



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Estudios Profesionales

E. N. E. P.

ZARAGOZA

ODONTOLOGIA

TRASTORNOS DEL APARATO ESTOMATOGNATICO EN PACIENTES ANCIANOS

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

Rosaura Patricia León Suárez

Jorge Luis Valencia Solano

Antonio Vázquez Soberanes

México, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

PROYECTO INICIAL APROBADO POR EL CONSEJO DE INVESTIGACION Y LA COORDINACION DE LA CARRERA

	Pág.
a) INTRODUCCION.....	1
b) FUNDAMENTACION DEL TEMA.....	2
c) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
d) OBJETIVOS.....	5
e) HIPOTESIS.....	6
f) MATERIAL Y METODO.....	7
g) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	10
h) CONSIDERACIONES PREVIAS.....	11
Capítulo I. SISTEMA NERVIOSO.....	14
1.- Modificaciones Anatomo-Fisiológicas	
2.- Enfermedades del Sistema Nervioso	
a) Accidente Vascular Cerebral	
b) Demencias Seniles	
c) Psicosis Arteriosclerótica	
d) Psicosis Seniles	
e) Depresión Involuntiva	
f) Consideraciones Estomatológicas	
g) Bibliografía	
Capítulo II. SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	27
1.- Modificaciones Anatomo-Fisiológicas	
2.- Enfermedades del Sistema Cardiovascular:	
a) Hipertensión	
b) Aterosclerosis	
c) Angina de Pecho	
d) Infarto de Miocardio	
e) Bibliografía	

Capítulo III.	SISTEMA RESPIRATORIO.....	41
	1.- Modificaciones Anatómo-Fisiológicas	
	2.- Enfermedades del Sistema Respiratorio	
	a) Bronquitis	
	b) Asma	
	c) Enfisema Pulmonar	
	d) Consideraciones Odontológicas	
	e) Bibliografía	
Capítulo IV.	SISTEMA DIGESTIVO.....	48
	1.- Alteraciones Anatómo-Fisiológicas	
	2.- Enfermedades del Sistema Digestivo	
	a) Diarrea	
	b) Estreñimiento	
	c) Gastritis Crónica	
	d) Úlcera Péptica	
	e) Consideraciones Odontológicas	
	f) Bibliografía	
Capítulo V.	SISTEMA ENDOCRINO.....	54
	1.- Alteraciones Anatómo-Fisiológicas	
	2.- Enfermedades del Sistema Endócrino	
	a) Hipertiroidismo	
	b) Hipotiroidismo	
	c) Diabetes	
	d) Bibliografía	
Capítulo VI.	SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO.....	64
	1.- Modificaciones Anatómo-Fisiológicas	
	2.- Enfermedades del Sistema Músculo-esquelético	
	a) Osteoporosis postmenopáusica y/o senil	
	b) Artritis Reumatoide	
	c) Artropatía Degenerativa	
	d) Consideraciones Odontológicas	
	e) Bibliografía	

Capítulo VII.	SISTEMA UROGENITAL.....	73
	1.- Alteraciones Anatómo-Fisiológicas	
	2.- Enfermedades del Sistema Urogenital	
	a) Pielonefritis	
	b) Consideraciones Odontológicas	
	c) Bibliografía	
Capítulo VIII.	TEJIDO HEMATOPOYETICO.....	80
	1.- Modificaciones Anatómo-Fisiológicas	
	2.- Enfermedades Hematológicas	
	a) Anemia Perniciosa	
	b) Enfermedades Hemorrágicas	
	c) Bibliografía	
Capítulo IX.	ORGANOS DE LOS SENTIDOS.....	85
	1.- Modificaciones Anatómo-Fisiológicas	
	a) Vista	
	- Cataratas	
	- Glaucoma	
	b) Oído	
	c) Gusto y Olfato	
	d) Bibliografía	
Capítulo X.	PIEL Y FANERAS.....	98
	1.- Modificaciones Anatómo-Fisiológicas	
	a) Bibliografía	

Capítulo XI. APARATO ESTOMATOGNÁTICO..... 102

- 1.- Modificaciones Anatómo-Fisiológicas
 - a) Tejido Dentario
 - b) Tejido Parodontal
 - c) Tejido Mucoso y Submucoso
 - d) Tejido Muscular
 - e) Glándulas Salivales
- 2.- Enfermedades más relevantes en el Aparato Estomatognático
 - 2.1 Tejido Dentario
 - a) Caries Dental
 - b) Atrofia y Calcificación Pulpar
 - 2.2 Tejido Parodontal
 - a) Periodontitis
 - b) Recesión Gingival
 - c) Trauma de Oclusión
 - 2.3 Tejido Mucoso y Submucoso
 - a) Gingivitis Descamativa Crónica
 - b) Pénfigo
 - c) Candidiasis
 - 2.4 Tejido Oseo
 - a) Osteítis deformante
 - b) Osteoporosis
 - 2.5 Articulación Temporo-Mandibular
 - a) Artritis Reumatoide de la A.T.M.
 - b) Luxación y Subluxación
 - c) Síndrome Dolor Disfunción Miofacial de la ATM.
 - 2.6 Glándulas Salivales
 - a) Xerostomía
- 3.- Neoplasias Benignas
 - a) Queratoacantoma
- 4.- Neoplasias Premalignas
 - a) Leucoplasia
 - b) Liquen Plano

- 5.- Neoplasias Malignas
 - a) Epitelioma Espinoceular
 - b) Linfomas Malignos
 - c) Sarcoma de Kaposi
 - d) Mieloma múltiple
 - e) Melanoma Maligno
- 6.- Neoplasias de glándulas Salivales
 - Bibliografía

Capítulo XII. MANEJO DENTAL.....	163
1.- Principios Generales para el Manejo y Tratamiento del Paciente Geriátrico	
a) Bibliografía	
Capítulo XIII. ASPECTOS PSICOSOCIALES.....	173
a) Bibliografía	
RESULTADOS.....	185
CONCLUSIONES.....	187
PROPOSICIONES Y/O RECOMENDACIONES.....	189
ANEXO: GLOSARIO.....	192
BIBLIOGRAFIA GENERAL.....	197

INTRODUCCION

Biológicamente hablando, el envejecimiento es la fase final del desarrollo humano, inevitable, irreversible y genéticamente establecido, que trae como consecuencia un decline gradual de todas las funciones orgánicas.

Cabe hacer mención, que éste proceso no debe considerarse como una acumulación de patologías, ya que el hecho de envejecer es en sí, hasta cierto punto normal, aunque puede haber -- ciertos factores externos que rompan el equilibrio existente -- para tornarlo anormal, creando alteraciones tanto psicológicas como biológicas.

FUNDAMENTACION DE LA ELECCION DEL TEMA.

Este estudio está enfocado principalmente a las personas con características seniles, debido a que existe una vasta bibliografía sobre las alteraciones del niño y el adulto, mientras -- que para el anciano ha permanecido bastante olvidada durante -- los últimos tiempos; para llevarlo a buen término, debemos to-- mar en cuenta no solo los cambios inherentes al proceso involu-- tivo, sino tomar al ser humano como un ente bio-psico-social pa-- ra estudiar como están relacionadas las alteraciones sistémicas, con las propias del Aparato Estomatognático ó Sistema Gnático, -- y como influyen en cada uno de éstos aspectos, de tal forma que al conjugarse, disminuyen su capacidad fisiológica, social y -- mentalmente.

Considerando que no todos los individuos de edad avanzada se clasifican como seniles, y que existen otros de mediana edad y aún jóvenes que presentan marcados razgos de senectud, se deduce que no es la edad cronológica lo que la determina, sino la -- interacción de los factores orgánicos, psíquicos y ambientales -- que han regido el desarrollo del individuo.

Para el tratamiento integral del paciente, debe hacerse un -- diagnóstico polidimensional, ya que en cada caso, debe haber -- una integración de factores psico-genéticos, orgánicos y socia-- les; por lo cual, no es fácil establecer un pronóstico acerta-- do; y el tratamiento, más que difícil, debe ser de delicado ma-- nejo; ya que durante el curso de la vida, el stress de las limi-- taciones físicas y mentales puede ser cada vez mayor.

Tomando en cuenta que las situaciones ambientales y las con-- diciones socio-económicas no son las mismas en todas las perso-- nas, se deriva por lo tanto, que cada caso en particular ten---

drá sus propias respuestas y actitudes ante un mismo estímulo.

En éste caso, como nuestro objeto de estudio es el paciente anciano; encontramos que las personas se hallan sometidas a un descenso, enfrentandose a un mundo totalmente cambiado en muchos aspectos, una serie de factores nuevos que le exigen todas sus potencias, y que ya no posee.

En algunas ocasiones, aumenta la soledad a su alrededor, -- pierden la actividad laboral que les ha acompañado y llenado a lo largo de su vida, ya que en la actualidad suelen carecer de función en nuestra sociedad de trabajo.

Todas éstas pérdidas y carencias pueden enfocarse positivamente; así hablamos de las posibilidades derivadas de la experiencia, de la obtención de una capacidad reflexiva, poniendo ante nuestras manos una mayor adaptabilidad y cooperación para su manejo integral.

De ésta forma, tenemos que el campo de acción del Odontólogo, no debe reducirse únicamente al tratamiento de la cavidad oral, sino que debe estar capacitado para efectuar un diagnóstico precóz y preciso ó presuntivo, y así poder realizar el -- tratamiento oportuno de las alteraciones sistémicas y alteraciones del Aparato Estomatognático, hasta agotar los recursos y posibilidades que nos marcarán los límites de nuestra actividad profesional.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Determinar y analizar el proceso Historia Natural de las alteraciones más frecuentes del Aparato Estomatognático en pacientes ancianos.

Si dentro del marco vivencial, se observa que tanto en hombres como en mujeres de ésta edad, la libido está disminuída; - por otra parte tenemos que el factor estético es de suma importancia, ya que algunas personas que cuidan mucho su apariciencia personal, se resisten a aceptar su envejecimiento, como un proceso biológico natural.

Cuando éstos factores se presentan, pueden provocar una crísis existencial, que hace que el paciente se encuentre en un mundo más solitario, más duro e indiferente, que le obliga a pensar que su vida tiende hacia el fin; de ahí su rechazo a -- ciertas medidas preventivas y tratamientos que cree innecesarios.

OBJETIVOS.

a) Generales: Determinar el proceso Salud-Enfermedad en -
la población anciana.

b) Específicos: Identificar las enfermedades estomatognáti-
cas más relevantes en éste tipo de pacien--
tes.

Conocer la Historia Natural de cada una de-
ellas.

Efectuar el diagnóstico para éstas enferme-
dades.

HIPOTESIS.

1.- En el transcurso de la vida, conforme avanzan los años, el organismo sufre alteraciones que lo hacen más susceptible a diferentes patologías, entre éstas, la del Aparato Estomatogná tico; por lo tanto, sólo si se conoce la Historia Natural de las mismas, y se toma al individuo en forma integral (bio-psi-co-social), se podrá llevar a cabo el diagnóstico precóz ade--cuado, para proceder al tratamiento oportuno.

2.- Si conocemos cuáles son las alteraciones más frecuentes del Aparato Estomatognático en pacientes ancianos; entonces, --podremos estudiar la Historia Natural de la Enfermedad, y rea-lizar el diagnóstico temprano de cada una de ellas para dar --una atención integral.

3.- En tanto los pacientes de edad avanzada no sean tomados como un todo integral, ni los medios de diagnóstico para sus -alteraciones más frecuentes sean los indicados; su tratamiento y rehabilitación será ineficiente e inadecuadas.

MATERIAL Y METODO

- a)- Material: - Apoyo bibliográfico (libros, revistas, etc.)
- Artículos nacionales y extranjeros.
- Material de Congresos recientes, etc.
- b)- Método: - Método Científico Analítico Inductivo.

BIBLIOGRAFIA PRELIMINAR

- 1.- Kimmmerman B. B. King & R.G. Grossman I.
The terminal dental problems in the aged.
Geriatrics 22, 131.
- 2.- Roth M.
Some growing points in the Psicho-geriatrics, and their -
bearing on general problems in Psichiatty.
Socialmedicinski tidskrifts skriftserie 1967 No. 35.
- 3.- Eric Martin & Jean Pierre Junod.
Précis de Geriatrie.
Editions Hans Hubber. Berne Stuttgart Vienne. 1975.
- 4.- Seymour M. Glick M.D.
Preventive Medicine in Geriatrics.
Symposium on Geriatrics Medicine.
Medical Clinicals of North America. November, 1976. 60 (6):
1325 - 1331.

BIBLIOGRAFIA DE CENIDS

- 1.- Ketron R.
Dental aspects of the aging.
J. Tenn. Dent Assoc. 1980 Jan (1):17-20
- 2.- Epstein S.
Preventive Dentistry for the geriatric.
J. Indiana Dent. Assoc. 1980 Jan-Feb:59(1):9-11
- 3.- Hudis MM.
The holistic approach to geriodontics.
J. Indiana Dent. Assoc. 1980 Jan-Feb:59(1):12-3
- 4.- Colchamiro E. K.
Dental care resources for older persons.
J. Dent. Hosp. Pract. 1979: 13(4):43-4.
- 5.- Fredman KA
The elderly need your care, too
Dent Stud. 1979 Jan: 57 (4): 43-4
- 6.- Kowits M.D.; Ness JO; Campbell J.G.; Clapham E; Moretti GM;
Gallagherm; Spate DJ
Prosthetic Maintenance Research Program for the geriatric -
patient
A cooperative study by the dental profession and the dental
laboratory conference.
CDA J 1979 Nov; 7 (11); 37-44
- 7.- Gargiulo JC
Geriatric dentistry
Salud bucal 1979, Oct-Nov: 6 (32): 59-60

8.- Bating D; Oudshoorn W.

The clinical management of the aging patient

Treatment concepts and procedures

Obt dent 1979 APR; 56 (4): 19-24

9.- Epstein S.

Geriatric Oral Health (editorial)

J AM Coll 1979 Jul; 46 (3): 148-9

10- Dummett CO

Dental health problems of the geriatric population

J. Natl Med Assoc. 1979 Feb; 71 (2): 182-5

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TIEMPO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
ACTIVIDADES							
Elección del Tema y Asesor.	████████						
Recopilación de Bibliog. Inesp.	████████						
Elaboración del Proyecto de Tesis	████████	████████					
Trámites de Registro de Tesis			██				
Recopilación de Bibliog. Esp.	████████	████████	████████				
Traducción de Bibliografía en Lengua Extranjera.	████████	████████	████████				
Probable aceptación del Tema.				██			
a) Consideración Previa.				██			
b) Desarrollo del Trabajo.				████████	████████	████████	████████
c) Resultados.							██
Discusión							██
Conclusiones.							██
Propuestas y/o Recomendaciones.							██
Anexos y Bibliografía.							██

C R O N O G R A M A D E A C T I V I D A D E S

ACTIVIDADES	TIEMPO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
Elección del Tema y Asesor.		██████████						
Recopilación de Bibliog. Inesp.		██████████						
Elaboración del Proyecto de Tesis		██████████	██████████					
Trámites de Registro de Tesis				██████████				
Recopilación de Bibliog. Esp.		██████████	██████████	██████████				
Traducción de Bibliografía en Lengua Extranjera.		██████████	██████████	██████████				
Probable aceptación del Tema.					██████████			
a) Consideración Previa.					██████████			
b) Desarrollo del Trabajo.					██████████	██████████	██████████	
c) Resultados.								██████████
Discusión								██████████
Conclusiones.								██████████
Propuestas y/o Recomendaciones.								██████████
Anexos y Bibliografía.								██████████

" CONSIDERACIONES PREVIAS "

El presente estudio no pretende dar las bases generales de toda la problemática que pudiera plantearse dentro de la Geriatría y Gerontología como especialidades, tomando en consideración que esto implica estudios muy profundos que requerirán de un gran conocimiento que se obtendra a través de la experiencia y contacto con los ancianos. Sin embargo, como odontólogos, pretendemos dar una visión general acerca de los problemas más frecuentes, presentes en este tipo de población, y que en un momento dado pueden interferir con nuestro plan de tratamiento establecido.

Nuestro objetivo es contribuir a la comprensión de los trastornos orales y sistémicos de la ancianidad, no solo para tratar las alteraciones, sino como medida preventiva de muchas anomalías; por lo que es imprescindible que el odontólogo posea los conocimientos básicos esenciales para decidir en cualquier circunstancia el tratamiento indicado, y en caso de que la valoración nos indique que no está en nuestras manos establecer un tratamiento con relativa seguridad, poderlo canalizar con los profesionales adecuados.

Es indudable que la Geriatría aplicada a la Odontología ha sido marginada, y el diagnóstico y tratamiento del anciano quedan diluídos dentro de la práctica general, restándole valor al hecho de que éste es un segmento importante dentro de nuestra población, y que como tal, también necesita de las atenciones y cuidados brindados por las ciencias médicas y odontológicas cuando así lo requieran.

Nuestro propósito es que este estudio fomente en cualquier profesional interesado, una actitud más ética y humana hacia esta parte de la población, tomando en cuenta que para ello se requiere un auténtico interés y conocimientos tanto de las a--

fecciones orales y sistémicas, como de las actitudes sociales y mentales; cuya eficaz prevención los ayudaría a conservar - cierta tranquilidad y seguridad para su desarrollo, en la que es la etapa final de su existencia.

CAPITULO I
SISTEMA NERVIOSO

MODIFICACIONES ANATOMO FISIOLOGICAS

Existen numerosas teorías del envejecimiento, una de las -- cuales menciona que: "La pérdida de células irreemplazables es la causa del envejecimiento". (42)

Partiendo de la premisa de que la célula nerviosa se considera de este tipo, dadas sus características de no reproduc--- ción, alta susceptibilidad, gran especialización, además de -- ser las responsables de la regulación de todas las funciones - corporales; podemos inferir en apoyo a la teoría antes mencio- nada, que la degeneración de las células nerviosas es una de - las causas principales del envejecimiento. (15)

A partir de la sexta década, aproximadamente, la degenera- ción y muerte celular se acentúa en el sistema nervioso, provo- cando una serie de cambios estructurales, tales como: atrofia- de las circunvoluciones, ensanchamiento de los surcos cerebra- les, reducción de la sustancia blanca del centro oval, dilata- ción de los ventrículos cerebrales, pérdida de peso cerebral y degeneración gradual y progresiva de los órganos receptores -- corpusculares, Paccini, Merkel y Meissner y de las terminacio- nes libres; estos cambios, a su vez, van a provocar una serie- de disfunciones tales como: Elevación del umbral en las termi- naciones nerviosas periféricas, deficiencias en la conducción- del estímulo, fallas en el procesamiento de la información por parte del sistema nervioso central, retardo en el tiempo de -- respuesta, así como incoordinación en las actividades volunta- rias (apraxias, dislogías, afasias) y deficiencia en las acti- vidades involuntarias. (15,64)

Además de esto, debe considerarse que estos trastornos no - están dados únicamente por la degeneración y muerte neuronal,-

sino que intervienen una serie de factores extraneuronales que van a acelerar el proceso ortoinvolutivo del sistema nervioso, entre los cuales tenemos, por ejemplo: carencias nutricionales deficiencias en cantidad y calidad del aporte sanguíneo, etc.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

Accidente vascular cerebral.

"A la crisis en que se produce infarto en una zona cerebral se le llama accidente vascular cerebral"; (42), suele ser el resultado final de una enfermedad cerebrovascular prolongada, puede ser tromboembólico, trombótico o hemorrágico, y produce un daño irreversible con la consecuente muerte neuronal y atrofia funcional de la zona afectada. (42). Puede estar causado por condiciones patológicas preexistentes, tales como: aterosclerosis, arterioesclerosis, etc.

Se manifiesta en personas de edad avanzada predominantemente, y debido al estado creciente de este tipo de población, la frecuencia tiende a ascender.

