cambios inflamatorios como la formación de cálculos y gingivitis.

“El cálculo está formado por la placa calcificada y puede aparecer en las fisuras oclusales, así como en las superficies lisas. El cálculo supragingiva forma cálculo subgingival y coronal en dirección apical al borde subgingival libre”.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Newman Hubert. La Placa Dental. Ed. El Manual Moderno. México 1982. Pág. 54



La gingivitis es causada tanto por factores locales como generales como; la mala higiene, los irritantes locales, maolclusines, depósitos de placa y cálculo dental, dieta alta en azúcar, concentraciones bajas de vitamina C, la falta de ácido ascórbico, etc.

Aunque la placa dental se conoce como el factor más importante en la enfermedad periodontal, una nutrición inadecuada vuelve al huésped susceptible a ella o acelera el progreso existente.

Si no es tratada la gingivitis, se desencadena la destrucción del ligamento periodontal y del hueso. El resultado es que el tejido conectivo y el hueso son reemplazados por el tejido de inflamación crónico y se presenta la pérdida de los dientes, también es común la supuración del margen gingival.

Aunque la enfermedad destructiva crónica parodontal, a menudo resulta de la extensión local causando inflamación; las condiciones crónicas por malnutrición, desbalance endocrino y diabetes, pueden agravar esta situación, haciendo que la enfermedad periodontal progrese más rápidamente y sea más extensa y destructiva. Conforme a la enfermedad parodontal avanza, la masticación normal se altera por la movilidad dentaría y hay incomodidad en la masticación.

La periodontitis es una destrucción crónica periodontal es el resultado de inflamación local, las condiciones generales del huésped, por ejemplo desnutrición, desequilibrio endocrino y diabetes, hacen que la enfermedad periodontal progrese con mayor rapidez y extensión.

Al avanzar la enfermedad periodontal, la masticación adecuada de los alimentos se daña debido a la movilidad de los dientes y dolor al



masticar. Esto conduce a la deglución de los alimentos sin masticación adecuada, lo que afecta a los procesos gastrointestinales.

Los tipos de periodontitis que podemos encontrar en el adulto son:

**Leve:** Progreso de la inflamación gingival a estructuras parodontales más profundas y a la cresta alveolar con ligera pérdida de hueso. Al sondeo, la profundidad crevicular anda entre 3 y 4 mm, con ligera pérdida del hueso alveolar.

**Moderada:** Hay un estado más avanzado de lo descrito anteriormente, pero ha aumentado la destrucción de las estructuras parodontales y hay una pérdida notable del hueso de soporte, tal vez acompañada de movilidad dentaria. También puede haber lesión de la furcación en dientes multirradiculares.

**Avanzada:** Es una progresión mayor de la parodontitis con una pérdida también mayor de hueso de soporte alveolar. Todo esto obviamente acompañado de una movilidad dentaria aumentada con cambio de posición de las piezas dentarias y presencia de diastemas. En estos casos la presencia de lesión de la furcaciones es generalizada.

**Refractaria o rápidamente progresiva:** Aquí se incluyen varios tipos de periodontitis no clasificadas que se caracterizan, o bien, por una pérdida rápida de hueso y adherencia, o bien por una pérdida lenta, pero continua del hueso y la adherencia, resistente a la terapéutica normal. Se asocia generalmente con inflamación gingival y profundización continua de bolsa.

El desequilibrio nutricional en seres humanos no causa enfermedad periodontal sin la presencia de factores como los irritantes locales. Las deficiencias en la nutrición modifican la gravedad y extensión de la



enfermedad periodontal, ya que alteran la resistencia del huésped y el potencial de reparación de los tejidos afectados.”<sup>18</sup>

El periodonto en el paciente de la tercera edad invariablemente muestra la capacidad de resistir, sobreponer y de reparación de los estragos de la enfermedad periodontal, a pesar de los cambios con la edad que pueden sugerir una vulnerabilidad aumentada. Los cirujanos dentistas a menudo nos preocupamos por la cantidad de soporte periodontal que se ha perdido más que por la salud de los que permanecen. En los adultos mayores, así como en todos nuestros pacientes, la salud periodontal debe ser un requisito importante para la rehabilitación exitosa. Las medidas de prevención son básicas tomando en cuenta que la enfermedad periodontal es acumulativa y que generalmente cuando nuestros pacientes de la tercera edad vienen a consulta llevan ya mucho tiempo, seguramente con la enfermedad en evolución.

---

<sup>18</sup> Genco Robert J. Periodoncia Edit. Interamericana, México 1993. Pág. 281



## 5.1 Mucosa

La mucosa oral con el paso de los años se vuelve más delgada, suave y seca, lo que hace que se haga menos resistente a todos los agentes traumáticos e infecciosos.

La mucosa es constantemente traumatizada por la comida y por el mordisqueo de los dientes, los agentes químicos, los bacterianos, el aire contaminado y las comidas calientes o frías, así como los fármacos, influirán en la mucosa.

Las modificaciones presentes en la mucosa oral del paciente de la tercera edad, son parcialmente las causas de sensación de ardor, pérdida del gusto y problemas de adaptación a las dentaduras completas.

La mucosa oral del paciente geronto, es más susceptible a padecimientos como neoplasias y otras enfermedades degenerativas y lesiones cancerizables.

Podemos observar en la mucosa oral de los pacientes, la presencia de hiperqueratosis que es una respuesta de la mucosa a una leve irritación. Se presenta como una placa blanca sobre la mucosa que no puede eliminarse con algodón o compresión.

Otras lesiones blancas benignas sobre la mucosa bucal de gente mayor, incluyen el liquen plano, moniliasis y la llamada leucoplaquia, resultante de una falta de vitamina.



La mucosa del paladar, está sujeta a las mismas enfermedades que la mucosa en otras partes de la boca. El paladar de fumadores puede mostrarse afectado por la estomatitis nicotínica. Los conductos de las glándulas mucosas se vuelven rojas e inflamadas y el epitelio alrededor de estas es gris e hiperquerótico. La lesión es usualmente extensa, mostrando manchas planas o comprimidas de color grisáceo.

Las lesiones blanquecinas que se presentan en el paladar con bordes eritematosos son una forma de estomatitis aftosa. Estas lesiones se presentan comúnmente en la boca de las personas de edad avanzada, inician como vesículas, las cuales pronto se revientan y dan una apariencia macular.

Al ser disminuidas las fuerzas de masticación y deglución, la comida puede ser retenida en cavidad oral, y combinada con los microorganismos presentes en esta, pueden ocasionar enfermedades fungales que se dan frecuentemente en pacientes ancianos.

No es muy frecuente la visita de pacientes con un cáncer oral ya diagnosticado pero si debemos de tener conocimiento y saber diagnosticar alas enfermedades tanto premalignas, como las malignas, para referir al paciente a la institución correspondiente.

Los datos de dolor dentro de la mucosa oral son muy frecuentes ya sea por causa de traumatismos, úlceras, etc. Esto afecta de manera muy considerable la alimentación de los pacientes debido de nutrirse correctamente y por lo tanto haciendo a su organismo más vulnerable a enfermedades tanto infecciosas como de todo tipo.



### 5.3 Lengua

La lengua es una de las fuentes de información diagnósticas más valiosas. En las personas de edad avanzada, son frecuentes los cambios en el aspecto, sensación y movimiento de la lengua, causando alteraciones en su alimentación por molestia al hacerlo o simplemente por la razón de no percibir los sabores exactos de dichos alimentos.

La lengua tiene una membrana mucosa especializada, la cual los cambios fisiológicos y patológicos del individuo. Los cambios en la depapilación y las fisuras son asociados con varias enfermedades y estados de deficiencia.