Predomina en el sexo masculino, debido a los factores de riesgo hacia las enfermedades causales, estos son: tabaquismo, stress emocional y ambiental, e hipertensión.

Manifestaciones clínicas:

Los síntomas pasajeros de una isquemia cerebral pueden manifestarse como: paresia temporal o parálisis del brazo, amnesia breve reversible, ceguera pasajera o trastornos de la visión y lenguaje; los cuales preceden a un accidente cerebrovascular, que pueden manifestarse como mareo, cefalea y fatiga, hasta un estado inconciente, fascies congestionadas, piel roja, pulso débil, el paciente puede caer en coma cada vez más profundo y por último morir. (42)

Tratamiento:

En algunas ocasiones el tratamiento es a base de corticosteroides, vasodilatadores, y anticoagulantes sólo en el infarto y en determinadas circunstancias. Vigilando de cerca la respuesta del paciente a estas medicaciones; también se pueden administrar agentes deshidratantes y en ocasiones se practica una punción lumbar para extraer líquido cefalorraquídeo con el objeto de reducir la presión intracraneal aumentada, y por último, los procedimientos quirúrgicos establecidos. (3,24)

Medidas preventivas:

1.- Se deberá tener especial cuidado en mantener la presión sanguínea cerebral, oxigenación y flujo sanguíneo intracraneal durante las intervenciones quirúrgicas.

2.- Tener cuidado con los agentes hipotensores, ya sea que se administren con fines terapéuticos o diagnósticos.

3.- Evitar dosis excesivas de sedantes.

4.- Deberán tratarse rápidamente la hipotensión general, anemia grave y policitemia, en caso de ser diagnosticadas.

5.- Esta contraindicado provocar diuresis rápida. (3,24)

Demencias seniles.

Es un trastorno en las funciones mentales de integración superior, de carácter progresivo e irreversible, que afecta principalmente los procesos intelectuales y del juicio; y que coloca al individuo en franca desventaja para la lucha por la vida

y la adaptación general a los requerimientos sociales.

Aparentemente es más común en la mujer, su inicio es gradual y aparece alrededor de los 65-70 años.

Las demencias son provocadas generalmente por padecimientos crónicos, progresivos, algunos de tipo degenerativo e irreversibles. Por ejemplo: cambios atróficos del cerebro y enfermedades angioencefálicas. (26)

Manifestaciones clínicas:

Signos y síntomas tempranos:

- Pérdida de la memoria a hechos recientes, memoria de fijación.
- Reducción de la comprensión general y de la acción.
- Falta de iniciativa, pérdida de interés.
- Fatigabilidad.
- Labilidad emocional, que incluye: irritabilidad, susceptibilidad y tendencia al llanto fácil.

Signos y síntomas tardíos:

- Su vida se reduce a funciones vegetativas, sin control consciente.
- Pérdida de casi todas o todas las facultades intelectuales.
- Incoherencia e irracionalidad.
- Mutismo, disartria, afasia e incontinencia esfinteriana.
- Comportamiento absurdo. (43,46,30,61)

Tratamiento:

No existe un tratamiento específico; la psicoterapia suele ser útil en las primeras etapas de la enfermedad. Mantenimiento de la nutrición y cuidadoso manejo de su salud general. Evitar la sobreprotección y el aislamiento. (3,30,43,24,26)

Psicosis arteriosclerótica.

Es un trastorno mental asociado a arteriosclerosis cerebral que produce una destrucción rápida y progresiva de las funciones centrales de organización de la personalidad. La causa es la arteriosclerosis y posibles factores constitucionales.

Manifestaciones clínicas.

Signos y síntomas tempranos:

- Cefalea.
- Pérdidas momentáneas reversibles de la memoria.
- Falta de concentración.
- Confusión mental leve y reversible.

Signos y síntomas tardíos:

- Parálisis parcial, temblores, trastornos del habla.
- Labilidad emocional.
- Delirios mal sistematizados.
- Trastornos sensoriales y cognocitivos.
- Convulsiones.
- Alucinaciones, que pueden ser: visuales, cenestésicas y - auditivas.
- En estados avanzados es similar a otras demencias.

Tratamiento:

No hay tratamiento específico, a menos que se intente retrasar el proceso, se puede efectuar una reducción de la presión-sanguínea intracraneal existente, la farmacoterapia a base de vasodilatadores y energizantes celulares neuronales, al igual que la psicoterapia son de gran ayuda.

En la evolución aparecen sorprendentemente estadios de mejora espontánea de duración variable que termina con una reactivación de la alteración mental. (26,43,61)

Psicosis seniles.

Las psicosis significan una desorganización más completa de la función mental y del comportamiento, que se expresan también por el desorden en las relaciones sociales hasta un grado máximo; produciendo trastornos del pensamiento y de la percepción que no pueden explicarse solamente como respuestas a la experiencia, y que son suficientemente graves para deformar la apreciación que el paciente tiene del mundo real y la relación de los acontecimientos dentro de él. A diferencia de las demencias, estos trastornos presentan remisiones. (3)

Dentro de este grupo de trastornos funcionales encontramos más frecuentemente en el anciano, la psicosis maniaco-depresiva y la depresión involutiva (43), que aparentemente son más frecuentes en la mujer y aparecen en edades entre los 50 y 70 años.

Etiología.- En forma precisa no se conoce, pero algunas teorías las relacionan con factores orgánicos, socioeconómicos y psicosociales predisponentes.

Psicosis maniaco-depresiva.

Es factible que haya una transmisión genética de algún factor bioquímico o fisiológico aún no identificado. Los ataques pueden ser de depresión, manía o hipomanía, o combinados. Pueden ser alternantes o siempre los mismos.

Signos y síntomas.

- Estadio de manía.- En primer lugar se observa que el paciente atrae más la atención que de costumbre. En forma súbita rompe con la rutina de su vida diaria. Su expresión facial se vuelve más alegre y animada; se viste con menos restricciones o en alguna forma excéntrica; conversa en voz alta y muestra --tendencia a charlar excesivamente y a argumentar demasiado; es activo, inquieto, parece enérgico, seguro de sí mismo y mentalmente despierto. En todas las etapas de la manía, la elevación del talante y la actividad psicomotora constituyen las características evidentes y peculiares de la enfermedad. (3,24,43)

- Estadio de depresión.- En esta fase el cuadro clínico es el contrario de la manía, hay lentitud tanto de las funciones mentales como físicas. El paciente se queja de sentirse mal y totalmente inseguro de sí mismo. Sus pensamientos son pesimistas y no muestra interés por nada; frecuentemente están presentes las ideas delirantes, que son reversibles. El retraso mental es tan intenso que el paciente suele no percatarse de las personas y objetos que lo rodean. El síntoma del paciente deprimido que debe preocupar más, es la tendencia al homicidio y al suicidio. (3,26,24)

Depresión involuntiva.

Es un trastorno mental denominado involuntivo porque apare-

ce en esta época de la vida y que se presenta como resultado de un factor precipitante o excitante identificable, pero en algunos casos no reconocible. El proceso es atribuido por algunos autores a la inminencia del proceso de envejecimiento y a la serie de cambios que le acompañan. Aún se discute si existen factores constitucionales hereditarios como en la melancolía.

Signos y síntomas.

En su forma completa, el cuadro clínico se caracteriza por presentar un estado afectivo desagradable que consta de varios componentes subjetivos, entre los cuales el duelo y la tristeza representan sólo una parte. Los otros componentes son: grados variables y combinaciones de ansiedad, aprensión, desesperación, abatimiento y frecuentemente hay una tendencia a la -- irritabilidad. A estos efectos se agregan, también como elementos importantes, actitudes yoicas que incluyen la sensación de profundo desamparo, disminución de la autoestimación y graves inhibiciones respecto al funcionamiento previo de la personalidad.

Estos pacientes tienen conciencia clara en cuanto a la percepción del medio que los rodea, perciben las cosas con precisión y están bien orientados. (24,3,46)

Tratamiento:

Dependiendo de la fase en que se encuentra se aplicará la terapéutica específica. El tratamiento muchas veces es difícil si el paciente tiene sospecha en cuanto a la medicación porque puede decidir no tomarla, pero al igual que la psicoterapia, es necesaria y resulta de gran utilidad. El tratamiento -

para esta enfermedad en la fase depresiva es a base de antidepresivos, el uso de electrochoques y de la psicoterapia. (24,-26,43,46)

Consideraciones Estomatológicas.

Si hay cualquier duda acerca del estado físico del paciente, es aconsejable una interconsulta médica. No se administra ningún tratamiento dental de elección durante cuando menos seis meses después del accidente cerebrovascular. Las sesiones se conservan tan cortas como sea posible. Es útil la sedación con un hipnótico, pero debe usarse con mucho cuidado, ya que la sedación intensa deprime la circulación cerebral y puede iniciar una trombosis cerebral.

En las enfermedades mentales es necesaria la interconsulta con un especialista en la materia, el cual nos señalará el momento oportuno y las condiciones favorables para el tratamiento dental de estos pacientes. (5,10)

BIBLIOGRAFIA.

- 3.- Cecil-Loeb.
Tratado de medicina interna. Tomos I y II.
Edit. Interamericana. 14ava Edición.
México, 1978.
- 5.- Cohen, Lawrence.
Medicina para estudiantes de odontología.
Edit. El manual moderno.
México, 1980.
- 10.- Dunn-Booth.
Medicina interna y urgencias en odontología.
Edit. El manual moderno.
México, 1980.
- 15.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor
España, 1976.
- 24.- Harrison, W. et al.
Medicina interna.
Edit. La prensa médica mexicana. 4a Edición.
México, 1974.
- 26.- Kolb, Lawrence C.
Psiquiatría clínica moderna.
Edit. La prensa médica mexicana. 5a Edición.
México, 1976.
- 30.- Martin-Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson. 1a. Edición.
España, 1976.
- 42.- Smith, W. Dorothy et al.
Enfermería médico-quirúrgica.
Edit. Interamericana. 4a. Edición.
México, 1978.
- 43.- Solomon, Phillip.
Manual de psiquiatría.
Edit. El manual moderno.
México, 1977.

- 46.- Von Hahn, H.P.
Geriatría Práctica.
Edit. El manual moderno.
México, 1972.
- 61.- Geriatric Psychiatry.
Journal of medicine. 47 (2): 132-134. June 1980.
- 64.- Los Complejos Mecanismos del Envejecimiento.
Revista Médico moderno. Vol. XIX, No. 1. pp. 15-34.

CAPITULO II

SISTEMA CARDIOVASCULAR

MODIFICACIONES ANATOMO-FISIOLOGICAS

En su ciclo biológico, todos los seres vivientes atraviesan por etapas evolutivas e involutivas, el proceso de envejecimiento está involucrado en estas últimas. En el sistema cardio-vascular, este proceso trae consigo alteraciones que pueden darse en la estructura del sistema, en el vasa vasorum, o pueden estar relacionados con el metabolismo, las cuales pueden considerarse como propias de una involución normal.

En el corazón, estos cambios son: descenso gradual y progresivo de la capacidad de adaptación al esfuerzo (15), reducción del rendimiento máximo hasta un 40% en las edades de 25 a 65 años (15,4), reducción del rendimiento de la contracción (30), incremento del gasto cardíaco con consecuente aumento de la presión arterial (4), el endocardio aumenta de grosor, las arterias coronarias pierden elasticidad, anatómicamente el corazón tiende a hacerse más pequeño.

Con el decline funcional, el corazón se hace más vulnerable a agresiones y enfermedades antes fácilmente superables. (30)

En los vasos sanguíneos existe pérdida de la elasticidad, aumento de calcio en sus paredes y acumulaciones lipoides en su capa íntima. Todos estos cambios traen como consecuencia una deficiencia en la irrigación de todo el organismo, lo cual trae consigo una gran gama de trastornos que dependen del grado de deficiencia y la zona afectada, es por esto, por lo que la hipertensión se hace necesaria en el anciano para ayudar a mantener el abastecimiento sanguíneo de todos los órganos corporales. (15,30,37,64,4)

ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIO-VASCULAR

HIPERTENSION ARTERIAL

Aunque es difícil precisar en el anciano los límites entre la presión arterial normal y la patológica (30,31,10,60), podemos - definirla como la elevación de las presiones diastólica y media, generalmente acompañada del ascenso de la sistólica y del aumento de la presión diferencial. (13,31,2)

Frecuencia.- A partir de los 40 años y hasta los 70 la presión sistólica y en menor grado la diastólica aumentan notablemente para alcanzar su cifra máxima entre los 65 y 75 años. Cesando el incremento de la diastólica antes que el de la sistólica; (30) después de esta edad se observa una disminución de ambas.

En cuanto al sexo, no existen hechos que sugieran que éste pueda ejercer alguna influencia en la frecuencia. (2)

Etiología.- Como aún no se puede precisar la causa específica de la hipertensión arterial esencial o primaria (60), se ha tratado de situar el origen del problema en un órgano, un lugar, etc., con el fin de dirigir hacia ese punto la investigación de la terapéutica.

La importancia del Sistema Nervioso Central en esto, radica en la explicación de la hipertensión por trastornos emocionales, tales como: neurosis y reflejos condicionados, stress psíquico y traumatismos emocionales. (24,65)

También podría ocurrir a consecuencia de hipervolemia o hiperviscosidad sanguínea, por aumento del gasto cardíaco, o por constricción arteriolar. (63,62)

El mecanismo renina-angiotensina-aldosterona, juega un papel importante en la hipertensión arterial. La angiotensina causa -constricción arteriolar sistemática en todo el cuerpo, elevando así la presión arterial. La angiotensina estimula también la --corteza adrenal para secretar aldosterona, la que hace que los--riñones retengan sodio y agua, lo que se traduce en aumento de--la presión. (42,5,13,65)

Existen otros factores etiológicos que pudieran parecer de -menor importancia, pero que se deben tomar en cuenta para tra--tar de explicar la etiología, así tenemos: la edad, el sexo, la herencia, la raza, la dieta, el clima, el medio ambiente. etc.- (13,2)

Manifestaciones clínicas.- No todos los síntomas están pre--sentes en todos los enfermos, hay muchos que no tienen sintoma--tología y saben que son hipertensos, por lo que es justificable registrar la tensión arterial en todos los individuos y princi--palmente en los de este grupo de edad. (13)

Signos y Síntomas.- Cefalea, vértigo, pérdida momentánea de--la memoria o del conocimiento, inestabilidad emocional, sensa--ción de pesadez en la cabeza, epistaxis, tinnitus, visión borro--sa o pérdida parcial o total temporal de la visión, palidéz, su--doración excesiva. Nicturia, apoplejías leves y trastornos cere--brales, angina de esfuerzo, hiperglicemia y glicosuria. (15,3,-13,42)

Tratamiento:

- Vasodilatadores, antihipertensivos.
- Sustancias que bloquean los impulsos nerviosos que mantie--nen la vasoconstricción arteriolar.

- Diuréticos, neurosedantes. (13,30,42,46,5)

Es oportuno señalar el peligro que a veces por inexperiencia significa la introducción de tratamientos antihipertensivos --- cuando las arterias se encuentran rígidas. Si se tiene una sistólica de 250 mm Hg., y se quiere llevar a las cifras teóricas-normales, se corre el riesgo de que esa "normalidad" signifique una falla circulatoria muy grave con lesiones irreversibles. - (64)

Consideraciones Odontológicas.

- Los pacientes bajo estos medicamentos serán más sensibles a la acción de ciertos medicamentos usados con frecuencia en el consultorio dental.

- Estos medicamentos pueden provocar hipotensión si después de haber estado en decúbito dorsal, se levantan con rapidez, o cuando se administran sedantes, también hacen más sensible al individuo para caer en un estado de síncope.

- Los pacientes con estos medicamentos a menudo padecen náuseas y vomitan con facilidad. (11)

ATEROSCLEROSIS

Es una enfermedad vascular, lenta y progresiva, caracterizada por la pérdida de elasticidad de la capa media en su parte interna y engrosamiento de la capa íntima arterial, por formación de ateromas que provocan el estrechamiento de la luz y, en ocasiones la obliteración total de la arteria; siendo más frecuente en el sexo masculino. (46,37)

Etiología.- Las causas específicas son desconocidas, pero se pueden citar algunos factores predisponentes y factores de riesgo, a los que se puede atribuir la patogenia:

- Edad, sexo y antecedentes familiares; obesidad, tabaquismo y estructura de la personalidad (agresiva, irritable, tensa) así como la hiperlipidemia y la hipertensión. (42,37,3,46,24)

Manifestaciones clínicas.

Síntomas de manos y pies:

- Cambios de color de la piel (palidez, rubor, cianosis), - frialdad de las extremidades, disminución de la percepción del pulso o falta del mismo, cambios tróficos en piel y uñas, mayor susceptibilidad a la infección y menor capacidad corporal para combatirla, con la tendencia a la aparición de úlceras y gangrena. En cuanto al dolor, puede presentarse con claudicación intermitente y aún en reposo, por la noche puede aparecer en forma espasmódica especialmente en los músculos de la pantorrilla. También puede haber entumecimiento y hormigueo de las extremidades. (42,37)

Tratamiento:

Es básicamente de instrucción al paciente y/o a sus familiares, acerca de ciertas medidas, tales como: cantidad y calidad de la dieta, atención meticulosa al aseo personal, evitar lesiones y exposiciones al frío; ejercicio moderado, evitar estar sentado o de pie por mucho tiempo, y al descansar, acostarse con las piernas por debajo del nivel de la cabeza. Suele prescribirse fármacos simpáticos (Priscoline) y vasodilatadores (Ciclandelato). (42)

La endarterectomia, extirpación de una placa arteriosclerótica de la luz de un vaso, y la Simpaticectomía, sección de --- los troncos o de los filetes del sistema simpático, practicada alrededor de las arterias de los miembros afectados, son los -- tratamientos quirúrgicos usados, además de la amputación del -- miembro en caso de gangrena. (42,8)

Medidas preventivas.

- Controlar la cantidad y calidad de la dieta.
- Control de la obesidad y del tabaquismo.
- Evitar las tensiones emocionales. (5,13,42)

Cabe señalar la importancia de la vigilancia médica debido al uso de los vasodilatadores ya que además de provocar reseque dad bucal y nasal, pueden producir hipotensión y taquicardia.

ANGINA DE PECHO

Es un síndrome clínico caracterizado por crisis paroxísti-- cas de dolor torácico, causado por la oxigenación inadecuada -- del corazón, desencadenada por esfuerzo y que desaparece con el reposo. (37,3,10,13)

Frecuencia.- Predomina en el sexo masculino, principalmente en aquellos que han pasado de los 50 años de edad. (24,13,3)

Etiología.- Como causas de este síndrome se señalan los si- guientes: obesidad, hipertensión, tabaquismo, grandes tensiones, aterosclerosis, infartos previos, clima frío, algunos de estos- o todos en combinación. (13,2)

Manifestaciones clínicas:

Los ataques de angina de pecho se caracterizan por presión o dolor torácico súbitos, que puede ser más extenso en la región-subesternal.

A veces el dolor se irradia hacia los hombros y brazos, especialmente del lado izquierdo o hacia el maxilar inferior, el cuello o los dientes. Algunos pacientes refieren la sensación de tensión torácica, así como la opresión o sofocamiento en la parte superior del torax o del cuello.

El paciente puede sufrir palidez, sudoración y desmayo, sensación de estrangulamiento y ansiedad, puede o no haber disnea. Las personas que lo padecen, es especialmente al caminar cuesta arriba y poco después de la comida, con la excitación o el ejercicio, pero en el momento de detenerse todo el malestar se desvanece. (13,3,42,5,10,24)

Anatomía patológica.- Los hallazgos son principalmente aterosclerosis extensa, así como pequeñas cicatrices y zonas de fibrosis en el miocardio y estenosis subaórtica. (3)

Tratamiento:

- Nitroglicerina en tabletas sublinguales.
- Sedantes y tranquilizantes.
- Vasodilatadores.
- Hipocolesterolemiantes
- Evitar factores de riesgo, proponiéndose dejar de fumar radicalmente, bajar de peso, llevar una vida tranquila, delegar responsabilidades a otras personas, regular la dieta, etc. (42, 13,3,24,2)

CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS

El tratamiento de la angina de pecho en el consultorio dental consiste en:

- 1.- Reconocimiento del dolor característico de este padecimiento.
- 2.- Suspender todo tratamiento dental en progreso.
- 3.- Suministrar oxígeno mediante máscara.
- 4.- Administrar nitroglicerina por vía sublingual.
- 5.- Canalizarlo a interconsulta médica general.

Si existe conocimiento previo de que el paciente padezca la enfermedad, deberán tomarse en cuenta ciertas medidas antes de someterlo a tratamiento dental:

- 1.- Sedar sistemáticamente antes de la cita.
- 2.- Prohibirle fumar las 48 horas previas a la cita.
- 3.- Programar la cita a media mañana o a media tarde, o sea entre comidas.
- 4.- Administrar nitroglicerina aproximadamente 5 min. antes de iniciar la intervención. (5,10)

INFARTO DE MIOCARDIO

El infarto de miocardio agudo es un síndrome clínico resultante de un riego deficiente para una zona de miocardio; a nivel de las arterias coronarias, termina en muerte y necrosis celular. (3,10,68)

Etiología.- Edad, sexo, raza, herencia, ocupación, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, ate-

rosclerosis coronaria. (13,68)

Frecuencia.- Es más frecuente en el sexo masculino, en la edad de 50-60 años. (24)

Manifestaciones clínicas.

Los síntomas del infarto miocárdico agudo son: dolor repentino e intenso en el tórax, generalmente precordial o subesternal que a veces se irradia al hombro y al brazo, hasta el maxilar inferior, especialmente en los dientes del lado izquierdo.

El dolor es más frecuente y de mayor duración que el de la angina de pecho, y no se relaciona forzosamente con el ejercicio, a diferencia de éste, el dolor de infarto de miocardio no se alivia con el reposo o la nitroglicerina, puede durar varias horas o hasta uno o dos días.

En algunos pacientes el dolor se acompaña de síntomas de choque, palidez, diaforesis, desvanecimiento, disnea, cianosis, tos, una profunda caída de la presión arterial y pulso débil y rápido provocado por la repentina disminución del gasto cardíaco.

Pueden producirse náuseas y vómitos que inducen a pensar -- que se trata de un ataque de indigestión aguda. (42,13,10,24,37 3,5,68)

Tratamiento:

El primer objetivo es suprimir el dolor precordial a toda costa, se pueden usar diversos analgésicos como la morfina o meperidina, que se repiten periódicamente hasta suprimir el dolor.

El oxígeno por catéter nasal mejora el dolor, se impone el reposo completo mientras haya dolor y en las fases iniciales -- del cuadro agudo.

Los vasodilatadores son útiles para mejorar la circulación coronaria colateral; los bloqueadores adrenérgicos pueden ayudar al corazón evitándole trabajo e impidiendo el dolor durante la evolución del infarto, además su empleo disminuye la extensión del tejido lesionado. También se recomiendan los inhibidores de la aglutinación plaquetaria y anticoagulantes. (42,13,24 3,68)

Medidas preventivas.

En caso de que existan, controlar la enfermedad sistémica -- presente (diabetes, hipertensión hipercolesterolemia), eliminar el hábito de fumar, controlar la dieta y evitar el stress emocional.

CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS

En caso de que se presente este tipo de urgencia en el consultorio dental, deberán tomarse medidas preventivas tales como:

- 1.- Colocar al paciente en posición de Trendelenburg.
- 2.- Administrar oxígeno.
- 3.- Tomarle la presión arterial.
- 4.- Administrar líquidos por vía intravenosa.
- 5.- Para aliviar el dolor de preferencia se le administrará -- morfina de 10 a 15 mg; si no se dispone de éste, se le aplicará Demerol de 75 a 125 mg.

- 6.- Se le mantendrá el calor a la paciente y se le reafirmará - que se está controlando la situación.
- 7.- Se llamará a un Médico o a una ambulancia. Esta es una ur-- gencia médica que requiere hospitalización. (10)

BIBLIOGRAFIA

- 2.- Carral y de T. Rafael.
Semiología cardiovascular.
Edit. Interamericana. 5a Edición.
México, 1974.
- 3.- Cecil-Loeb.
Tratado de medicina interna. Tomos I y II.
Edit. Interamericana. 14ava. Edición.
México, 1978.
- 4.- Colorado, Fco. Ramón.
La esfera bio-psico-social en el anciano asilado.
Tesis Médico Cirujano.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México, Febrero 1981.
- 5.- Cohen, Lawrence.
Medicina para estudiantes de odontología.
Edit. El manual moderno.
México, 1980.
- 8.- Dabout, E.
Diccionario de Medicina.
Edit. Epoca. S.A.
México, 1979.
- 10.- Dunn-Booth.
Medicina interna y urgencias en odontología.
Edit. El manual moderno.
México, 1980.
- 11.- Dunn-Booth-Clancy.
Farmacología, analgesia, técnicas de esterilización y cirugía bucal en la práctica dental.
Edit. El manual moderno.
México, 1980.
- 13.- Espino Vela, J.
Introducción a la Cardiología.
Edit. Méndez Oteo. 9a Edición.
México, 1979.

- 15.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 24.- Harrison, W. et al.
Medicina interna.
Edit. La Prensa Médica Mexicana. 4a Edición.
México, 1974.
- 30.- Martin-Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson. 1a Edición.
España, 1976.
- 31.- Mc. Bryde-Blacklow.
Signos y síntomas. Fisiopatología aplicada e interpreta--
ción clínica.
Edit. Interamericana. 5a Edición.
México, 1973.
- 37.- Robbins, Stanley L.
Patología estructural y funcional.
Edit. Interamericana.
México, 1975.
- 42.- Smith, W. Dorothy. et al.
Enfermería médico-quirúrgica.
Edit. Interamericana. 4a Edición.
México, 1978.
- 46.- Von Hahn, H.P.
Geriatría Práctica.
Edit. El manual moderno.
México, 1972.
- 60.- Conceptos actuales de la presión arterial elevada.
Avances recientes en hipertensión, la parte, pp. 3-4.
México, 1981.
- 64.- Los complejos mecanismos del envejecimiento.
Revista Médico Moderno. Vol. XIX, No. 1, pp. 15-34.
México, Sep. 1980.
- 65.- Mecanismos neurógenos de presión arterial alta.
Avances recientes en hipertensión, 2a parte, pp. 1-15.
México, 1981.
- 68.- Urgencias cardiovasculares.
Rev. ICI-FARMA. pp. 1-14.
México, 1981.

CAPITULO III
SISTEMA RESPIRATORIO

MODIFICACIONES ANATOMO-FISIOLOGICAS

El proceso ortoinvolutivo trae como consecuencia un detrimento de la función respiratoria, manifestándose por la limitada actividad muscular y mayor incidencia de enfermedades respiratorias en el anciano, las cuales van a estar basadas en los cambios anatómo-fisiológicos presentes en cada individuo, tales como las modificaciones de la caja torácica que incluye la xifosis dorsal acentuada, encurvación del esternón, disminución de la capacidad de expansión del tórax por calcificación de los cartílagos costales y rigidez de las articulaciones costovertebrales.

Los músculos respiratorios se atrofian, el diafragma tiende a fijarse en posición baja.

La musculatura de la laringe y faringe se debilita, la tráquea se ensancha, el espacio muerto aumenta; la atrofia de las mucosas respiratorias se extiende desde la nariz a todo el árbol traqueobronquial, en tanto que submucosa tiende a fibrosarse, la actividad ciliar se hace más lenta, las células mucíparas se multiplican, y la abundancia de secreciones se eliminan más difícilmente.

La elasticidad de los alveolos disminuye, la mecánica ventilatoria está entorpecida, aparecen manifestaciones de aterosclerosis y trombosis en los vasos.

El aumento de la rigidez de la caja torácica conjuntamente con la disminución de la fuerza de los músculos espiratorios -- disminuye la efectividad propulsiva de la tos que favorece las complicaciones e infecciones de los órganos respiratorios.

En el terreno funcional, esté o no aumentada la capacidad total, los volúmenes útiles disminuyen y el volúmen residual se incrementa.

Todas las comprobaciones anatómicas y fisiopatológicas explican la vulnerabilidad del aparato respiratorio del anciano ante cualquier agresión, por insignificante que ésta pueda parecer al principio. (30,46,15,4)

ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

BRONQUITIS CRONICA

Es un estado patológico caracterizado por la inflamación de la mucosa bronquial, con existencia de tos crónica y expectoraciones continuas que pueden ser nocturnas o al despertar por las mañanas; y puede presentar exacerbaciones agudas posteriores a la exposición al humo, tabaco o a un resfriado. (24,5,25)

En el tratamiento de los casos con ataque, la administración por vía bucal de broncodilatadores, como la efedrina, la aminofilina y la adrenalina pueden ser útiles para reducir el espasmo; los expectorantes como yoduro de potasio, y los antibióticos como las tetracíclicas, en los casos con secreción mucopurulenta. (3,6,10,31,37,42,46)

ASMA

El asma es un síndrome determinado por factores alérgicos - infecciosos o reflejos que se caracteriza por accesos de disnea paroxístmicos con espiración prolongada y acompañada de estertores silbantes y roncantes que empeoran con el esfuerzo, se exa-

geran con la ansiedad y tienden a ser más intensos por la noche.
(6,25,3)

ENFISEMA PULMONAR

El cuadro histológico del enfisema se caracteriza por aumento de volúmen de las vías respiratorias hasta los bronquiolos terminales a consecuencia de dilatación o destrucción de sus paredes (24), el síntoma principal es la disnea pero puede presentar malestar general, fatiga fácil, anorexia, pérdida de peso e incoordinación en los movimientos respiratorios.

"La multiplicidad de métodos terapéuticos propuestos para el enfisema indica que no existe alguno realmente satisfactorio. Cuando la alteración ha avanzado, los cambios pulmonares son -- irreversibles". (25)

Queda la alternativa de enseñar a los pacientes ejercicios-respiratorios para mejorar el intercambio gaseoso. (5)

CONSIDERACIONES ODONTOLÓGICAS

Asma, Bronquitis, y Enfisema pulmonar.

Debe tenerse especial cuidado con este tipo de pacientes durante las consultas dentales debido a que pueden presentarse accesos de tos que interrumpan los procedimientos.

Los broncodilatadores se usan únicamente para prevenir los ataques nocturnos. La efedrina y la isoprenalina deben ser usadas con precaución debido a sus efectos colaterales cardíacos.

Los corticosteroides (prednisona), son altamente efectivos y se necesitan para el control de los síntomas en la mayoría de los ancianos asmáticos.

Entre los sedantes, el hidrato de cloral es el menos peligroso y es efectivo en la mayoría de los tipos de indicación clínica relevante que se plantean en Odontología. /

El uso de drogas narcóticas esta contraindicado debido a su efecto depresivo sobre la respiración. (46)

Para el paciente que está tomando cortisona, se pueden necesitar cantidades adicionales antes de efectuar cualquier procedimiento quirúrgico debido al stress asociado a menudo con las visitas dentales.

Estos pacientes pueden requerir antibióticoterapia porque disminuyen las respuestas inmunitarias ante la infección. (11)

BIBLIOGRAFIA

- 3.- Cecil-Loeb
Tratado de Medicina Interna. Tomos I y II.
Edit. Interamericana. 14ava. Edición.
México, 1978.
- 4.- Colorado Fco. Ramón.
La Esfera Bio-Psico-Social en el Anciano Asilado
Tesis Médico Cirujano.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
Febrero 1981.
- 5.- Cohen Lawrence.
Medicina para Estudiantes de Odontología.
Edit. El manual Moderno.
México, 1980.
- 6.- Cosío Villegas, Celis Salazar, Cosío Pascal.
Aparato Respiratorio. 9a Edición.
Edit. Méndez Oteo.
México, 1980.
- 10.- Dunn-Booth.
Medicina Interna y Urgencias en Odontología.
Edit. El Manual Moderno
México, 1980.
- 11.- Dunn-Booth-Clancy.
Farmacología, analgesia, técnicas de esterilización y cirugía en la práctica dental.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1980.
- 15.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 24.- Harrison, W. et al.
Medicina Interna.
Edit. La Prensa Médica Mexicana. 4a Edición.
México, 1974.
- 25.- Hinsaw H. Corwin.
Enfermedades del Tórax.
Edit. Interamericana. 3a Edición.
México, 1969.

- 30.- Martin Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson.
España, 1976.
- 31.- McBryde-Blacklow.
Signos y Síntomas. Fisiopatología aplicada e interpreta--
ción clínica.
Edit. Interamericana. 5a Edición.
México, 1973.
- 37.- Robbins, Stanley L.
Patología Estructural y Funcional
Edit. Interamericana.
México, 1975.
- 42.- Smith, W. Dorothy et al.
Enfermería Médico-Quirúrgica.
Edit. Interamericana 3a Edición.
México, 1978.
- 46.- Von Hahn, H.P.
Geriatria Práctica.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1972.

CAPITULO IV
SISTEMA DIGESTIVO

ALTERACIONES ANATOMO-FISIOLOGICAS

Burquer, clasifica dos tipos de tejidos: los tejidos braditróficos, en los cuales la división celular es mínima o nula; y taquitróficos, en los que la reproducción celular es muy marcada (15). Al tener presente que el sistema digestivo parece envejecer con menos rapidez que muchos otros órganos, lo consideramos dentro del segundo grupo, no obstante, aparecen con el envejecimiento los siguientes cambios: (30)

- Disminución de las secreciones digestivas y del poder enzimático de las mismas.
- 15 a 30% de aclorhidria después de los 60 años.
- Atrofia de la mucosa gástrica.
- Dificultad para la digestión de proteínas.
- Malabsorción del hierro y el calcio, de los alimentos -- energéticos y de las vitaminas.
- Invasión del intestino delgado por flora cólica.
- Atrofia del páncreas.
- Hipotonía muscular del colon a partir de los 50 años.

Todos estos cambios producen a menudo una pérdida del apetito y aversiones alimentarias en ocasiones selectivas, que junto con las carencias dentarias agravan el problema de la malnutrición en el paciente anciano. (30,4,46,37)

ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

"No hay enfermedades específicas relacionadas con la edad-producidas en el sistema digestivo". (46)

Existen ciertas alteraciones del aparato digestivo que no-

son de gran trascendencia, pero deben tomarse muy en cuenta en este grupo de edad por las complicaciones que de ellas derivan. Entre éstas tenemos:

Diarrea.- que significa la eliminación de heces excesivamente líquidas o excesivamente frecuentes. La duración y evolución varían ampliamente según el curso de la enfermedad fundamental. (3,31)

Las complicaciones que pueden presentarse son: deshidratación y desequilibrio de líquidos, puede producir efectos circulatorios tales como hemoconcentración, aumento de la viscosidad de la sangre, disminución del gasto cardiaco, caída de la presión arterial y aumento del tiempo de circulación, delirio y parálisis respiratoria. Efectos renales como oliguria extrema o anuria que pueden conducir a una insuficiencia renal. (31)

Estreñimiento.- se define como deposiciones duras y secas que, por regla general tienen lugar con poca frecuencia. El estreñimiento prolongado puede conducir a impactación de materia fecal en el intestino, así como a hemorroides debido a la presión aumentada que se requiere para defecar, a distensión abdominal, y peritonitis en casos extremos. (3,5,24,10,31)

Gastritis crónica.- Es una inflamación de la mucosa gástrica, caracterizada por atrofia progresiva e irreversible de la misma, por lo que se le ha llamado también gastritis atrófica.- (3,5,24)

Úlcera péptica.- Es una pérdida netamente circunscrita del tejido que reviste las partes del tubo digestivo expuestas al jugo gástrico, que contiene ácido hidroclicórico y pepsina. (3,5)

Consideraciones Estomatológicas.

En el tratamiento odontológico, este tipo de alteraciones no representa una interferencia significativa, excepto al prescribir ciertos medicamentos que pudieran agravar dichos trastornos. Por ejemplo, la aspirina sin capa entérica que puede irritar a la mucosa del sistema digestivo.

La atropina y otros medicamentos usados para tratar las úlceras gástricas pueden producir además resequedad de la boca, - etc. (5,11,38)

BIBLIOGRAFIA

- 3.- Cecil-Loeb
Tratado de Medicina Interna. Tomo I y II
Edit. Interamericana. 14ava Edición.
México, 1978.
- 4.- Colorado Fco. Ramón.
La Esfera Bio-Psico-Social en el Anciano Asilado.
Tesis Médico Cirujano.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
Febrero 1981.
- 5.- Cohen, Lawrence.
Medicina para Estudiantes de Odontología.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1980.
- 10.- Dunn-Booth.
Medicina Interna y Urgencias en Odontología.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1980.
- 11.- Dunn-Booth-Clancy.
Farmacología, analgesia, técnicas de esterilización y cirugía bucal en la práctica dental.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1980.
- 15.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 24.- Harrison, W. et al.
Medicina Interna.
Edit. La Prensa Médica Mexicana. 4a Edición.
México, 1974.
- 30.- Martin-Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson.
España, 1976.
- 31.- McBryde-Blacklow.
Signos y Síntomas. Fisiopatología aplicada e interpretación clínica.
Edit. Interamericana. 5a Edición.
México, 1973.

- 37.- Robbins, Stanley L.
Patología Estructural y Funcional.
Edit. Interamericana.
México, 1975.
- 42.- Smith W. Dorothy. et al.
Enfermería Médico-Quirúrgica.
Edit. Interamericana. 4a Edición.
- 46.- Von Hahn H.P.
Geriatría Práctica.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1972.

CAPITULO V
SISTEMA ENDOCRINO

ENFERMEDADES DEL SISTEMA ENDOCRINO

Hipertiroidismo (Tirotoxicosis)

Es un estado de aumento de actividad de la glándula tiroidea, que se acompaña de producción de cantidades excesivas de hormona tiroidea (3,10). Es más frecuente en la mujer en proporción de 6 - 1 aproximadamente, y en edad de 30 a 50 años. (3,15 24,30,42)

Etiología:

Puede presentarse en relación a una manifestación de un --traumatismo nervioso; aunque es controvertidamente aceptado, se puede tomar como un factor causal.

El elemento causal que mayor aceptación ha tenido, y se ha demostrado, es que en ésta enfermedad de hiperfunción tiroidea, se debe a la acción de una seroglobulina hormonotrópica llamada ETAP (Estimulador Tiroideo de Acción Prolongada), o LATS (Long-Action Thyroid Stimulator), cuya acción inicial en el metabolismo tiroideo del yodo consiste en estimular la liberación hormonal, pero también es capaz de aumentar la captación de I 131, y causar hiperplasia tiroidea. (42,24,3)

Manifestaciones clínicas:

En los pacientes con hipertiroidismo manifiesto, se pueden hallar los siguientes signos y síntomas:

- Exoftalmia, bocio, temblor en los dedos y en la lengua - principalmente nerviosismo, inestabilidad emocional, diaforesis y termofobia, palpitaciones e hipercinesis; piel húmeda, pérdida de peso a pesar de estar aumentado el apetito. Es frecuente observar debilidad muscular y fatiga fácil, disnea de esfuerzo, taquicardia, presión sistólica elevada y fibrilación articular- hasta llegar a una insuficiencia cardíaca. (3,5,11,10,15,24,30,

31,37,42)

Las manifestaciones neuromusculares y cardiovasculares predominan en los pacientes de mayor edad. (24)

Tratamiento:

Hay dos formas de tratamiento que tienden a limitar la cantidad de hormona tiroidea que pueda producir la glándula, a saber: el uso de antitiroideos, la extirpación subtotal de tejido tiroideo y el uso de yodo radioactivo. (3,5,11,10,24,30,42,38)

En los pacientes de edad avanzada se recomienda el uso de ésta última debido a su sencillez y a la ausencia de complicaciones quirúrgicas y de hospitalización (3). Aunque Cohen menciona la restricción del yodo radioactivo en éstos pacientes, por el temor de inducir cáncer tiroideo.