En la lengua del anciano, se observan comúnmente trastornos patológicos, como la llamada lengua pilosa, que puede indicar que las papilas filiformes se han vuelto hiperplásicas, probablemente a causa de un irritante local. En muchas ocasiones el crecimiento es una moniliasis. El color café o negro que se puede apreciar en algunas ocasiones se debe a la estancia de comida o tabaco consumidos.

Una lengua saburral no indica por si misma una enfermedad específica, oral o sistémica, aunque es generalmente encontrada en enfermedades gastrointestinales o hepáticas, también se presenta cuando la higiene oral no es adecuada.

La glositis migratoria benigna o lengua geográfica se caracteriza por irritación o dolor sobre todo en relación con el consumo de alimentos condimentados con especias y bebidas alcohólicas. La gravedad de los



síntomas varía con el tiempo, y con frecuencia indica actividad intensa de las lesiones. Las anomalías pueden desaparecer y recurrir de manera cíclica sin razón aparente. El tratamiento consiste en cepillar la lengua y dar suplementos vitamínicos del complejo B.

Lengua denurada o lengua roja, se produce por la atrofia de las papilas filiformes al grado de revelar los tejidos vasculares subyacentes. El afinamiento de la mucosa puede acompañarse de sensibilidad en alimentos calientes y condimentados. Esencialmente es un reflejo de fallos o deficiencias nutricionales, originados por una ingestión reducida, o por una mala absorción; está particularmente relacionada con deficiencias del complejo vitamínico B.

Una lengua denudada puede representar el resultado final común de varias condiciones patológicas como la diabetes, anemia ferropénica, anemia perniciosa y avitaminosis.

La glosopirosis, es un síntoma muy común entre las personas de edad, a menudo se registra una sensación de quemazón en la lengua, cuando pueden determinarse cambios clínicos en la lengua, los síntomas pueden tener relación con irritación local, deficiencias nutritivas o enfermedades sistémicas tales como la diabetes, la anemia perniciosa, o otras alteraciones. En ausencia de signos clínicos deben sospecharse presiones y tensiones psicológicas. La sequedad bucal producida por la neurosis, en particular, puede tener un significado considerable.



La sensación de gusto en las personas de la tercera edad tiende a ser menos intensa, particularmente en lo que concierne a los alimentos dulces y salados, esto es producido por la cambios en la estructura papilar de la lengua.



## 5.4 Labios

Uno de los lugares más afectados y lesionados son los labios, ya que se encuentran en constante interacción con el medio ambiente y la saliva.

### *Herpes Simple*

Aparentemente el virus herpes permanece indefinidamente en las paredes epiteliales de la cavidad oral o del tubo respiratorio superior de al menos 30% de la población que ha tenido en algún momento una forma recurrente de infección por herpes simple. La infección tiende a ser reactivada por muchos tipos de estímulos no específicos, comunes en la persona de edad. En particular, las deficiencias nutritivas, la fatiga y las condiciones debilitantes pueden disparar una erupción.

### *Quelitis Comisural*

Es la inflamación y atrofia de los pliegues cutáneos en los ángulos bucales. Su causa se debe a la carencia de riboflavina, con posible infección micótica o bacteriana. Otras posibles causas son la pérdida múltiple de dientes, causando así la disminución de la distancia vertical entre los maxilares.

Se observa la formación de un pliegue en las comisuras labiales donde la saliva tiende a recolectarse y causar maceración y agrietamiento del epitelio. También ocurre enrojecimiento a lo largo de la línea de cierre de los labios como resultado de la denudación superficial y el aumento de la inflamación.

Valorando las posibles causas el tratamiento será:



Por la edentulación o dentaduras desajustadas, la nueva fabricación de prótesis.

Si se sospecha de carencias, accesoria nutricional, administrar vitaminas del complejo B.

Se pueden colocar ungüentos que posiblemente ayudaran a aliviar las molestias como la anfotericina B, que se encuentra también en forma de colutorios y tabletas para disolver en boca.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VI  
ALTERACIONES EN LA  
ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE  
GERIÁTRICO DEBIDOS A  
REHABILITACIONES EN CAVIDAD  
ORAL.



## **Alteraciones en la alimentación del paciente geriátrico debidos a rehabilitaciones en cavidad oral.**

Como se a dicho a lo largo de los capítulos anteriores muchas de las alteraciones presentes en la cavidad oral de los pacientes de la tercera edad, son parte de los cambios degenerativos sucedidos a través de los años y la suma del descuido y mala higiene, por lo general el paciente acude al consultorio dental cuando su alimentación a cambiado tanto que comienza a alterar sus hábitos como no poder comer alimentos fibrosos, o masticar solo con un cuadrante, cuando existen aún piezas dentales.

Las restauraciones que se mantienen en cavidad oral en este tipo de pacientes generalmente fueron realizadas hace muchos años y, esto asociado a la mala higiene, encontraremos que estas restauraciones ya están fracturadas, presentan mal sellado, y por lo tanto encontramos caries muy amplias.

Cuando son prótesis las causantes de esa mala alimentación, esto puede ser por mala adaptación del paciente o bien por mal ajuste de la prótesis desde el primer momento de colocarla en boca (iatrogénia). También puede haber pasado que el paciente no siguió con las revisiones que toda prótesis debe de tener, en las que el odontólogo dará indicaciones sobre alimentación y valorará el avance en cuanto al manejo de la misma.

Entre las numerosas afecciones y reacciones en los niveles mucoso y óseo consecutivas a la colocación de una prótesis (dentaduras completas) en el anciano, conviene recordar las hiperplasias inflamatorias, las papilomatosis palatinas y varias formas de estomatitis que pueden



correlacionar con el uso de prótesis y con la falta de adecuadas medidas de higiene oral.

Existen otras patologías causadas por prótesis en las que también se alteran los índices nutricionales del adulto mayor como son:

### **Hiperplasia Papilar**

Es una lesión que se localiza básicamente en la mucosa del paladar duro los factores que desencadenan esta enfermedad están: las prótesis superiores desadaptadas, su uso durante largos periodos (noche), higiene protésica y bucal deficiente, disminución de la secreción salival y factores predisponentes locales y generales.

"Es una lesión inflamatoria benigna causada por la irritación mecánica de prótesis desadaptadas y otros factores desconocidos."<sup>19</sup>

### **Candida Albicans**

Se encuentra presente en el 50% de los individuos, pudiendo adquirir caracteres patógenos en presencia de factores predisponentes locales y generales.

La presencia de candida en alto porcentaje se explica por su facilidad para alojarse y ocultarse en lugares propicios para su desarrollo, muchas

<sup>19</sup> Definición dada por Fisher en 1952 en Estomatología Geriátrica. Ozawa Deguchi. Ed. Trillas. Pag. 243



veces relacionados con la presencia de prótesis completas con cámaras de succión o de vacío.

Clínicamente, la lesión se observa más enrojecida que el tejido circundante y afecta básicamente la mucosa del paladar duro; sin embargo, puede extenderse a toda la zona de apoyo de la dentadura completa e incluso rebasar las áreas de la misma. La zona afectada contiene numerosas elevaciones papilares que en algunos puntos tienden a la coalescencia.

### Úlceras Traumáticas

Estas lesiones ocasionadas por prótesis y bordes dentarios cortantes son frecuentes en la práctica diaria. Se produce una zona eritematosa, cuyos límites corresponden a los del agente que produce la agresión; después se lesiona y aparece como una ulceración cubierta de fibrina con los bordes enrojecidos y agrandados, muy dolorosa. Ésta es la úlcera aguda típica producida por una prótesis total recién colocada. Como la sintomatología es aguda y el paciente se encuentra aún en la etapa de adaptación, el problema se resuelve en pocos días con un desgaste o ajuste ligero (alivio) en la prótesis.