Consideraciones Odontológicas

El paciente hipertiroideo es un candidato deficiente para el tratamiento dental sistemático, a menos de sedarlo adecuadamente. Son particularmente susceptibles a presentar reacciones nocivas después de administrarles epinefrina. (5,11)

HIPOTIROIDISMO

Definición.-

Insuficiencia en la secreción hormonal tiroidea.

Frecuencia.- "De 1.7 a 2% de los enfermos en los servicios-

geriátricos, en la tercera edad es 8 veces más frecuente que el hipertiroidismo". (30)

4 a 7 veces más a menudo en las mujeres que en los hombres entre los 30 y los 60 años de edad. (30,24)

Etiología.- Atrofia idiopática del tiroides. (3,24)

Primario, como consecuencia del tratamiento del hipertiroidismo con yodo (30) radioactivo o tiroidectomía. (3,24)

Tiroiditis de Hashimoto, caracterizada por la infiltración linfocitaria masiva y por la sustitución difusa del parénquima tiroideo por tejido fibroso. (30)

Como consecuencia de un estado de hipertiroidismo, aparece algunas veces la tiroiditis. (30,3)

Puede ser secundaria a una deficiencia de la hipófisis, alteración en la secreción de hormona tirotrópica. (30)

Una causa congénita, es el cretinismo, que se caracteriza por carencia durante la vida intrauterina de yodo y de hormonas tiroideas, que trae como consecuencia alteraciones en el sistema nervioso, en la tiroides, en los órganos de los sentidos y en los huesos. (30,1,24,42)

Signos y síntomas:

Rasgos faciales subrayados y engrosados, faz abotagada, --- piel pálida y ligeramente infiltrada, leve edema parpebral.

Ritmo de la actividad enlentecido, palabra más lenta e idea

ción más difícil.

Fatiga, lentitud en el trabajo y en los actos más sencillos, sensibilidad al frío, edemas faciales, voz enronquecida, falta de aliento, angina de pecho, caída del cabello, trastornos psíquicos, ausencia de diaforesis, xantosis palmar que se evidencia por la no transformación del caroteno en vitamina "A".

Pulso lento, tonos cardíacos poco audibles, hipotensión arterial, el electrocardiograma muestra un bajo voltaje y una alteración de la fase terminal. (30)

Reflejos débiles, respiración lenta, acumulación de mucopolisacáridos y proteínas que constituyen el mixedema, fibras musculares deshilachadas con células que pueden estar necróticas, hipoplasia de la médula ósea.

El corazón suele estar aumentado de volumen por infiltración mixedematosa.

Digestión lenta, flatulencia, atonía intestinal y constipación.

Parestesias, vértigos, ataxia, hipersomnia. (30)

Miastenia, debido a la infiltración mixedematosa de los músculos, caracterizada por debilidad intensa, sobre todo a la marcha. (30)

Eliminación urinaria escasa, anemias de origen y aspectos diversos (30), edema de la lengua y de la laringe, aumento de la fragilidad capilar, arteriosclerosis, rinorrea y sordera. (24)

Puede ocurrir derrame en cualquier espacio limitado por serosa. (3)

Engrosamiento de las cápsulas articulares y derrame intraarticular. (3)

Disminución en la síntesis de ácido nucleico y proteína.

Coma mixedematoso, caracterizado por depresión respiratoria y la consiguiente narcosis por CO₂ e hipotermia. (24)

Tratamiento:

Extracto tiroideo en dosis que van aumentando paulatinamente hasta alcanzar la dosis útil repartida a lo largo del día, observando los posibles signos de intolerancia, como son la taquicardia, insomnio y nerviosismo.

La máxima efectividad se alcanza después de dos semanas de tratamiento.

Otros medicamentos son la L. tiroxina y la triyodotironina.

Observación del enfermo. (30,3,24,42)

DIABETES SACARINA

Definición.-

Síndrome metabólico, genético, caracterizado por la elevación excesiva de la glucosa sanguínea, acompañada de alteraciones en el metabolismo de los lípidos y las proteínas; ocasionada por la falta relativa o absoluta de insulina. (24,37,10,69)

Signos y síntomas:

- Poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso.
- Fatiga excesiva, visión confusa, somnolencia y prurito.
- Infecciones moniliásicas, piel seca, retraso en la cicatrización, impotencia sexual y dolor o entumecimiento de las extremidades. (69,42,24,30)

Signos y síntomas orales:

- Lengua seca, saliva ácida, pérdida de las papilas filiformes; gingivitis, glucosialorrea.
- Movilidad dentaria y resorción ósea; abscesos y pérdida de dientes.
- Xerostomía, estomatopirosis, halitosis, aliento cetónico y parodontopatías. (10,15,47,41,22)

Tratamiento:

- Insulina, hipoglucemiantes orales y régimen dietético. -- (42,69,24,30)

Consideraciones odontológicas

La mayoría de los diabéticos reciben instrucciones de sus médicos para que verifiquen diariamente el nivel de glucosa en orina. Si el paciente no lo ha hecho, o si la lectura de ésta nos demuestra niveles elevados, se extremarán las precauciones y se le dará un tratamiento paliativo, dependiendo el caso y el juicio del odontólogo; además de canalizarlo con su médico familiar.

Si la lectura está en niveles aceptables, se le interroga como está controlando su padecimiento, y si tomo la medicación habitual para ese día y ha tomado sus alimentos, se prosigue al tratamiento. Esto es importante, ya que así se evita la posibilidad de un choque insulínico.

Para tratar el choque insulínico, que puede manifestarse por; nerviosismo, temblores, dolor abdominal, náuseas, diaforesis y pérdida transitoria de la memoria; se le debe dar una cantidad considerable de azúcar o jugo de naranja.

Deben evitarse los anestésicos que contengan adrenalina ya que pueden provocar hiperglicemia y ocasionar un coma diabético.
(10,11,5)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bhaskar S.N.
Patología Bucal.
Edit. El Ateneo. 3a Edición.
México, 1979.
- 3.- Cecil-Loeb.
Tratado de Medicina Interna. Tomos I y II.
Edit. Interamericana. 14ava Edición.
- 5.- Cohen-Lawrence.
Medicina para Estudiantes de Odontología.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1980.
- 10.- Dunn-Booth.
Medicina Interna y Urgencias en Odontología.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1980.
- 11.- Dunn-Booth-Clancy.
Farmacología, analgesia, técnicas de esterilización y cirugía bucal en la práctica dental.
Edit. El Manual Moderno
México, 1980.
- 15.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 22.- Gorlin-Goldman.
Thoma Patología Oral.
Edit. Salvat.
México, 1973.
- 24.- Harrison, W. et al.
Medicina Interna.
Edit. La Prensa Médica Mexicana. 4a Edición.
México, 1974.
- 30.- Martín Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson.
España, 1976.

- 31.- McBryde-Blacklow.
Signos y Síntomas. Fisiopatología aplicada e interpretación clínica.
Edit. Interamericana. 5a Edición.
México, 1973.
- 37.- Robbins, Stanley L.
Patología Estructural y Funcional.
Edit. Interamericana.
México, 1975.
- 38.- Rosenstein Emilio.
Diccionario de especialidades farmacéuticas
Edit. P.L.M. 25ava Edición.
México, 1979.
- 41.- Shafer, William G., et al.
Tratado de Patología Bucal.
Edit. Interamericana. 33a Edición.
México, 1977.
- 42.- Smith, W. Dorothy et al.
Enfermería Médico-Quirúrgica.
Edit. Interamericana 4a. Edición.
México, 1978.
- 47.- Zegarelli-Kutscher-Hyman.
Diagnóstico en Patología Oral.
Edit. Salvat.
España, 1978.
- 69.- XI Curso Panamericano para Graduados.
"Diabetes Mellitus en Medicina General".
Fac. Medicina, Harvard Medical School, Joslin Diabetes Foundation Inc., Abril 28-29, México, 1980.

CAPITULO VI
SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO

MODIFICACIONES ANATOMO-FISIOLOGICOS

Con la senescencia se producen gradualmente muchos cambios - en los tejidos como parte de este proceso involutivo y que son - tan normales como el encanecimiento del pelo y la presencia de - arrugas en la piel.

Los cambios en el sistema músculo esquelético llevan consigo una disminución gradual de la fuerza muscular como resultado de la reducción de las células musculares que son sustituidas por - grasa intramuscular.

"El máximo rendimiento muscular se encuentra entre los 20 y- 30 años, y alrededor de los 60-70 años es menor que en niños de- 6 años". (15) También se encuentra una disminución progresiva - del movimiento articular ocasionada por el cambio gradual de la- superficie lisa y deslizante del cartílago articular joven en -- una superficie granular y mate en las personas de edad avanzada. Además debido a la limitada capacidad de regeneración del cartí- lago articular, las alteraciones degenerativas tienden a conver- tirse en irreversibles y progresivas haciéndose manifiesta la xi fosis dorsal característica, causada por el estrechamiento de -- los espacios intervertebrales que conlleva a una disminución gra dual de la estatura durante las últimas décadas de la vida. (39)

ENFERMEDADES DEL SISTEMA MUSCULO-ESQUELETICO

OSTEOPOROSIS POST-MENOPAUSICA O SENIL

La osteoporosis post-menopáusica y/o senil, es una atrofia metabólica del hueso, caracterizada por resorción osteoclástica-marcada y acompañada de una disminución en la capacidad osteoblastica, ocasionando una reducción de la masa ósea que queda privada de la médula hematopoyética o adiposa, sin modificarse la proporción del material orgánico y mineral del hueso; quedando de ésta forma más susceptible a las fracturas. Y ha recibido éste nombre, ya que esta enfermedad parece ser un corolario exagerado de la senescencia. (39,30,3,5)

Manifestaciones clínicas:

El paciente suele presentar un grado anormal de cifosis dorsal por compresión vertebral y la consiguiente disminución de la estatura; dolor de espalda, lumbago crónico e intermitente, así como dolor óseo en otras regiones anatómicas. (66,39,46,30,3)

Tratamiento:

Aunque no existe tratamiento médico específico para detener y estabilizar completamente éste proceso osteoporótico; se puede conseguir cierta ayuda, ya sea retrasando la pérdida ósea o aumentando la capacidad funcional del paciente utilizando suplementos minerales, hormonas específicas y la fisioterapia. (39,30,3,24)

Consideraciones Odontológicas

Al inicio del tratamiento, se debe hacer una evaluación radiográfica de los maxilares y de las articulaciones temporomandi

bulares, debido a las características óseas antes mencionadas, -- con el propósito de evitar cualquier accidente que involucre la integridad de nuestro paciente.

ARTITRIS REUMATOIDE

Es una enfermedad inflamatoria del tejido conectivo, crónica, generalizada y de origen desconocido; que se caracteriza por presentar remisiones y exacerbaciones y cuya participación articular es simétrica y bilateral. (5,42,39,37)

Aunque afecta al corazón, vasos sanguíneos, pulmones, ojos, piel, músculo, nervios periféricos y otros órganos; fundamentalmente origina artritis lentamente progresiva e invalidante. (37)

Manifestaciones clínicas:

Al principio los síntomas no son reumáticos y consisten en fatiga, anorexia, pérdida de peso y fiebre ocasional; más adelante, los pacientes suelen quejarse de dolor e inflamación de las articulaciones.

Las articulaciones afectadas suelen estar aumentadas de volumen, dolorosas y sensibles al movimiento, pueden tener color rojo y estar calientes. Es frecuente la desviación cubital de los dedos y deformaciones como garras. La piel de revestimiento suele estar reluciente, roja y atrófica.

Una vez afectada la articulación tiende a permanecer inflamada durante semanas, meses o años. (30)

Tratamiento:

Tiene como finalidad obtener más comodidad del paciente, prevenir o corregir las deformidades y conservar o recuperar la función de las zonas afectadas del sistema musculo-esquelético; lo cual se logra a base de fisioterapia, farmacoterapia o en el último de los casos la intervención quirúrgica.

Consideraciones Odontológicas

Cuando la actividad de la enfermedad persiste durante la vejez, son frecuentes las destrucciones articulares, sufriendo con facilidad luxaciones de la articulación temporomandibular con la manipulación de los procedimientos odontológicos, mermando notablemente la función e impidiendo de alguna forma el buen desarrollo de la terapéutica. Además hay que considerar que una proporción importante de estos enfermos son inválidos casi totales y con mayor frecuencia se presenta en el sexo femenino. (5,11,30,-42,39)

ARTROPATIA DEGENERATIVA

Es un proceso degenerativo que afecta al cartílago hialino articular, principalmente en las articulaciones que soportan peso, por ejemplo: columna vertebral, cadera, rodilla; sin embargo se pueden presentar en las articulaciones de las manos y espina-cervical.

Se caracteriza primero por la degeneración progresiva del -- cartílago, hipertrofia y remodelado del hueso subcondral (24), e inflamación secundaria de la membrana sinovial. No existen mani-

festaciones sistémicas generales. (24,39)

Puede ser primaria, porque se desarrolla con la edad y ser - como una exageración del proceso normal de envejecimiento de las articulaciones; y secundaria, cuando es resultado de una lesión, deformidad o enfermedad que dañe al cartílago articular. (39,37, 5)

Es el tipo más frecuente de artritis y se ha calculado que a partir de los 60 años de edad, el 25% de las mujeres y el 15% de los hombres presentan síntomas relacionados con éste padecimiento. (39)

Signos y síntomas:

Hay dolor sordo, grave e intermitente que se acentúa con el movimiento articular y que alivia con el reposo, aunque algunas veces se presenta éste estando en reposo.

Existe crepitación y gelificación articular, la articulación tiende a hacerse rígida con limitación de la movilidad y espasmo muscular; en el tipo primario se observan con frecuencia los Nódulos de Heberden en las articulaciones interfalángicas distales. (39,3,24,37,5)

Tratamiento:

Ortopedia, farmacoterapia sintomática, psicoterapia, combinación de reposo y ejercicio programados, estimulación para reducir la obesidad, y reparación quirúrgica. (39,3,24,42,37,5)

El tratamiento dental se puede efectuar sin problemas, ya -- que la enfermedad no representa un obstáculo para el mismo; solo

en el caso de afección de la articulación temporomandibular, se-
requerirán los mismos cuidados que en la artritis reumatoide.

BIBLIOGRAFIA

- 3.- Cecil-Loeb.
Tratado de Medicina Interna. Tomos I y II.
Edit. Interamericana. 14ava Edición.
México, 1978.
- 5.- Cohen, Lawrence.
Medicina para estudiantes de Odontología.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1980.
- 11.- Dunn-Booth-Clancy.
Farmacología, analgesia, técnicas de esterilización y cirugía bucal en la práctica dental.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1980.
- 15.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 24.- Harrison, W. et al.
Medicina Interna.
Edit. La Prensa Médica Mexicana. 4a Edición.
México, 1974.
- 30.- Martín-Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson. 1a Edición.
España, 1976.
- 37.- Robbins, Stanley L.
Patología estructural y funcional.
Edit. Interamericana.
México, 1975.
- 39.- Salter, R.B.
Trastornos y lesiones del sistema músculo-esquelético.
Edit. Salvat S.A.
México, 1971.
- 42.- Smith, W. Dorothy et al.
Enfermería médico-quirúrgica.
Edit. Interamericana. 4a Edición.
México, 1978.

- 46.- Von Hahn, H.P.
Geriatría Práctica.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1972.
- 66.- Osteoporosis.
Rev. Mundo Médico S.A. Vol. 1, No. 1, pp. 1-8.
México, 1981.

CAPITULO VII
SISTEMA UROGENITAL

ALTERACIONES ANATOMO-FISIOLOGICAS

El proceso de envejecimiento trae consigo trastornos que podrían considerarse como normales del mismo, entre éstos tenemos: La masa renal disminuye en un 30% en la edad aproximada de 85 años (Roesle y Roulet) (4). El decline de la función renal, debido a la reducción del número de glomerulos, que -- trae como consecuencia sucesos como la disminución del ritmo de filtración glomerular en un 46% desde los 20 a los 90 años de edad (Nathan Shock y col.) (4). El flujo sanguíneo disminuye en un 53%, hecho que se observa en la disminución de la -- eliminación de urea (1/3), la reducción en la excreción de -- creatinina. (15)

Se ha demostrado que la función renal disminuye en relación a la reducción de la masa de nefrona, sin alteración de la función de las unidades de nefronas residuales. (4,15)

Por otra parte, en el sistema reproductor aparecen cambios que son: la menopausia en la mujer y la andropausia en el hombre que hacen su aparición entre los 45 y 55 años de -- edad aproximadamente, y que posteriormente a esto encontramos que la producción total de estrógeno permanece en el varón relativamente constante en todas las edades. La producción de -- estrógeno declina gradualmente en la mujer hasta el sexto decenio, y a partir de este momento tiende a mantener un nivel constante. (15) Además de la pérdida de la función reproductora, que se da con la atrófia del ovario y de los testículos, pueden presentarse otros cambios como atrofia y resequedad de las mucosas de los órganos sexuales, atrofia de las glándulas mamarias, trastornos psíquicos, etc. (4,15)

ENFERMEDADES DEL SISTEMA UROGENITAL.

PIELONEFRITIS

Definición:

La Pielonefritis se considera una enfermedad resultante de los defectos inmediatos o tardíos de las infecciones del riñón. Se puede clasificar de acuerdo a las manifestaciones clínicas en: (24)

- a).- Pielonefritis Aguda.- Infección piógena activa que suele acompañarse de síntomas locales y generales de infección.
- b).- Pielonefritis Crónica.- En cuyo caso las manifestaciones principales son producto de la lesión de infecciones activas -- procedentes. (3)

Frecuencia:

Las Pielonefritis no obstructivas son más frecuentes en la mujer, prácticamente siempre son bilaterales.

Las Pielonefritis obstructivas son más frecuentes en el hombre.

Las alteraciones de las vías urinarias bajas son muy frecuentes en los ancianos. Después de los 60 años, las infecciones se encuentran en el 5 al 10% de las mujeres, mientras que de los hombres, las infecciones urinarias son raras por debajo de los 50 y aún en grupo de mayor edad son menos comunes que en las mujeres. (24)

Etiología:

Existen muchos microorganismos que pueden infectar los tejidos y los líquidos de los órganos urinarios pero, el grupo de los coliaerógenos de los bacilos gramnegativos es el más común. Se pueden encontrar otros tales como enterococos, proteus, pseudomonas, la cromobacteria, el estafilococo y algunos fermentos. (37,3,24)

Existen otros factores como la raza y estado socioeconómico, el embarazo, la diabetes mellitus, la uropatía obstructiva, el uso de instrumentos (sondas), enfermedad renal e hipertensión y alteraciones neurogenas de la vejiga que también influyen en la cantidad de infecciones. (24)

La hipocaliemia (abuso de laxantes cirrosis hepática, - anorexia mental).

Los focos infecciosos extrauterinos (tuberculosis pulmonar, absceso pulmonar, etc).

Las afecciones del aparato digestivo tales como colitis, constipación, cáncer digestivo.

Factores genéticos.

Avitaminosis A, Inmovilización prolongada etc.

Tratamiento de larga duración ó abuso crónico de ciertos medicamentos. (30)

Manifestaciones clínicas:

a).- Pielonefritis aguda:

Los síntomas de la Pielonefritis aguda, generalmente se desarrollan muy rápido, en un periodo de pocas horas ó de 1 ó 2 días. Es frecuente el dolor intenso en una o ambas regiones lumbares y fiebre con escalofríos, puede haber náusea, vómito y diarrea o, en ocasiones constipación. En la exploración física, el hallazgo clave es la sensibilidad a la presión profunda en una o ambas áreas costovertebrales o a la palpación bimanual de la región del dolor.

Las manifestaciones de la Pielonefritis aguda usualmente disminuyen en unos días, aún sin terapéutica antibacteriana específica. (24)

b).- Pielonefritis crónica:

La Pielonefritis crónica puede ser asintomática, no obstante el paciente puede sufrir fiebre de poca intensidad, molestias gastrointestinales vagas, fatiga y cansancio asociados con anemia si la insuficiencia renal es grave, pueden presentarse náusea y vómito o desfallecimiento. Algunos de los pacientes sufren hipertensión por isquemia renal. (42,24)

Tratamiento:

El tratamiento temprano es importante para prevenir la infección crónica y lesión progresiva del tejido renal, se ordena al paciente reposo en cama e ingestión de líquidos en abundancia y antibióticoterapia.

Cuando se presenta pielonefritis crónica la finalidad del tratamiento es prevenir una lesión mayor. Se hace terapéutica-intensiva con antibióticos y agentes quimioterápicos. (46,24)

La lucha contra la pielonefritis es de larga duración; la medicación prolongada y la atención constante a la salud y hábitos de higiene pueden ser una carga bastante pesada y desalentadora para el paciente (42). Al dosificarse los medicamentos debe tenerse en cuenta la insuficiencia renal, por lo que hay que inclinarse por los fármacos que se metabolizan con rapidéz o que se eliminan por vía biliar o digestiva, y cuya acción no está modificada por la acción renal; pueden usarse la-eritromicina, penicilinas, tomando en cuenta su aporte de so--dio y potasio. (3,24)

BIBLIOGRAFIA

- 3.- Cecil-Loeb.
Tratado de Medicina Interna. Tomos I y II.
Edit. Interamericana. 14ava Edición.
México, 1978.
- 4.- Colorado, Fco. Ramón.
La esfera Bio-Psico-Social en el anciano asilado.
Tesis Médico Cirujano.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México, Feb. 1981.
- 15.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 24.- Harrison, W. et al.
Medicina Interna.
Edit. La Prensa Médica Mexicana. 4a Edición.
México, 1974.
- 30.- Martin-Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson. 1a Edición.
España, 1976.
- 37.- Robbins, Stanley L.
Patología estructural y funcional.
Edit. Interamericana.
México, 1975.
- 42.- Smith, W. Dorothy. et al.
Enfermería Médico-Quirúrgica.
Edit. Interamericana. 4a Edición.
México, 1978.
- 46.- Von Hahn, H.P.
Geriatria práctica.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1972.

CAPITULO VIII
TEJIDO HEMATOPOYETICO

CONSIDERACIONES ANATOMO-FISIOLOGICAS

Aparte del aumento progresivo de la médula adiposa a expensas de la médula hematopoyética, no existen manifestaciones hematológicas fisiológicas de la ancianidad. (30)

ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS

Anemia Perniciosa:

Es un síndrome de la deficiencia de vitamina B₁₂, como resultado de un defecto gástrico en la elaboración de factor intrínseco, que bloquea la absorción de la cianocobalamina. Se considera una patología de la edad adulta y la vejez, encontrándose la mayor frecuencia entre los 40 y 70 años, sin haber predilección por el sexo. (3,10,24,30,37,42,46)

Etiología:

Las causas se clasifican de la siguiente forma, de acuerdo a los factores comunes a todas las deficiencias nutricionales.

- Ingestión inadecuada: dieta deficiente.
- Absorción inadecuada: por trastorno gástrico.
- Utilización inadecuada: por una proteína anormal, captadora de B₁₂ en suero, que la une en forma irreversible y que no permite su utilización en los tejidos.
- Necesidades mayores: por hipertiroidismo.
- Excreción mayor: por enfermedades hepáticas, capacidad inadecuada de almacenamiento de vitamina B₁₂.

- Destrucción mayor: por dosis farmacológicas de ácido as córbico. (3,24,30,37,42,46)

Manifestaciones clínicas:

Es frecuente la observación de alteraciones subjetivas -- del aparato digestivo que pueden preceder en muchos años la -- aparición de la anemia. Estos síntomas pueden consistir en an orexia, náusea, plenitud gástrica después de las comidas, vómi tos y diarrea. Es frecuente el antecedente de parestesia en -- las extremidades y glositis con picazón lingual.

Signos y síntomas tempranos:

Astenia, palidez, vértigos, tinnitus y lipotimias.

Signos y síntomas tardíos:

Piel amarillo-rojiza, en ocasiones el tinte de la piel es subictérico debido al aumento de la bilirrubina del plasma; la facie suele estar abotagada, la piel seca y sin brillo, uñas - quebradizas y cabello áspero y seco. Raramente hay petequias - cutáneas, pero con frecuencia existen hemorragias retinianas.

A estos síntomas generales se asocian síntomas neurológicos, tales como: sensación de embotamiento de la sensibilidad, hormigueo de las extremidades y parestesias; las manifestaciones psíquicas más frecuentes son: depresión mental, estados -- confusionales, psicosis, etc. (3,5,24,30,31,37,46)

Tratamiento:

La terapéutica de elección es la hepatoterapia; la forma-
integral del tratamiento consiste en la ministración de hígado-

crudo o cocido por vía oral, a la dosis de 250 a 500 mg. diarios. En la actualidad se emplean los extractos hepáticos por vía parenteral que no supere a 15 U.I. por cm³. (3,24,30,42)

Consideraciones Odontológicas:

Dunn y Booth mencionan que el paciente puede quejarse de dolor intenso y enrojecimiento de la lengua, lo cual obedece a la atrofia de la papilas. De hecho, uno de los primeros signos de esta enfermedad es el dolor lingual, por lo cual el paciente acude a consulta dental.

En la fase aguda de la enfermedad, está contraindicado todo tratamiento dental que pudiese provocar sangrado.

ENFERMEDADES HEMORRAGICAS

Las enfermedades hemorrágicas se asocian con disfunción de tres síntomas fisiológicos, aislada o conjuntamente:

- 1) anomalías de plaquetas,
- 2) anomalías de los vasos sanguíneos, y
- 3) anomalías de los factores plasmáticos de coagulación.

Cuando se asocian los dos primeros, se les conoce como enfermedades de hemostasia primaria o síndromes purpúricos, y a los últimos como trastornos de la coagulación. En los pacientes ancianos, se encuentran principalmente trastornos por deficiencia de vitamina "C", que se caracteriza por hemorragias de las encías y membranas mucosas como resultado de una mayor fragilidad capilar. Otra es la trombocitopenia que puede aparecer en el anciano debido a la ingestión de drogas que producen anemia aplástica. Otra alteración es la púrpura senil que aparece

sobretudo en la superficie extensora de los antebrazos y manos, así como en la región del arco cigomático y se debe a la ruptura de pequeños vasos sanguíneos, resultante de la mayor fragilidad capilar que aparece en la vejez. (3,15,30,10)

Los síndromes purpúricos son más comunes en la mujer y los trastornos de la coagulación en el hombre.

Etiología:

Síndromes purpúricos: Trombocitopenia, y otros trastornos de las plaquetas o de los vasos, drogas, enfermedades sistémicas como las hepáticas, de la médula, etc. (e,24,42,5,10)

Alteraciones de la coagulación: Hemofilia, accidentes de la medicación con anticoagulantes.

Manifestaciones clínicas:

Trastornos de la coagulación: Hemartrosis, hemorragias viscerales e intramusculares, hematomas profundos, hemorragias profundas por traumatismos leves o procedimientos quirúrgicos.

Duran toda la vida, el número de plaquetas y el tiempo de sangría son normales, pero hay alargamiento del tiempo de coagulación.

Síndromes purpúricos: hemorragia en piel y mucosa superficiales en forma espontánea, petequias y equimosis. Son de comienzo reciente y tienen positiva la prueba de fragilidad capilar. (3,24,5,10)

Tratamiento de la púrpura.

Suelen recuperarse espontáneamente, suelen usarse los corticosteroides para el tratamiento sintomático, para inducir el aumento de plaquetas y dar beneficio a la integridad de los vasos. Se disminuye gradualmente la dosis, si el paciente responde al tratamiento. (24)

Transfusiones especiales de sangre total fresca para proporcionar plaquetas adicionales en caso de urgencia por hemorragia.

Esplenectomía, pues el bazo, por causas idiopáticas, puede destruir demasiadas plaquetas. (42,24)

Suspensión de drogas en caso de ser factores causales.

Tratamiento de los trastornos de la coagulación.

Se utilizan sustancias que contengan AHF (factor antihemofílico faltante), estas sustancias son: plasma fresco congelado, crioprecipitado obtenido del detrimento lento de plasma fresco congelado y concentrados preparados en el comercio de plasma humano normal (42,3). El tratamiento debe iniciarse inmediatamente y prolongarlo dos o tres días después de que cesa la hemorragia.

El empleo de ácido epsilon-aminocaproico, puede disminuir la necesidad de transfusiones. Debe inmovilizarse las articulaciones cuando hay edema, fisioterapia. Puede aplicarse trombina a una región hemorrágica, presión directa y uso de compresas frías. (24,42,3)

Medidas preventivas.- Evitar traumatismos y automedicación.

Consideraciones Estomatológicas:

Se dará atención especial al cuidado dental profiláctico en pacientes con trastornos de la coagulación, para disminuir al máximo los riesgos y complicaciones, y costo de los procedimientos quirúrgicos dentales. Las extracciones múltiples ahorran tiempo y dinero, pero crean un riesgo mayor de hemorragia y deben efectuarse sólo en un hospital. Si hay hemorragia en las cavidades dentales, en particular del tercer molar, nunca se deben suturar, puesto que esto puede dar lugar a que se extienda la hemorragia al cuello.

Muchos pacientes de edad con enfermedad cardiovascular están tan bajo tratamiento con anticoagulantes. Cualquier tratamiento dental que pudiese producir sangría debe ser realizado en estos pacientes bajo guía médica y normalmente en una unidad hospitalaria.

Los métodos habituales para el control de la hemorragia después del tratamiento dental son aceptables en el anciano. Cuando se anticipa o se afronta una hemorragia excesiva, debe intentarse descubrir el origen del trastorno. En ninguna circunstancia debe aplicarse una terapia de vitamina "K" a una persona de edad como tratamiento arbitrario de una tendencia hemorrágica. (24,15)

BIBLIOGRAFIA

- 3.- Cecil-Loeb.
Tratado de medicina interna. Tomos I y II.
Edit. Interamericana. 14ava Edición.
México, 1978.
- 5.- Cohen, Lawrence.
Medicina para estudiantes de Odontología.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1980.
- 10.- Dunn-Booth.
Medicina Interna y Urgencias en Odontología.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1980.
- 15.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 24.- Harrison, W. et al.
Medicina Interna.
Edit. La Prensa Médica Mexicana. 4a Edición.
México, 1974.
- 30.- Martín-Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson. 1a Edición.
España, 1976.
- 31.- McBryde-Blacklow.
Signos y síntomas. Fisiopatología aplicada e interpreta--
ción clínica.
Edit. Interamericana. 5a Edición.
México, 1973.
- 37.- Robbins, Stanley L.
Patología estructural y funcional.
Edit. Interamericana.
México, 1975.
- 42.- Smith, W. Dorothy. et al.
Enfermería médico-quirúrgica.
Edit. Interamericana. 4a Edición.
México, 1978.

- 46.- Von Hahn, H.P.
Geriatría Práctica.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1972.

CAPITULO IX
ORGANOS DE LOS SENTIDOS

MODIFICACIONES ANATOMO-FISIOLOGICOS

En las personas normales, alrededor de los 40 años de edad, tiene lugar una disminución progresiva de la agudeza auditiva y visual.

Las personas de más edad tienen especial dificultad para adaptarse visualmente a la obscuridad y para distinguir diversas intensidades de la luz. La visión del color se altera ya que las lentes se vuelven amarillentas, impiden el paso de ondas de poca longitud y, en consecuencia, se reduce la sensibilidad de la retina para la luz azul.

La pérdida de células nerviosas en el oído interno produce una disminución en la agudeza auditiva, que aparentemente excluye los ruidos menores del ambiente que son vitales para comprender.

Por todo lo anterior, se ha sugerido que el viejo no necesita como suele pensarse "paz y tranquilidad", sino más luz y más sonido.

A los 60 años de edad, la mayoría de las personas, han sufrido la pérdida del 50% de sus papilas gustativas. En consecuencia, la percepción en el campo gustatorio está también reducida. (26)

V I S T A

Los procesos anatómicos y fisiológicos de la senescencia y que se desarrollan a nivel de los tejidos oculares son la cau-

sa de trastornos funcionales de diversa índole y de gravedad - mayor o menor, a veces curables, pero a menudo, por desgracia, progresivos y definitivos. (30)

En la vejez, el ojo presenta un hundimiento del globo ocular en la órbita debido a la absorción de la grasa que lo soporta, el párpado superior presenta un marcado descenso, el cristalino se hace más opaco y menos elástico que unido a la reducción de la actividad de los músculos ciliares, provoca cambios en la capacidad de acomodación y un aumento en la frecuencia de "vista cansada" en las personas de edad.

La persona mayor necesita más luz para ver correctamente y más tiempo para adaptarse al pasar de una zona bien iluminada a una habitación oscura. (26,30,15)

CATARATAS

La catarata es un trastorno en que el cristalino pierde su transparencia y adquiere opacidad. Normalmente cuando se opacifica el cristalino, se ve como una mancha blanca o gris detrás de la pupila.

Pueden ser congénitas, causadas por lesión al cristalino, o secundarias a otras enfermedades del ojo. Muchas cataratas son causadas por cambios degenerativos asociados con el envejecimiento y tienden a desarrollarse con lentitud.

Suelen aparecer en personas entre la 7º, 8º y 9º décadas de la vida, aparecen con más frecuencia en pacientes de enfermedades como diabetes. El sujeto suele tener antecedentes familiares del trastorno.

El tratamiento consiste en extirpar el cristalino cuando la visión está suficientemente reducida. (42)

GLAUCOMA

El glaucoma se traduce como hipertensión intraocular por alteración del equilibrio normal entre la producción y expulsión del humor acuoso contenido en la cámara anterior del ojo.

El trastorno a veces es causado por el estrechamiento del ángulo cercano a los conductos de drenaje que rodean la cámara anterior (glaucoma en ángulo agudo), y en otros casos hay obstrucción de los conductos de drenaje (glaucoma simple o crónico en ángulo abierto), o puede surgir también como complicación de otras enfermedades oculares como lesiones, inflamación, tumor, o retina desprendida.

En un ataque agudo de glaucoma, puede aparecer ceguera parcial o total.

Este trastorno puede aparecer a cualquier edad, pero ataca con más frecuencia a personas mayores de 40 años.

Como causas de la enfermedad pueden considerarse las anomalías anatómicas, cambios degenerativos, y suele existir una historia familiar de glaucoma.

Los síntomas del glaucoma agudo incluyen dolor intenso intraocular y periocular, visión borrosa y la presencia de halos o círculos de colores. El ataque puede acompañarse de náuseas y vómitos y la córnea se torna opaca. La tensión emocional desencadena en ocasiones un ataque.

El glaucoma crónico aparece con más frecuencia que el agudo, los síntomas son poco intensos; pueden advertirse en ocasiones halos alrededor de la luces, diplopía y molestias o dolor en los ojos. A veces la disminución del campo de la visión es el primer signo de glaucoma crónico.

El tratamiento incluye la farmacoterapia a base de agentes-mióticos, analgésicos, adrenalina como colirio y la cirugía. - (42,30)

O I D O

Al descenso de la agudeza auditiva que sufren las personas de edad se le denomina presbiacusia. Esto es debido a un desgaste de la conducción aérea y ósea y una degeneración de las células sensoriales de los órganos de Corti en el oído interno.

Inicialmente se presenta una pérdida de la audición de las altas frecuencias, en el anciano aparece rápidamente una fatiga auditiva, particularmente si se prolonga una conversación o se producen ruidos o palabras extrañas. (15,24)

En la actualidad existen diversos medios para poder medir - el umbral de percepción de los tonos puros mediante la audiometría tonal; medir el porcentaje de fonemas, palabras y frases-comprendidas en diferentes intensidades sonoras, por medio de la audiometría vocal, así como de tests para detectar los fenómenos de distorsión que acompañan a la mayoría de las sorderas, y otros tests para medir la capacidad de fusión de información dada por separado a cada oído, para poder detectar algún trastorno en la integración central. Y con esto poder distinguir - los diferentes tipos de presbiacusia, así tenemos:

- De tipo nervioso.- Caracterizado por la alteración de la discrimination de las frecuencias y la comprensión del lenguaje, mientras que los ruidos ambientales continúan siendo bien-recibidos.
- De tipo metabólico.- Cuya característica es la pérdida de la audición media, igual en todas las tonalidades.
- De tipo mecánico.- Debida a una pérdida de la audición que afecta todas las frecuencias, principal--mente las tonalidades agudas y en menor grado las tonalidades bajas. (30,24)

GUSTO Y OLFATO

Conforme se va envejeciendo, los alimentos parecen no tener-sabor, además de que hay una disminución de la sensibilidad gustativa y olfatoria en el cerebro; los centros del apetito disminuyen de modo que el apetito ya no estimula el deseo de los alimentos.

El sabor y el olor son esenciales para una buena nutrición; los ancianos generalmente sufren pérdida del apetito debido al-decline de los receptores periféricos sensoriales causando la de-degeneración de las papilas gustativas de la lengua y de los receptores del olor en el techo de la nariz.

Con la edad disminuye el número de las terminaciones nervio-sas del gusto situadas en la lengua, debido a la atrofia de las papilas circunvaladas. La sensibilidad al gusto parece que se mantiene bastante constante y no se deteriora hasta los últimos años de la década de los 50.

El anciano debería agregar condimentos a sus alimentos para preservar la estimulación que el gusto y el olfato dan al goce de la comida. Antes de estimular las papilas gustativas, las -- sustancias alimenticias deben estar disueltas; además el lento-masticar de los alimentos así como la salivación, son importantes en el sabor de los alimentos.

También debería ser orientado para incluir un cepillado lingual a su higiene oral rutinaria ya que ello es importante para aumentar la sensación gustativa además de remover los microorganismos del dorso de la lengua y prevenir la caries.

La halitosis debido al fumar es molesta a cualquier edad, pero en el anciano además, puede ser perjudicial. El fumar disminuye el gusto por el alimento e inhibe el sentido del olfato de tal forma que el deseo por los alimentos se encuentra disminuído.

La pérdida del sentido del olfato tiene efectos evidentes sobre el atractivo de los alimentos y reduce la dieta a la monotonía. Estos trastornos graves pueden estar relacionados con condiciones bucales tales como la xerostomía y glositis crónica no específica o enfermedades sistémicas como la anemia perniciosa.

Las quejas de gusto salado, metálico o amargo en la boca se deben a cambios senescentes que afectan a diversos sabores en diferentes grados.

La senectud afecta al sentido del olfato probablemente como resultado del cambio trófico en el bulbo olfativo y de la pérdida de fibras olfativas; las personas pueden seguir percibiendo olores y aromas, pero pierden la capacidad de distinguir entre diferentes tipos de olores, esto es, que el olfato se pervierte

y la persona constantemente siente un específico olor desagradable. (15,30,26,56)

BIBLIOGRAFIA

- 15.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 24.- Harrison, W. et al.
Medicina Interna.
Edit. La Prensa Médica Mexicana. 4a Edición.
México, 1974.
- 26.- Kolb, Lawrence C.
Psiquiatría clínica moderna.
Edit. La prensa Médica Mexicana. 5a Edición.
México, 1976.
- 30.- Martin-Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson. 1a Edición.
España, 1976.
- 42.- Smith, W. Dorothy. et al.
Enfermería médico-quirúrgica.
Edit. Interamericana. 4a Edición.
México, 1978.
- 56.- Massler Maury.
Geriatric Nutrition.
J. Prosthet Dent. 43 (3): 247-249, 1980.
Dental Abstracts. Vol. 25, No. 8: 442-443. Agosto 1980.