## Conclusiones

Tomando como base el concepto de Geriátría y ubicándonos en el momento actual, en una sociedad en la que la esperanza de vida aumenta día con día, es indispensable, como trabajadores en el área de la salud, tener conocimientos amplios sobre el tema, sería absurdo el intentar tratar a una persona de la tercera edad en el consultorio dental como a otra persona, (en edad diferente), y aún más absurdo pensar en la rehabilitación sin tomar en cuenta factores, psicológicos, sociales, económicos, ambientales y nutricionales.

El envejecimiento es una etapa de la vida, que abarca una sucesión de cambios, determinando alteraciones estructurales y funcionales en los diversos tejidos del organismo.

Muchos de los cambios producidos en esta etapa, son efectos acumulativos de las lesiones y enfermedades que ha ido sufriendo el individuo a lo largo de su vida, que a su vez son consecuencias de malos hábitos, descuido, depresión y otros factores que afectan de una manera muy especial al adulto mayor en este proceso.

Las alteraciones en boca, ya sean "normales" o que caigan dentro de la patología (siendo esta una diferencia a veces imperceptible) son causa muy común de los trastornos en la alimentación del paciente geriátrico, debemos conocer ampliamente, como es que aparecen y porque, su evolución en boca y desde luego dar solución a esta causa,

La elección del tema de nutrición dentro del presente trabajo, fue debido a que en él, encontré un amplio campo en el cual se describe al



paciente de la tercera edad en un aspecto integral en el que por supuesto identificamos el aparato estomatognático como una entidad en la que se reflejan factores de todo tipo y aunque se señala, el que en los adultos mayores se producen cambios a nivel, fisiológico, psicológico y social, implicados directamente en el estado nutricional, se hace hincapié en cuales estados dentro de la cavidad oral, pueden generar reacciones del paciente en los que se trasforma o altera la alimentación, así como la importancia de informar al paciente, tanto a nivel de prevención (gerontoprofilaxis) como dentro de la consulta en la que se llevarán acabo ya tratamientos restauradores, cuanto puede afectar los estados de enfermedad en boca.

Los factores fisiológicos que debemos valorar dentro antes de nuestra rehabilitación al adulto mayor estarán:

**Factores Fisiológicos:**

Alteraciones en los órganos de los sentidos: disminución de la agudeza visual, de la percepción del gusto y del olfato, con pérdida de la capacidad de saborear los alimentos, mostrando así, menor interés por la comida.

Alteraciones dentales y de la masticación, sequedad de boca, pérdida de piezas dentarias, enfermedades de la mucosa oral, de la lengua ó labios, de la musculatura ó mandíbula.

Disminución de la capacidad de absorción y digestión de los alimentos por alteración en la función del aparato digestivo, con menor secreción de las glándulas salivares, gástrica, pancreática e intestinal.

Cambios en el sistema nervioso: disminución del peso del cerebro, pérdida de neuronas, alteraciones de la memoria, desorientación, modificaciones de la conducta y del



comportamiento alimentario.

Alteraciones en el metabolismo de los nutrientes, dificultando su absorción y eliminación, por acción del consumo de múltiples medicamentos utilizados en esta población.

Cambios en la composición corporal: reducción progresiva de la talla (1cm por década), disminución del agua corporal, baja sensación de sed, pérdida involuntaria de masa muscular con un menor Gasto Energético Basal, incremento de la masa grasa con un aumento de la grasa visceral y disminución de grasa subcutánea y pérdida de masa ósea.

Cambios en el aparato respiratorio, con alteración de la capacidad pulmonar.

Alteraciones cardiovasculares con mayor tendencia a aumentar la tensión arterial.

Cambios a nivel del riñón con pérdida de masa renal y modificaciones en su función.

Existencia de una mayor incidencia de diabetes con la edad por cambios en el metabolismo de los hidratos de carbono.