CAPITULO X
PIEL Y FANERAS

MODIFICACIONES ANATOMO-FISIOLOGICAS

La piel del anciano se caracteriza por la fusión del tejido adiposo, la atrofia dermo epidérmica y alteraciones del tejido elástico. (30)

Alrededor del 70 al 80% del total del peso de la dermis de los ancianos corresponde a la colágena, en donde se manifiesta la atrofia y cierta desorientación de las capas de la epidermis, hechos que traen como consecuencia una serie de alteraciones que son lentamente progresivas e irreversibles como lo son: las arrugas, los pliegues y los cambios de color y textura. Las glándulas sudoríparas presentan involución y fibrosis parcial, así como disminución del número de fibras nerviosas que las rodean. (37,15)

A nivel de las manos en particular y a veces en el rostro, la epidermis y la dermis se adelgazan, se desecan, adquiriendo un aspecto parecido a la piel de cebolla seca, persisten finos pliegues debido a la pérdida de elasticidad y se observa la red vascular subyacente debido a la transparencia.

A veces aparece engrosada (pliegues), tumefacta, de coloración amarillenta y manchada por formas lenticulares debido a la elastosis y la disminución de colágena. La alteración de los vasos cutáneos es constante. (30)

Las modificaciones afectan sobre todo a las partes de la piel descubiertas y expuestas a la luz y todas las agresiones externas. La atrofia se presenta sobre todo en la cara dorsal de las manos, de las muñecas, de los antebrazos y a veces en la frente y cartílago de las orejas. (15,30)

La elastosis es más evidente a nivel del rostro, del cuello y de la nuca, así como en el lóbulo de las orejas. (30)

La secreción sebácea también sufre una reducción gradual que lleva a que la piel se seque perdiendo brillo. Las arrugas en la cara son la pronunciación de los surcos naturales y se deben a las expresiones faciales habituales de tensión y preocupación. Otros pliegues se deben a la pérdida de soporte tanto óseo como muscular y dental. En el cuello, el acortamiento del músculo esquelético durante la contracción origina el plegamiento de la piel y de la grasa subcutánea. (15,4)

La decoloración progresiva y fisiológica del pelo y de los cabellos, se inicia a muy diversas edades. (30)

La alopecia senil no va acompañada necesariamente de canicie, es difusa, muy lentamente progresiva y de variable intensidad según los individuos, es debido a la atrofia de los lóbulos pilosos.

El vello axilar y el púbico, dado que son caracteres sexuales secundarios, van a estar sujetos a los cambios del paso del tiempo como a las modificaciones hormonales. Se observa una evidente pérdida del vello púbico en una quinta parte de los varones y en una tercera parte de las hembras en la edad senil. (4)

El encanecimiento no depende de despigmentación del pelo ya nacido, sino de sustitución de nuevos folículos pilosos que, -- con el tiempo, poseen progresivamente menos melanina. (37)

BIBLIOGRAFIA

- 4.- Colorado, Fco. Ramón.
La esfera Bio-psico-social en el anciano asilado.
Tesis Médico Cirujano.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
Febrero 1981.
- 15.-Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 30.-Martin-Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson. 1a Edición.
España, 1976.
- 37.-Robbins, Stanley L.
Patología estructural y funcional.
Edit. Interamericana.
México, 1975.

CAPITULO XI

APARATO ESTOMATOGNATICO

ALTERACIONES ANATOMO-FISIOLOGICAS

Es difícil precisar hasta que punto la sescencia contribuye a manifestar el cuadro clínico total de alteraciones que se pudieran presentar en el aparato estomatognático, debido a que existe un sinnúmero de influencias internas y externas que pueden acelerar dicho proceso y tornarlo patológico.

Las modificaciones fisiológicas presentes en este proceso se manifiestan en todas las estructuras descritas a continuación:

a) Dientes:

Los dientes presentan alteraciones a nivel de su corona, tales como atrición y abrasión que se producen debido a un degaste fisiológico y a un proceso mecánico anormal respectivamente. Otro cambio que suele presentarse es en el color, que se torna amarillento, oscuro o desteñido; también la mesialización y la sobreerupción tienen lugar en este proceso. (30,-15)

Con el tiempo ocurre un incremento en el espesor del cemento debido a una aposición compensatoria a la reducción de la corona anatómica, infraoclusión y carencia del antagonista-correspondiente, lo que acarrea una disminución de la actividad cemento-clástica con la consiguiente proliferación de cementoblastos, haciéndose más notable en el tercio apical que en el tercio cervical. (19,30,15)

Por otra parte, en la dentina se ha observado una esclerosis y obliteración de túbulos dentinarios, disminuyendo con es

to la permeabilidad y aumentando el umbral del dolor. (15)

Existe también una disminución de la cámara pulpar, provocada por la aposición de dentina secundaria; y una degeneración del tejido pulpar que puede ser provocada por la disminución del aporte sanguíneo. (30,15)

b) Tejidos parodontales:

Los cambios producidos con la edad en el tejido parodontal son: retracción y atrofia del tejido gingival con el consecuente aumento de la corona clínica y reducción de la superficie de sostén radicular. (30)

La pérdida de función puede causar reducción en el tamaño del parodonto originando alteraciones cuantitativas en el hueso de soporte y alteraciones cualitativas en la membrana parodontal. Los cambios atróficos se caracterizan por el adelgazamiento de la membrana parodontal, y por que las fibras principales no se encuentran bien orientadas y desarrolladas como en el caso de un diente en buen funcionamiento. (20)

Generalmente existe un proceso de resorción ósea que se caracteriza por la pérdida de trabeculado y el adelgazamiento del hueso alveolar aumentando el espacio de la membrana parodontal, lo que provoca la aposición de cemento para mantener el grosor normal del ligamento de sostén. (20,19)

c) Tejidos mucosos y submucosos:

Las mucosas orales se hacen más frágiles, sensibles y vulnerables a los traumas e irritaciones debido a la atrofia del epitelio, que es causada por un descenso en la nutrición y oxí

genación de las mucosas deteriorando así su capacidad de regeneración. En algunas partes, la mucosa presenta un aumento de queratina asociado a la disminución del estrato basal.

La submucosa muestra una celularidad reducida y un incremento del tejido fibroso que trae como consecuencia una pérdida de elasticidad. (19,30,15)

d) Tejido Muscular:

La atrofia muscular se manifiesta como una pérdida de la tonicidad muscular, fragilidad aumentada y dificultad progresiva para la ejecución del menor esfuerzo, disminuyendo así la eficacia de la masticación con la consiguiente deficiencia en la asimilación alimenticia. También puede manifestarse a nivel de los músculos labiales provocando ptosis labial. (30)

e) Glándulas Salivales:

Los cambios atróficos en la glándulas salivales son:

- Sustitución de células parenquimales por grasa.
- Células aberrantes con cambios nucleares y citoplasmáticos, y
- Metaplasia de los pequeños conductos; que se reflejan como una xerostomía o una disminución de la secreción salival, - lo cual hace que los tejidos blandos se tornen pegajosos y adhesivos, manifestándose además síntomas como: quemazón, - resequedad, glosodinia y gusto metálico, que hacen casi imposible el uso de prótesis.

La disminución de la secreción salival puede considerarse como un factor etiológico de la Leucoplasia bucal, Caries y Pa

rodontopatías. (19,30,15)

ENFERMEDADES MAS RELEVANTES EN
EL APARATO ESTOMATOGNATICO

Tejido Dentario:

CARIES DENTAL

Podemos definir a la caries como un proceso químico biológico, progresivo e irreversible de los tejidos duros del diente, caracterizado por descalcificación, invasión microbiana y proteólisis que provocan la destrucción de los tejidos mencionados. (18)

En el paciente anciano es muy frecuente que el proceso carioso se presente a nivel radicular, debido a una mayor susceptibilidad provocada por la desnudación de la raíz, la mala higiene oral, la dieta y el reducido flujo salival.

Las principales características clínicas de la caries radicular son: que el proceso avanza rápidamente y el síntoma doloroso se presenta cuando la lesión está muy avanzada, esto es debido a que el umbral del dolor en el anciano está aumentando. (30)

Hay muchas formas en las cuales el Dentista puede llevar a los pacientes geriátricos hacia un mayor alivio y salud bucal, entre éstas: la eliminación de los grandes depósitos de cálculo y sarro de los dientes remanentes y los procedimientos clásicos de restauración. Pero debe hacerse mayor énfasis en las medidas preventivas, que incluyen la higiene oral y dietéticas.

ATROFIA Y CALCIFICACION PULPAR

La atrofia y calcificación pulpar se han descrito con frecuencia como alteraciones degenerativas de la pulpa asociadas a la edad.

Histológicamente se caracteriza por una disminución de elementos celulares hasta la desaparición de odontoblastos, los cortes microscópicos muestran numerosos espacios y haces de fibras entrelazadas.

Los dientes afectados no presentan síntomas clínicos, y responden normalmente a las pruebas de vitalidad. (41)

Aunque no se ha demostrado si la calcificación pulpar es un estado patológico o un cambio fisiológico, se ha observado con mayor frecuencia en personas ancianas.

Existen dos tipos de calcificación: difusa y nodular. El primero se caracteriza por una calcificación difusa en la cámara pulpar o en el conducto radicular. El tipo nodular se llama cálculo pulpar y su localización más frecuente es en la cámara pulpar. Pueden ser verdaderos o falsos y aparecer libres, adheridos o incrustados en la dentina. (1,41)

La presencia de estas calcificaciones carece de importancia debido a la ausencia sintomatológica, sin embargo deben tomarse en cuenta en caso de que sea necesario realizar un tratamiento endodóntico.

Tejido Parodontal:

PERIODONTITIS

Definición:

La periodontitis es una secuela de la gingivitis marginal en el que el proceso inflamatorio ha progresado hacia los tejidos de sostén dentario (hueso alveolar, membrana periodontal y cemento radicular), destruyéndolos y formando bolsas verdaderas; con la destrucción parodontal viene la movilidad dentaria provocando la mayoría de las veces la pérdida de los dientes.-
(23,19,21,1)

Frecuencia:

La enfermedad se presenta con mayor frecuencia después de los 45 años y es más elevada en hombres que en mujeres. La frecuencia de las bolsas alcanza su grado máximo de 52 a 55 años, la movilidad dental aumenta hasta en un 79% a los 60 años de tal manera que a esta edad se han perdido ya alrededor del 60% de los dientes.

Etiología:

Los factores etiológicos de la periodontitis se pueden clasificar en causas locales y sistémicas. Los factores locales pueden provocar inflamación y si no se suprimen tempranamente pueden originar la destrucción del soporte. Dentro de estos factores encontramos.

I.- Irritantes gingivales locales:

- a) Placa bacteriana

- b) Cálculo dental
- c) Impacción de alimentos
- d) Restauraciones defectuosas
- e) Respiración bucal
- f) Oclusión traumática
- g) Fuerzas oclusales insuficientes
- h) Mala higiene oral
- i) Cepillado defectuoso
- j) Malos hábitos
- k) Maloclusión.

II.- Factores generales o sistémicos:

La enfermedad periodontal no depende únicamente de los -- factores locales sino que interviene también la resistencia de los tejidos periodontales.

Las enfermedades sistémicas y la disminución de las resis tencias pueden hacer que las estructuras periodontales sean -- más susceptibles de lo normal a ser destruidas por los agentes locales que producen alteraciones inflamatorias en los tejidos periodontales.

Son muchas las enfermedades generales que se consideran - causa de la alteración, pero entre ellas tenemos:

- a) Deficiencias vitanímicas
- b) Causas endócrinas
- c) Diabetes
- d) Trastornos gastrointestinales
- e) Discrasias sanguíneas
- f) Anemias
- g) Factores psíquicos. (44,20,23,19)

Características histológicas:

En la periodontitis, tanto el extremo superior como inferior del epitelio están siempre sobre el cemento, profundizando el espacio gingival y transformándolo en una bolsa; la encía muestra células inflamatorias tales como leucocitos, linfocitos y plasmocitos, también pueden encontrarse haces de colágena rotos y fragmentados.

La cresta alveolar muestra gran aumento de osteoclastos - originando la resorción. El proceso patológico afecta al hueso alveolar antes que al ligamento periodontal.

Posteriormente si la inflamación crónica persiste depositándose más cálculo en dirección apical, la adherencia epitelial prolifera apicalmente sobre el cemento dental, desorganizando y desinsertando las principales fibras del ligamento periodontal para originar la formación de la bolsa. Cuando la inflamación llega a la cresta alveolar se inicia la resorción ósea apical. (1,47,22)

Manifestaciones clínicas:

Clinicamente la periodontitis simple se caracteriza por - cambios en el color de la encía, inflamación crónica, no se observa el festoneado ni el punteado normal y las encías son rojas, brillantes y más rojas o azuladas de lo normal, hay formación de bolsas, migración patológica, pérdida ósea, movilidad dentaria, hipersensibilidad de los cuellos dentales por la exposición del cemento y por último sobreviene la pérdida dentaria inevitable. Suele ser indolora pero como ya se mencionó anteriormente, puede haber sensibilidad a los cambios térmicos, alimentación o estimulación táctil; dolor punzante y sensibilidad

dad a la percusión y al dulce; dolor irradiado profundo y sordo durante la masticación etc.

En la periodontitis compuesta, se observan las mismas características pero es más alta la frecuencia de las bolsas intraóseas y la pérdida ósea es vertical (angular) más que horizontal; el ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal y la movilidad dentaria son más intensos. Todo esto es resultado de la irritación local agregado al trauma de la oclusión. (44,19,23,47)

Tratamiento:

- a) Eliminación total de todas las causas locales de irritación
- b) Cepillado dentario correcto
- c) Masaje gingival
- d) Dentífricos desensibilizantes en caso de hipersensibilidad
- e) Ferulización dentaria
- f) Raspado y curetaje
- g) Gingivectomía
- h) Técnica de reinserción gingival
- i) Injertos autoplásticos de hueso esponjoso vecino en caso de bolsas intraóseas
- j) Tratamiento de todas las causas generales que contribuyan o favorezcan el desarrollo de lesiones gingivales o periodontales
- k) Antibióticos, quimioterápicos, antilinfamatorios
- l) Analgésicos, relajantes musculares o atarácicos. (1,23 47)

RECESION GINGIVAL

(RECESION DEL TEJIDO MARGINAL)

Definición:

La recesión es una exposición progresiva e irreversible de la superficie radicular producida por el desplazamiento -- apical de la posición de la encía. La recesión se refiere a la localización de la encía, no a su estado, es decir que la encía se encuentra algunas veces inflamada, algunas veces puede ser normal a excepción de su posición. La recesión puede limitarse a un diente, a un grupo de dientes o ser generalizada (19,35)

Frecuencia:

La frecuencia aumenta con la edad, desde 8% en niños hasta 100% después de los 50 años de edad. (19)

Etiología:

Puede ser fisiológica o patológica, las primeras se refieren al envejecimiento normal, las causas patológicas son el cepillado dental inadecuado (abrasión gingival y traumatismo crónico dental, iatrogenia). (20,41,19)

Malposición dentaria:

Hay mayor susceptibilidad debido a la angulación de la raíz en el hueso y la curvatura mesio-distal de las superficies dentarias. En dientes girados, inclinados o desplazados hacia vestibular, la tabla ósea está adelgazada o reducida en su altura. La presión de la masticación de alimentos duros o

de un cepillado moderado, elimina la encía sin sostén y produce la recesión.

El efecto de la angulación de las raíces en el hueso sobre la recesión se observa con frecuencia en la zona de molares superiores, ya que comunmente las raíces palatinas se inclinan palatinamente y las vestibulares hacia vestibular, lo que trae como consecuencia que la lámina ósea este adelgazada, esto se ve agravado por la atrición que va acompañada de la erupción continua, lo cual aumenta la angulación radicular adelgazando aún más el hueso. (19,35)

Otras causas de la recesión gingival pueden ser la gingivitis, las bolsas periodontales y el trauma por oclusión, aunque algunas veces es también por desuso o idiopática.

Manifestaciones clínicas:

Denudación de las raíces dentales, problemas de impactación de alimentos en los espacios interdenciales más pronunciados, mayor susceptibilidad a caries radicular, sensibilidad radicular, inflamación, pulpitis y defectos cosméticos. La encía puede presentar un aspecto normal. (19)

Cuando la causa es una enfermedad periodontal (gingivitis periodontitis y trauma periodontal), las manifestaciones clínicas van a depender de la entidad patológica causal.

Tratamiento:

El tratamiento consiste en eliminar la causa, cuando es patológica, posteriormente valorar si es posible realizar una intervención de cirugía reconstructiva mucogingival. En el ca-

so de los pacientes ancianos el objetivo del traumatismo es -- eliminar todo factor que acelere el proceso involutivo normal del parodonto y mucosa bucal.

Prevención:

La prevención va a estar enfocada a la corrección de hábitos higiénicos bucales, prevención contra las parodontopatias incluyendo además el ajuste oclusal, en todos nuestros pacientes.

TRAUMA DE OCLUSION

Los términos "trauma oclusal", "oclusión traumática" y "traumatismo periodontal" son usados para describir una entidad patológica; esto es, para nombrar a una condición caracterizada por cambios anormales y patológicos que toman lugar en los tejidos parodontales como resultado de tensión oclusal de intensidad que excede a la resistencia del parodonto, afectado a uno o varios dientes. (35,44,14,41,22)

Aumenta con la edad hasta un 80% en los pacientes ancianos, y existe una ligera inclinación hacia el sexo masculino.

Las fuerzas oclusales fisiológicas, que son controladas por mecanismos neuromusculares, se convierten en lesivas cuando actúan sobre dientes con superficies oclusales desfavorables y estructuras periodontales susceptibles (14,1); así vemos que los factores etiológicos están representados por:

Factores Predisponentes:

Maloclusión, disarmonía oclusal y de la A.T.M., Iatrogeno--

nia, pérdida de dientes y de apoyo periodontal, hábitos nocivos, patrones de masticación unilateral, caries, defectos de forma y posición.

Factores Desencadenantes:

Trastornos neuromusculares y fuerzas traumáticas. (14,36)

Anatomía Patológica:

- Fenestración y dehiscencia del hueso cortical.
- Hemorragia y trombosis del ligamento parodontal.
- Hialinización del colágeno y necrosis de fibras parodontales.
- Desmoronamiento y espículas del cemento.
- Pérdida ósea e hiper cementosis. (14,21,35,1,20,22)

Las manifestaciones clínicas de la oclusión traumática -- son con frecuencia poco aparentes, a menos que exista un padecimiento traumático agudo. Ninguno de los síntomas clínicos es patognomónico; para que tenga valor el diagnóstico debe basarse en el análisis funcional de las relaciones oclusales, los músculos masticatorios, los dientes y las estructuras que rodean y sirven de apoyo a estos. (36)

Se combinará el examen clínico y radiográfico.

- Movilidad dentaria aumentada.
- Migración dentaria.
- Dolor dental trans y post oclusivo.
- Dolor y disfunción de la A.T.M. y estructuras asociadas
- Atrición oclusal excesiva.
- Retención vertical de alimentos.

Signos Radiográficos:

- Ensanchamiento del espacio parodontal.
- Ensanchamiento de la zona cervical del parodonto.
- Pérdida ósea horizontal.
- Pérdida parcial o total de la cortical alveolar.
- Alteración de la lámina dura.
- Reabsorción radicular.
- En ocasiones hipercementosis. (14,36,19,21,35)

Tratamiento:

- Ajuste oclusal.
- Tratamiento restaurador.
- Ferulización o ligadura de dientes con movilidad. (14,-
36,41,19)

Pronóstico:

Para establecer un pronóstico adecuado, se deben tomar en consideración muchos factores, unos que son del propio paciente, otros correspondientes al profesional, a saber:

- Paciente: Edad, estado general, motivación, tiempo de aparición y evolución de la lesión, grado y tipo de destrucción, cantidad y calidad de reparación esperada, cantidad, calidad y distribución de los dientes remanentes.
- Odontólogo: Capacitación, habilidad, motivación.