#### Factores psicosociales:

Existe un importante número de factores que contribuyen a la aparición de problemas en la alimentación con elección de dietas monótonas, y en ocasiones aparición de alteraciones del comportamiento alimentario con presencia de anorexia ó falta de apetito. Algunos de estos factores son: el ingreso en hospitales o instituciones geriátricas, el aislamiento, la soledad, en muchos casos la depresión y otras alteraciones psiquiátricas, el bajo apoyo social, los bajos recursos económicos, el mayor número de enfermedades crónicas que padecen, la mayor incapacidad física



y psíquica que el anciano presenta y la pérdida de autonomía social y personal.

Todos estos datos del paciente los podemos obtener mediante una primera cita en la que se practicará la historia clínica, en la que tendremos al final diagnósticos de estos factores y podremos teniendo ya un análisis de la personalidad y función sistémica de cada paciente implementar un orden del tratamiento en del que siempre sea informado el paciente y los familiares o personas que le acompañen.

Para que lo recopilado en esta tesina, pueda ser puesto en práctica, dentro del seminario de titulación de esta materia, realizamos algunos folletos informativos, con el propósito de motivar al cirujano dentista y darle algunas ideas de proveer de información a su paciente, sobre todo en esta edad en la que los constantes cambios en todo el organismo, son causa de dudas y de ignorancia lo que puede llevar a una patología severa.

Dentro del tema de trastornos en la cavidad oral del paciente geriátrico relacionados con alteraciones en cavidad oral, consideré el dar la pauta para elaborar varios folletos, tanto dirigidos al odontólogo como al paciente geriátrica, con el objetivo de que el paciente se de cuenta lo importante que es para nosotros su estado de salud general.

El planteamiento principal sobre el que elaboré los trípticos, es en motivar al cirujano dentista a tener una práctica profesional dirigida a sus pacientes de la tercera edad, más cercana, en donde concibamos al adulto mayor dentro de una sociedad en las que algunas veces encuentra los obstáculos que le prohíben seguirse nutriendo, ya sea por causas de



limitaciones físicas, económicas, o aún peor, de un franco olvido de sus familiares lo que traen a consecuencia depresiones.

Espero que al igual que a mi deje, con este tema, el interés en algunas personas de seguirse planteando preguntas acerca de la atención a este nivel de población, con el propósito de que no sólo sean mayores las expectativas de vida en México cada día, sino que el tiempo que viva una persona, sea una vida llevada con calidad en todos los aspectos, sobre todo en dar la atención para su salud de la forma que ellos mas añoran, una atención humanitaria.



## Glosario

**Alimento:** Cualquier producto natural o transformado designado al consumo humano que proporciona al organismo elementos para su nutrición vía oral.

**Ápice:** Punto o extremo de la raíz de un órgano dentario.

**Atrición:** Pérdida dentaria, causada por un proceso fisiológico.

**Bruxismo:** Hábito de apretamiento y rechinar de las dos arcadas dentarias.

**Cronológico:** Que se refiere al paso del tiempo.

**Degenerativo:** Decaer de las cualidades de su especie. Pasar de una condición física a un estado contrario peor.

**Eritematoso:** Enrojecimiento de la piel o mucosa, debido a la congestión de capilares.

**Erosión:** Pérdida de sustancia dental causada por un proceso químico.



**Esclerótica:** Membrana blanquecina que cubre un órgano.

**Extrínseco:** Externo no esencial.

**Geronto:** Elemento prefijal que entra en la formación de palabras con el significado de viejo, anciano, gerontología.

**Intrínseco:** Interno, íntimo.

**Longevidad:** Largo vivir.

**Neurotransmisores:** Que transmite impulsos nerviosos.

**Nutrición:** Materia que interpreta las relaciones entre la ingestión del alimento y el funcionamiento de los organismos.

**Nutrimiento:** Componente de los alimentos que tiene una función dentro de los organismos: producir energía, favorecer el recambio de tejidos, facilita el metabolismo.

**Pardusco:** Del color de la tierra o gris oscuro, con tintes rojo amarillento.



**Senectud:** Edad senil, último período de la vida.

**Tópica:** Se refiere a un medicamento externo.

**Trituración:** Moler, desmenuzar. Masticación eficaz.



## BIBLIOGRAFÍA

A.S.T. Franks & H Bjorn. **Odontología Geriátrica**. Labor, España, Primera edición, 1976.

British Dental Journal, Vol. 187 N° 11, December, 1999.

Bates, J.F. **Tratamiento odontológico del paciente geriátrico**. El manual moderno. México 1986.

Carranza, F.A. Perry, D.A. **Manual de la Periodontología Clínica**. Interamericana, México, Primera edición, 1992.

Casanueva Esther. Grupos de alimentos. Cuadernos de nutrición Vol 14/N° 3, México 1991.

Cervera P, Clopes J, **Alimentación y Dietoterapia**, Mc Graw-Hill Interamericana, Segunda edición, 1993.

Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Vol. 1, Interamericana, Primera Edición, México 1989.

Cohen / Burns, **Endodoncia, Los caminos de la Pulpa**. Panamericana, Quinta edición, México 1998.



Cowdy, E.V. **El cuidado del Paciente Geriátrico**. Prensa Médica Mexicana, México, primera edición, 1976.

Genco Goldman, **Periodoncia**. Interamericana, México, Primera edición, 1993.

Glickman, Irving. **Periodontología Clínica**. Interamericana, México, Quinta edición, 1982.

González Aragón Joaquín, **El Médico y El Paciente Geriátrico**, Manual Práctico, Serie educación gerontológico Continua.

I.A, Mjor & J.J Pindborg. **Histología del Diente Humano**. Labor, España, Primera edición, 1980.

Ingle, John, Edgeton Beveridge. **Endodoncia**. Interamericana, México, Segunda edición, 1980.

Martín, E. **Manual de Geriatria**. Toray-Masson, España, Primera edición, 1976.



Nedelman I, Charles & Bernick Sol. "The significance of Age Changes in Human Alveolar Mucus and Bone". The journal of Prosthetic Dentistry. Vol. 39, N°5, U.S.A, May 1978.

Newman Hubert. **La Placa Dental**, El manual Moderno, México 1982.

Orban, Balint. **Histología y Embriología Bucales**. Prensa Médica Mexicana, México, Primera edición 1976.

Ozawa Deguchi, José. **Estomatología Geriátrica**. Trillas, México, Primera edición, 1994.

Papas Athenas S. **Geriatric Dentistry Aging and Oral Health**, Primera edición, Mosby Year Book, U.S.A. 1991.

Práctica Odontológica, Vol. 17 N° 7 **Síndrome de la boca ardorosa**. México, 1996.

Práctica Odontológica, Vol. 19 N° 2, **Hipofunción salival**, México 1998.

Robin A. Seynour and Peter A Heasman, **Enfermedad Periodontal en el Anciano**, Oxford medical publications, 1992.



Rodríguez Figueroa C. **Parodoncia (periodontología)**, Méndez, México 1999.

Schwartz Richard S. **Fundamentos en odontología operatoria. Actualidades Médico Odontológicas**, Latinoamericana, Primera edición, 1999.

Van Der Carmen, **Manual Clínico de Geriátria**, Primera edición, Manual Moderno, México, 1994.

Velásquez, Tomas. **Anatomía Patológica Dental y Bucal**. Prensa Médica Mexicana, México, Primera edición, 1966.

Velden Van Der U. "Effect of Age on the Periodontium". *Journal of Clinical Periodontology*. Vol. 121 N°5, U.S.A, May 1984.

Winkler Sheldon. **Prostodoncia Total**, Interamericana, México, Primera edición, 1982.