Tejido Mucoso y Submucoso:

GINGIVITIS DESCAMATIVA CRONICA

Este es un término usado para describir la aparición de una condición bulosa o erosiva que afecta predominantemente a la encía. En el pasado, se pensó que la gingivitis descamativa podría existir como una manifestación semiológica localizada de procesos ampollares encontradas en el pénfigo o al liquen plano, punto en el que ha habido mucha confusión, que se ha incrementado por el uso del término "Gingivosis", como sinónimo de gingivitis descamativa. (44,23)

Afecta en mayor grado al sexo femenino en proporción elevada, en una relación de aproximadamente de 10 a 2; y en cuanto a la edad, por lo común esta entre los 45 y 55 años. (12)

Se puede clasificar en tres tipos:

- Leve.- Se presenta entre los 15 y 25 años, es generalmente asintomática y con signos clínicos poco precisos.
- Moderada.- Aparece alrededor de los 30 a 40 años, presenta con cambios considerables en el color, consistencia y superficie gingivales, en esta condición el epitelio se descama provocando una rendición dolorosa.
- Grave.- Que por considerarse dentro del grupo de edad, (23,19) a continuación la explicaremos detalladamente:

Etiología:

Se atribuye su causa a desequilibrio hormonal de las glándulas sexuales; también se le asocia a deficiencias nutricionales, factores psíquicos; y aún otros que mencionan su relación etiopatogénica con el penfigoide benigno, liquen plano, eritema multiforme y también a causa desconocida. (47,19,23)

Anatomía Patológica:

Se encuentra una atrofia epitelial, con edema intra e intercelular; paraqueratosis, ampollas subepiteliales y zonas erosivas con aumento de la vascularización y edema. (23)

Manifestaciones clínicas:

La encía se encuentra erosiva, cubierta por un exudado -- grisáceo que puede formar ampollas; generalmente en la zona -- vestibular y se puede extender a otras regiones de la mucosa -- bucal, que al romperse liberan un líquido seroso o hemorrágico -- y dejan una zona expuesta y extremadamente dolorosa, con sensación de ardor o quemadura que aumenta con el roce de los alimentos ó con el cepillado dental. (47,19,44,23)

Tratamiento:

- Eliminación de factores irritantes.
- Aplicación tópica de hormonas sexuales femeninas y masculinas respectivamente.
- Corticoides locales y sistémicos.
- Higiene oral meticulosa. (23,19,47)

PENFIGO

Definición:

Es una enfermedad de la piel, aguda o crónica, generalmente grave y a veces mortal que por lo general presenta manifestaciones bucales que anteceden a las de la piel. (44,1,18,47)

Clasificación:

Existen varios tipos de pénfigo entre los cuales tenemos:

- a) Pénfigo vulgar
- b) Pénfigo vegetante
- c) Pénfigo foliáceo
- d) Pénfigo eritematoso
- e) Pénfigo agudo
- f) Pénfigo crónico. (1,41,47,22)

PENFIGO VULGAR

Se le da mayor énfasis al pénfigo vulgar debido a que es el tipo más grave, más representativo de la vejez y es el que con mayor frecuencia afecta a los tejidos bucales.

Frecuencia:

El pénfigo vulgar es el que con mayor frecuencia se observa afectando a los tejidos bucales, se presenta casi exclusivamente en personas adultas y de edad avanzada entre los 40 y 70 años y no hay predilección por ninguno de ambos sexos. (1,41,-22)

Etiología:

La etiología es desconocida pero se ha sugerido que la autoinmunidad juega un papel muy importante.

Estudios previos muestran que los pacientes con pénfigo -- tienen autoanticuerpos activos contra el estrato de células espinosas del epitelio que son altamente específicas. La inmunofluorescencia directa e indirecta puede ser usada para detectar estos anticuerpos. (44,1,41)

Histopatología:

La ampolla suele ser intaeptelial, con base revestida de epitelio; en el interior de la vesícula se observan células -- epiteliales redondas de degeneración con núcleos hipercromáticos llamadas células de Tzanck.

En el epitelio hay grietas suprabasales, la capa basal -- queda unida al tejido conectivo que se haya inflamado. La acantóllisis y las vesículas intraepiteliales son las alteraciones--patognomónicas. (1,44,16,41,22)

Manifestaciones clínicas:

Las lesiones comienzan en la boca en el 50% de los pacientes, lo cual tiene especial interés porque en ciertos casos -- las lesiones bucales son y permanecen como únicos signos demostrables de la enfermedad; o bien, pueden preceder a las de la piel con 2 años de anticipación.

Las lesiones bucales empiezan en forma de flictenas del -- tamaño de vesículas o ampollas que oscilan entre varios milíme

tros a uno o más centímetros; pueden encontrarse en cualquier lugar de la cavidad oral, llenas de líquido y a veces relucientes.

La lesión bucal del pénfigo que se observa con mayor frecuencia es la úlcera, de contornos irregulares, planos y poco profundos que se rompen pronto y dejan un área viva que posteriormente se cubre de un exudado membranoso. Las lesiones más extensas generalmente ocasionan intenso dolor en la boca, a menudo de una intensidad que hace muy difícil, si no imposible el comer, masticar y deglutir. El habla también puede estar dificultada.

El pénfigo agudo suele caracterizarse por un comienzo súbito y brusco de numerosas lesiones en la boca, piel o en ambas localizaciones. La afectación general suele ser muy manifiesta al estar el paciente gravemente enfermo con signos de debilidad grave y progresiva que desencadenen en muerte. Afortunadamente es menos frecuente que el pénfigo crónico cuyo comienzo es menos insidioso y progresivo; el enfermo solo se queja de síntomas ligeros que no le impiden continuar con sus ocupaciones. (47,18,1,41)

Tratamiento:

- La acción de los irritantes locales y de los microorganismos pueden ocasionar la superposición de una infección (con mayor frecuencia la moniliasis) en las lesiones bucales del pénfigo por lo que se recomiendan los agentes antifúngicos como el Mycostatin, amfotericina B o el violeta de genciana.
- Tratamiento de sostén (mejoría de la nutrición, ingestión de líquidos, dieta hiperproteica etc.)

- Antibióticos
- Corticosteroides de acción general
- Aplicaciones locales en forma de pastas, pomada, polvos de corticosteroides
- Colutorios ligeramente antisépticos. (41,18,47)

CANDIDIASIS

Definición:

Es una enfermedad causada por infección con un hongo levuriforme, el Candida (Monilia) Albicans y por lo general afecta a las tunicas mucosas de la boca, tracto gastro-intestinal, vagina, vías urinarias y pulmones, y algunas veces piel. El microorganismo es un habitante relativamente común en la cavidad bucal y aparato gastrointestinal de personas sanas, así tenemos que la fase clínica de la enfermedad va a depender principalmente de las características del huésped y del medio ambiente, es decir, que se manifiesta principalmente en personas que padecen enfermedades debilitantes y en personas en las que se encuentra la flora microbiana anormal, por corticoterapia, antibioterapia prolongada o de amplio espectro. (18,1,41,15)

Frecuencia:

Se presenta la candidiasis, principalmente en los dos extremos de la vida, la infancia y la vejez. (1)

Etiología:

El agente causal es la Candida Albicans.

Son factores predisponentes, enfermedades debilitantes co

mo la diabetes, cáncer en etapas terminales, alcoholismo, leucemia, avitaminosis, etc. (18)

Otros factores pueden ser las prótesis traumáticas o porosas que provocan el debilitamiento de la mucosa o pueden -- fungir como reservorio de levaduras (30) y esporas, en este -- caso se le da el nombre de Candidiasis crónica difusa, la --- cual debe presentarse asociada con el uso de dentadura parcial o total. (44)

Un factor importante también es el uso prolongado de antibióticos y corticosteroides (16), que causan un desequilibrio de la flora normal, favoreciendo la proliferación de cepas de hongos y levaduras, entre ellas, la candida albicans, -- pero es raro que este factor provoque moniliasis aisladamente (Shklar 1971), debe haber otro factor más preponderante que -- predisponga al padecimiento. (37)

Se menciona que la irradiación es otro factor predisponente a la moniliasis. (30)

Histopatología:

Los cortes microscópicos a través de una placa de muguet muestran células necróticas, queratina y una red densa de microorganismos del género candida bajo la forma de hifas y esporos. En la zona de la placa, el epitelio esta destruido o -- densamente infiltrado por el hongo, en tanto que debajo de -- las lesiones el tejido conectivo muestra edema, linfocitos, -- plasmocitos e infiltración de neutrófilos. (1)

En los casos graves, los elementos micóticos pueden avanzar por debajo del epitelio y originar microabscesos granulocí

ticos e invadir los pequeños vasos sanguíneos en los que son dispersados por vía hematógica. (22)

Características clínicas:

La candidiasis puede ser difusa o localizada como una queilosis angular, una estomatitis moniliásica superficial, una estomatitis dentaria o una candidiasis granulomatosa profunda. (22)

Se observan placas blancas o grisáceas en cualquier parte de la mucosa bucal que en ocasiones semejan a la leche cuajada, las lesiones son múltiples y al contrario de muchas otras lesiones blancas, las placas pueden "borrarse" cuando se las frota, dejando superficies expuestas, dolorosas y sangrantes. (1,19) Pueden confundirse con lesiones de hiperqueratosis, leuoplasia o hasta líquen plano. Algunas veces la moniliasis aparece como una lesión inflamatoria desprovista de placas de tejido necrótico, la lesión es difusa, intensamente roja, brillante, viscosa y ligeramente tumefacta; esta forma de infección no es fácil de diagnosticar, ya que se parece mucho a otros tipos de estomatitis producidos por alergia, mala nutrición o hipovitaminosis. (32)

En la queilosis moniliásica profunda los autores acostumbran a diferenciarla en tipo erosivo y tipo granuloso. La forma erosiva se caracteriza por erosiones brillantes de color rojo con descamación del epitelio e hiperqueratosis circundante. El tipo granuloso presenta una tumefacción difusa del labio inferior o de los dos. En los pacientes desdentados comunmente se encuentra queilosis angular con invasión de *Candida albicans*. (22)

La estomatitis moniliásica superficial varía desde un ligero eritema con depósitos finos de color blancuzco, hasta la "boca blanca" difusa e inflamada. En las placas blancas, la superficie tiene un aspecto aterciopelado, en tanto que la mucosa adyacente aparece de un color rojo oscuro y moderadamente tumefacta. La presencia de lesiones ulceradas o necróticas indica una invasión hística más profunda. (22)

En la estomatitis dentaria, el paciente reporta hipersensibilidad, tumefacción y dolor en la mucosa oral en los puntos de contacto con la dentadura, en la mucosa inflamada se encuentran colonias de *Candida albicans* y comunmente este padecimiento se acompaña de enfermedad predisponente. (22)

Los síntomas subjetivos no suelen ser importantes, pero los enfermos suelen quejar ardor, malestar y sequedad en la boca, acompañados algunas veces de dolor moderado. (47)

Tratamiento:

Se puede usar antimicóticos específicos como la anfotericina "B" y nistatina en forma tópica o sistémica, es importante que el medicamento este en contacto íntimo con la lesión. - (41,47)

Remedios más antiguos como violeta de genciana y solución de lugol son aún populares. (19)

A veces se requieren enjuagues calmantes para combatir el dolor y ayudar a comer. (18)

Se debe tratar o controlar la causa del debilitamiento— cuando sea posible; se debe suprimir el empleo de antibióticos

i esta medida no resulta incompatible con la salud del paciente (1). Además es muy importante la buena higiene oral. (24,3)

Pronóstico.- Es bueno a menos que la enfermedad se generalice.

Prevención.- Va a estar enfocada hacia la prevención, control y tratamiento rápido de las enfermedades debilitantes, cuando sea posible.

Tejido Oseo:

OSTEITIS DEFORMANTE

(Enfermedad ósea de Paget)

Es una enfermedad ósea generalizada crónica y de evolución lenta, de etiología desconocida, que puede afectar a cualquier hueso del organismo, las localizaciones preferidas son el cráneo y las partes sustentadoras del esqueleto. (1,41,30)

Afecta a cerca del 3% de la población de más de 40 años de edad, principalmente varones (1,41,22,30). El aspecto histológico del hueso varía según la fase de la enfermedad, existe depósito y resorción del hueso, que se producen al azar, por lo cual el cuadro histológico llega a ser confuso. El rasgo más característico es la formación del hueso en "mosaico", término descriptivo usado para indicar el aspecto del hueso que ha sido parcialmente reabsorbido y luego reparado, lo cual deja líneas de reversión intensamente teñidas con hematoxilina.

El hueso puede presentar grandes cantidades de osteoblastos u osteoclastos. La médula tiende a ser fibrosa aunque algunas veces es adiposa, es común el edema y se observan colecciones de linfocitos. Cuanto más rápidamente se deposita el hueso tanto más inmadura es y mayores las cantidades de osteoide. (41,22,-30)

La sintomatología va a depender de las zonas afectadas y van desde dolor óseo, sordera, ceguera, hasta trastornos mentales. (1,41,22)

Los signos se manifiestan cuando la enfermedad se encuentra en estadios avanzados, éstos incluyen, agrandamiento progresivo del cráneo, deformaciones de la columna, fémur y tibia,

arqueamiento de las piernas, ensanchamiento y aplanamiento del pecho y curvatura de la columna. Los huesos afectados son típicos al tacto debido a mayor irrigación, y son más frágiles -- con tendencia a la fractura, que es la complicación más común de esta enfermedad. (41,30)

La lesión de maxilares es bastante común en osteitis deformante. El maxilar se agranda en forma progresiva, el reborde alveolar se ensancha y el paladar se aplanan; si hay dientes se aflojan y emigran. La boca permanece abierta y expone los dientes porque los labios no alcanzan a cubrir el maxilar agrandado. Hay dificultad para usar prótesis. Radiográficamente se observan zonas de actividad osteoblástica y osteoclástica, presentando diferente radiointensidad, lo cual se ha denominado aspecto de "copos de algodón". En los dientes se observa hiperementosis, y en el hueso adyacente, pérdida de la cortical y proliferación del mismo, lo cual resulta en obliteración del ligamento periodontal. (1,41,22,30)

En los hallazgos de laboratorio se observa elevada la fosfatasa alcalina sérica y los niveles de calcio y fósforo séricos, suelen estar dentro de los límites normales. (1,41)

No hay tratamiento específico y el pronóstico es muy malo cuando la enfermedad se complica con la formación de osteosarcomas. (1,41,22,30)

OSTEOPOROSIS

Definición:

La osteoporosis es la enfermedad metabólica más frecuente de los huesos caracterizada por una disminución de la densidad y la consecuente debilidad del hueso; la atrofia afecta en primer lugar y principalmente al hueso esponjoso. (30,47)

Frecuencia:

Una cuarta parte de la población de más de 65 años de edad presenta signos de osteoporosis y afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres. (30)

Etiología:

La causa básica de la osteoporosis es un aumento en la absorción del hueso, y ésta puede estar relacionada con cualquier desorden que reduzca el nivel de calcio en el plasma, entre los que se mencionan:

- Mecanismos hormonales (menopausia) y metabólicos
- Factores carenciales que puede ser debida a una absorción intestinal de calcio deficiente o una carencia de aporte.
- Ciertos procesos que se acompañan de cambios osteoporóticos como hipertiroidismo, diabetes, síndrome de Cushing, hiperparatiroidismo, enfermedades del hígado.
- Tirotoxicosis; extensa terapia corticosteroide, esteroides, aumento del uso de ACTH y cortizona.
- Régimen dietético, inmovilidad prolongada.

- Glucocorticoides que ejercen un efecto antivitamina D y ocasionan aumento en la excreción cálcica.
- Los maxilares muestran osteoporosis en pacientes que -- han perdido sus dientes, en los cuales se desarrolla -- una atrofia por desuso que da lugar a la pérdida del -- trabeculado normal y del contorno general del proceso - alveolar.
- La osteoporosis postraumática observada después de frac^u turas, se debe en parte a una falta de uso del hueso o a una interferencia con la irrigación sanguínea.
- La irradiación del hueso y trastornos neurógenos espe-- cialmente los del SNC pueden producir cambios vascula-- res que interfieran con la nutrición adecuada del hue-- so. Por otro lado, una hiperemia de origen traumático o inflamatorio, también induce resorción del hueso. (30,- 47,22)

Anatomía patológica y hallazgos radiográficos:

La osteoporosis senil consiste básicamente en un descenso de la masa esquelética sin alteración de la composición química del hueso. Los cambios radiográficos en la osteoporosis de los maxilares consisten fundamentalmente en una radiotranspa-- rencia generalizada del hueso con adelgazamiento de la corteza y pérdida de los dibujos trabeculares nítidos dentro de la esponjosa, las trabéculas resobidas son reemplazadas por médula- adiposa por lo que los espacios medulares óseos se ven más mar-- cados de lo normal. (22,47)

Manifestaciones clínicas:

Ocasionalmente el motivo de la consulta es una neuralgia- ósea hiperestesia o dolor localizado a menudo en las estructu-

ras de apoyo del cuerpo, (otros síntomas generales se mencionan en capítulos anteriores); si la atrofia progresiva de los maxilares es intensa, el maxilar inferior puede fracturarse -- con un traumatismo leve. La osteoporosis no causa dolor ni ningún otro síntoma en forma directa, el dolor ocurre como una -- consecuencia de la fractura. Habitualmente la osteoporosis senil va acompañada de un estado general mediocre e incluso de -- caquexia senil. (30,47)

Tratamiento:

El tratamiento en general tiene por objeto remineralizar el hueso restituyéndole el calcio y el fósforo de que ha sido privado, frenar su resorción por medio de los estrógenos y estimular su anabolismo protídico por medio de los anabolizantes.

- Deben administrarse grandes cantidades de calcio alternándolo con períodos fosforados.
- Administración de estrógenos (que frenan la osteólisis).
- Los esteroides anabolizantes estimulan la formación de matriz ósea.
- En la osteoporosis senil puede añadirse vitamina D, e hidrolizados de proteínas especialmente en las formas -- con calciuria baja.
- Alimentación equilibrada suficientemente abundante en -- productos lácteos. (30,47)

Articulación Temporo-Mandibular:

ARTRITIS REUMATOIDE DE ARTICULACION

TEMPOROMANDIBULAR

La artritis reumática pertenece al círculo de enfermedades articulares con tendencia a la persistencia crónica secundaria, no es un trastorno de la vejez, puesto que habitualmente aparece entre los 25 y 50 años, sin embargo, al aumentar la edad se hace más notable con mayor frecuencia en la vejez. (17) Anteriormente se pensaba que la articulación temporomandibular raramente se veía involucrada en los casos de enfermedad reumática generalizada, sin embargo Gorlin y Goldman, Zegarelli y colaboradores mencionan que la proporción de pacientes con complicación de la A.T.M. oscila del 10 al 50% del número de casos y suele ser simultáneamente bilateral.

En una investigación por Ogus, se examinaron 62 pacientes con artritis reumatoide estabilizada, de los cuales el 61% mostró evidencia de complicación de A.T.M.

Los principales signos y síntomas locales son dolor continuo que puede referirse a la oreja, a la porción temporal o a la región cervical lateral de la cabeza; rigidez, crepitación, tumefacción de los tejidos periauriculares y limitación de la movilidad (44,22,41,47,15). Como en otras articulaciones, el proceso de la enfermedad puede ocurrir en forma fásica, con exacerbaciones agudas seguidas de otras fases de curación o de una fase crónica secundaria. (44)

En la fase aguda se presenta tumefacción de la piel y dolor a la palpación, en el movimiento mandibular la reacción dolorosa impide la movilidad y gradualmente sobreviene la incapacidad funcional.

Cuando la enfermedad se hace crónica, la sintomatología disminuye pero la rigidez y pérdida de la función aumentan hasta llegar al extremo de una anquilosis, sin ser inevitable. -- (44,41,22,47,15)

Algunos pacientes revelan que sienten la articulación tiesa en la mañana, pero que el movimiento activo o el masaje durante el día la relajan; en otros casos, como resultado de las erosiones del hueso y la destrucción parcial del menisco, se oye un chasquido cuando el paciente está comiendo. (44,15)

En las primeras fases de la artritis reumatoide, la exploración radiográfica no indica ninguna alteración en la articulación, pero al progresar la enfermedad pueden encontrarse signos de lesión de las superficies articulares, tales como: aplastamiento de la cara anterior de la cabeza del cóndilo y de la eminencia articular, reducción del movimiento condilar a la -- abertura de la boca y anquilosis fibrosa u ósea. (22)

La inflamación de la membrana sinovial se puede extender al cartílago hialino que cubre la A.T.M., y lo destruye parcial o totalmente, por lo que los ligamentos de soporte de la articulación se volverán laxos y debido al empuje mayor de los músculos flexores se puede producir una subluxación; (47) esto puede acentuarse con la aplicación descuidada de fuerzas y tensiones en la manipulación odontológica, y hasta con el simple bostezo.

Todas las formas posibles de afecciones articulares tales como la subluxación, el trismo inflamatorio y aún la anquilosis, se consideran como artritis reumática y se tratan de acuerdo con ello, correspondiendo al campo de la Medicina Interna. Y por lo que respecta a la salud bucal, se debe hacer la -

eliminación de todos los focos de infección y se debe instruir al paciente en la fisioterapia, tomando en cuenta que no se debe manipular excosivamente la mandíbula o mantener al paciente con la boca abierta por mucho tiempo. (44,41,22,15,47)

LUXACION Y SUBLUXACION

Subluxación:

El término subluxación se define como una dislocación parcial o imcompleta, autorreducible de una articulación.

Más que una enfermedad, la subluxación es un síntoma que puede aparecer después de un traumatismo agudo a causa de un golpe, dislocación de la mandíbula o una excesiva manipulación del maxilar durante ciertas maniobras como la intubación endotraqueal, tras la práctica de procedimientos quirúrgicos dentales y orales y el bostezo. La subluxación también se origina tras alteraciones degenerativas crónicas de osteoartritis.

La subluxación mandibular implica que el cóndilo pasa a una posición anterior en relación a la eminencia articular durante el movimiento de apertura de la boca.

Puede ser unilateral o bilateral. La deformidad, cuando es visible, se presenta como maloclusión.

La subluxación no exige un tratamiento inmediato, y este debe ser lo más conservador posible. Es de utilidad recomendar los ejercicios terapéuticos empleados en el tratamiento de la limitación.

Luxación:

La luxación es la dislocación completa; esto se refiere al desplazamiento que no puede autorreducirse del cóndilo de la fosa glenoidea. Puede ser unilateral o bilateral.

En la dislocación aguda o súbita uno o los dos cóndilos -
 de las cavidades glenoideas, por encima del tubérculo -
 articular del temporal y no vuelven atrás, esto es debido a --
 que en el comienzo del movimiento de cierre, el músculo pteri-
 goideo externo se contrae, los músculos elevadores ejercerán -
 su fuerza mientras los cóndilos permanecen por delante de la -
 eminencia articular y entonces los intentos de los músculos re-
tractores para elevar la mandíbula hacia atrás son infructuo--
 sos, resultando así imposible el cierre de la boca.

La luxación de la A.T.M. puede ser a consecuencia de: ---
 traumatismo externo, sobre todo cuando la boca está abierta, -
 apertura brusca y amplia como en un bostezo, apertura amplia y
 prolongada de la boca durante las maniobras dentales, orales y
 faríngeas, laxitud capsular extrema asociada a subluxación cró-
nica, y descoordinación muscular.

La luxación se caracteriza por el trabado súbito, la inmo-
 vilización del maxilar cuando se abre la boca, protrusión man-
 dibular; la boca se encuentra entreabierta, ya que al paciente
 le es imposible cerrarla, el comer o hablar son imposibles; en
 la parte anterior al meato auditivo externo se observa una mar-
cada depresión.

La reducción de un cóndilo luxado se efectúa mediante la-
 relajación de músculos y desplazamiento guiado de la cabeza --
 del cóndilo hacia su posición normal por presión hacia abajo y
 atrás de los pulgares colocados en la zona de los molares infe-
 riores y los dedos índice y medios colocados en los bordes in-
 feriores del cuerpo de la mandíbula quedando los dedos restan-
 tes detrás de cada rama.

Algunas veces solo es posible conseguir la relajación necesaria

con anestesia general o fatigando los músculos masticatorios - durante 5 o 10 minutos.

Se puede usar cloruro de etilo (atomizador), que disminuye el dolor y el espasmo muscular facilitando así, la reducción mandibular; después de la reducción, se recomienda limitar la apertura bucal por medio de una mentonera. (41,22,47)

SINDROME DOLOR DISFUNCION MIOFACIAL DE LA AR
TICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Schwartz, afirmó que la mayoría de los casos de trastorno de la ATM, constituyen un síndrome de disfunción dolorosa que afecta a los músculos de la masticación más que a las propias articulaciones y resulta de espasmos en estos músculos. (22)

No hay preferencia por el sexo y se observa en pacientes de cualquier edad, aunque aparece más a menudo en pacientes de menos de 40 años. (22,47,41)

Es muy posible que se manifiesta en un gran número de pacientes ancianos, debido a las características del sistema masticatorio de los mismos.

Muchos autores opinan que el principal factor que origina las manifestaciones es el espasmo de los músculos masticatorios, este espasmo puede originarse por sobreextensión, contracción excesiva o fatiga de los músculos, que a su vez, son causados por interferencias oclusales, pérdida bilateral de dientes posteriores (dimensión vertical) y hábitos crónicos como frotamiento o apretamiento de los dientes, respectivamente. (41,32) Otros autores mencionan además, alteraciones internas de la articulación. (22)

Clinicamente se encuentran cuatro signos y síntomas fundamentales del síndrome: 1) Dolor

- 2) Sensibilidad muscular
- 3) Chasquido o ruido seco en la ATM, y
- 4) Limitación del movimiento mandibular unilateral o bilateral, en proporción aproximadamente igual, a veces

con desviación en la apertura.

Además de estos cuatro hallazgos positivos, estos pacientes -- también tienen dos típicas características anormales:

- 1) Ausencia de indicios clínicos, radiográficos o bioquímicos-- de alteraciones orgánicas en la articulación propiamente dicha, y
- 2) Ausencia de sensibilidad en la articulación cuando se palpa por el meato auditivo externo. (41)

El dolor suele ser unilateral y se describe como apagado, en oído o en zona periauricular que se irradia al ángulo de la mandíbula, zona temporal o a la zona cervical lateral. Frecuentemente su intensidad varía entre la mañana y el resto del --- día. El dolor puede presentarse al despertarse, después de una apertura rápida o continua de la mandíbula, después de cambios rápidos o extensos en la oclusión dentaria. Otros síntomas pueden ser: dolor de cabeza, en la parte posterior del cuello, en las regiones del vértice occipital y preauditiva, en los se-- nos del arco cigomático, en los dientes, en la encía, en la -- lengua o paladar, en los oídos y alrededor de éstos y en los - ojos e irradiado a los hombros y espalda. Además sensación de-- ardor en la lengua y en los ojos, vértigo, zumbidos, oídos ta-- pados, falta concomitante de agudeza auditiva y visión borro-- sa. (41,22)

Se considera una enfermedad sicosomática, alrededor del - 80% de pacientes en estudio tenían antecedentes de otras enfermedades sicofisiológicas como úlcera gastrointestinal, jaqueca o dermatitis, además estos pacientes tenían elevadas las cate-- colaminas y esteroides urinarios, los cuales han sido vincula-- dos con el fenómeno del "stress". (41,47)

También es espasmo muscular produce alteración de la posici

ción mandibular, que a su vez produce desplazamiento local de los dientes. Si el espasmo muscular continúa o recidiva con -- frecuencia, el desplazamiento condilar puede dar lugar a una - alteración degenerativa de la articulación. (47)

El tratamiento de este síndrome es conservador. El alivio de los factores emocionales, la eliminación de interferencias-oclusales, ejercicios mioterapéuticos, fisioterapia y farmacoterapia (tranquilizantes y relajantes musculares) forman parte de los recursos para el tratamiento de esta enfermedad. (41)

Glándulas Salivales;

XEROSTOMIA

Definición:

La xerostomía o sequedad de la boca es una disfunción clínica de las glándulas salivales que puede ser temporal o permanente y que se caracteriza por un descenso marcado en la producción de saliva.

Debe tenerse presente que la xerostomía no es en si una entidad nosológica, sino una alteración de la función salival provocada por diversas causas.

En su forma extensa, la xerostomía es rara, pero los casos con lenta ó muy lenta actividad salival tiende a aumentar con la edad. (47,41)

Etiología:

Puede ser idiopática.

- Aplasia de glándulas salivales
- Anomalías por imperforación de los conductos salivales
- Irradiación con rayos X
- Deficiencias vitamínicas, principalmente la avitaminosis A
- Síndrome de Sjogren, caracterizado por obstrucción y atrofia del tejido de los acinos de las glándulas salivales.
- Otras alteraciones tales como anemias, diabetes, deshidratación, ciertas lesiones orgánicas del sistema nervioso, nefritis crónica, gastritis crónica, sialoadeni-

tis, sialolitiasis; además de la farmacoterapia con drogas antihipertensivas, anticolinérgicas, sedantes y relajantes, también se pueden mencionar ciertos factores subjetivos tales como pérdida de dientes, dentaduras nuevas, temor, susto, enojo o excitación. (44,41,22,16)

Manifestaciones clínicas:

Existen ciertos signos subjetivos tales como boca pastosa y a veces ardiente, dificultad a la masticación, deglución y a la elocución, sensibilidad y dolor de la mucosa y la lengua.

Dentro de los principales signos podemos mencionar: labios reseco y agrietados, halitosis; la mucosa aparece seca y atrófica, a veces inflamada y con mayor frecuencia pálida y traslúcida, lengua lisa y seca ó fisurada en los bordes con atrofia de las papilas, inflamación y en casos graves zonas de denudación, restos de saliva en el fondo del vestíbulo y en la región sublingual, mucosidad blanquecina que forma hileras entre lengua y el paladar..

La reducción del flujo salival lleva a una disminución de su acción limpiadora, facilitando una mayor acumulación de PDB, disminuyendo así la protección y lubricación salival. La movilidad de la lengua y la capacidad para portar prótesis se ven afectados, a menudo aumentan la incidencia de la caries y paradontopatías así como la creciente susceptibilidad a la aparición de ciertas neoplasias. (44,47,41,22,15)

Tratamiento:

El tratamiento va a depender del tipo de alteración que esté causando la xerostomía, de esta forma se tratará de elimi

nar la causa principal cuando sea posible, mientras tanto se -
puede proporcionar un tratamiento sintomático. (41)

NEOPLASIAS BENIGNAS

QUERATOACANTOMA

Definición:

Es un tumor epitelial benigno que se asemeja al carcinoma epidermoide. Es una hiperplasia penetrante de tipo tumoral del epitelio escamoso que puede curar espontáneamente y carece de la facultad de dar metástasis. (41,22)

Frecuencia:

Es 5 veces más común en hombres que en mujeres. Puede aparecer en la segunda década, pero existe mayor incidencia entre los 50 y 70 años de edad. (1,41)

Etiología:

Las causas que la provocan se desconocen, pero se han considerado ciertos factores genéticos, virales y carcinógenos -- químicos que intervienen en su formación. (1,41,22)

Características histológicas:

El rasgo más común de la lesión se encuentra en los márgenes donde el epitelio normal adyacente se eleva hacia la porción central del cráter. Está formada por epitelio escamoso es tratificado que prolifera hacia el tejido conectivo subyacente y la superficie se encuentra revestida por una gruesa capa de queratina, sin embargo no hay disqueratosis. (41,22)

Manifestaciones clínicas:

Se presenta como una lesión crateriforme cuyo tamaño oscila entre 0.5 cm. y 2 cm., suele ser dolorosa y puede haber linfadenopatía regional. (41,22)

Tratamiento:

El queratoacantoma se trata a base de excisión quirúrgica. Su recidiva es rara. (41,22)

NEOPLASIAS PREMALIGNAS**LEUCOPLASIA**

La mucosa bucal que forma parte del carrillo generalmente es retraída por el dentista mientras interviene, de modo que no se da la oportunidad de observar los cambios en el color y la textura de la mucosa bucal del anciano que se hace más delgada y menos vascular, su superficie constantemente es traumatizada ya sea por los alimentos, mordeduras, agentes químicos, los cambios térmicos exagerados de los alimentos, ciertos medicamentos etc., que dañan la delicada mucosa, produciendo, si la irritación es crónica, una leucoplasia (16), caracterizada por ser una placa fija de color blancuzco que se puede presentar en cualquier lugar de la boca y que puede ser de forma y tamaño variables. (47)

Es más común en varones y se presenta con mayor frecuencia de la 5a a la 7a década. (1,22,47)

Generalmente es causada por irritación local de la mucosa en la que se incluyen dientes cariados con bordes filosos, objetos afilados como dientes de prótesis, abrazaderas, hábitos de mordisqueo, abuso del cepillo de dientes, etc., intervienen además otros factores que incluyen el tabaco, alcohol, alteraciones hormonales, malnutrición, insuficiencias vitamínicas, -síndromes de malabsorción etc. (22,18,47)

Es importante realizar un buen diagnóstico, debido a que lo que parece ser una simple mancha blanca puede ser un carcinoma intramucoso o una neoplasia francamente maligna. (47)

Histológicamente la leucoplasia se caracteriza por presentar una capa excesivamente gruesa de queratina, además de mostrar características específicas de disqueratosis, término usado con frecuencia para denotar ciertas alteraciones celulares - habitualmente asociadas con tumores malignos (47,1,22,18). De esta forma se considera que la leucoplasia es una lesión premaligna que si no se trata a tiempo puede llegar a convertirse en carcinoma. (1,47)

El tratamiento de la leucoplasia consiste en la eliminación de cualquier irritación local crónica como la corrección de toda posible maloclusión, el reemplazo de prótesis mal adaptadas, (41,18,47) además se aconseja la suspensión del consumo del tabaco, alcohol, administración de vitamina A, complejo B- y estrógenos. (41,22,47) Cuando no aparece ninguna reacción favorable a base del tratamiento antes mencionado, la lesión se eliminará con un margen de seguridad por medios quirúrgicos o electrocoagulación, principalmente si se comprueba que la lesión presenta disqueratosis. (18)

Es importante que en todos los casos, principalmente en -

aquellos en que exista duda acerca de la naturaleza de la lesión, se practique un estudio biópsico lo más pronto posible, - mismo que nos indicará con mayor seguridad el tipo de tratamiento a seguir.

LIQUEN PLANO

Es una enfermedad inflamatoria de la membrana mucosa y de la piel, caracterizada por lesiones queratósicas de diversa -- configuración, las lesiones bucales consisten en abundantes y minúsculas pápulas blancas; y aunque su etiología es desconocida se le ha atribuido a factores psicossomáticos y emocionales, (1,22,47,40) se ha observado que muchos pacientes con lesiones bucales pueden haber tenido previas lesiones de piel y son predominantemente femeninas y con un amplio rango de edad. (44, - 16)

Las lesiones bucales suelen ser asintomáticas y por lo general se descubren durante un exámen bucal sistemático, (11) - encontrándose más frecuentemente y muchas veces siendo el único lugar afectado la mucosa vestibular, aunque las otras zonas no están exentas de presentarlas.

Clinicamente, no presentan una característica única y específica, dependen del tejido afectado, por ejemplo: las lesiones de la mucosa vestibular tienen el aspecto de líneas blancas en forma reticular, llamada Estrias de Wickham (22), siendo las que se diagnostican más fácilmente por su aspecto característico y patognomónico (47); sin embargo también pueden aparecer como placas blancas o como múltiples pápulas blancas que se parecen mucho a la hiperqueratosis o a la leucoplasia, con las que puede confundirse, en este caso la biópsia es de gran-

utilidad ya que el cuadro histológico del Líquen es específico, en donde además de la superficie hiperqueratósica, hay degeneración en el área de la membrana basal e infiltrado linfocitario característico acumulado inmediatamente por debajo del epitelio. (18,1,47,40,22)

El Líquen plano requiere tan sólo de tratamiento sintomático, las lesiones pueden desaparecer espontáneamente (1), y cuando las lesiones son asintomáticas es mejor abstenerse de cualquier tratamiento y convencer al paciente y a sus familiares de que es una lesión benigna, que no es precancerosa, y -- que su único carácter desagradable es el malestar que lo acompaña. Sin embargo, Shafer menciona a más de 65 casos de carcinoma epidermoide originado en lesiones bucales de Líquen plano. (22,1)

Neoplasias Malignas.

Los tumores malignos en la boca son excepcionales, pero su incidencia aumenta rápidamente con la edad. (15)

Entre el total de nuevos casos de cáncer, la incidencia del bucal varía de acuerdo al lugar geográfico, por ejemplo en Estados Unidos comprende cerca del 3.5% y en el lejano Oriente casi el 70%. (1)

EPITELIOMA ESPINOCELULAR

(Carcinoma Epidermoide)

El carcinoma epidermoide es la neoplasia maligna más común de la cavidad bucal, representa más del 90% de todos los -

cánceres orales, es ocho veces más frecuente en el hombre y su mayor incidencia se observa después de la cuarta década. (1,41,22,30)

Los factores etiológicos ambientales más comunes a los -- que se atribuye la formación de cáncer bucal son: tabaco, alcohol, sífilis, deficiencias nutricionales, luz solar, factores -- varios como calor, traumatismo, sépsis e irritación originada -- por los dientes y prótesis agudas, también se considera la posibilidad de una causa viral, aunque la verdadera etiología si -- gue siendo desconocida. (1,41,22)

En el carcinoma de células escamosas, las células epite-- liales muestran todas las características de la disqueratosis, es decir, pleomorfismo, mitosis normales y anormales, pérdida -- de polaridad, hiperromatismo, etc. Además de la disquerato--- sis, existe una invasión a los tejidos subyacentes. (1)

Una de las características más salientes del carcinoma -- epidermoide bien diferenciado es la presencia de queratiniza-- ción individual y formación de numerosas perlas epiteliales o -- de queratina, de diversos tamaños. (41)

De acuerdo con el criterio de Broder, un carcinoma de cé-- lulas escamosas (o cualquier otro cáncer) puede ser clasifica-- do entre los grados: I, en que la lesión era altamente diferen-- ciada (sus células producían mucha queratina) y grado IV, en -- donde la lesión era muy indiferenciada (las células eran suma-- mente anaplásicas y prácticamente no formaban queratina), en -- forma ascendente aumentaba su malignidad.

Los carcinomas epidermoides producen metástasis a ganglios -- linfáticos, y posteriormente a otros órganos distantes. (1,41)

El aspecto clínico del carcinoma epidermoide oral presenta notables variaciones. La lesión inicial se manifiesta como una zona aplanada de mucosa eritematosa o ligeramente rugosa, o bien como una placa blanca o incluso una masa polipoide con ulceración superficial o sin ella.

Al evolucionar clínicamente pueden presentar un aspecto:

Exofítico.- masa elevada de amplia base y superficie algo nodular, la palpación descubre induración en la base y los bordes. Al crecer el tumor aparece generalmente necrosis y ulceración central.

Ulcerado.- defecto crateriforme de bordes encorvados y elevados, este carcinoma es más invasor, por consiguiente es endofítico.

Verrugosa.- se caracteriza por un crecimiento papilar excesivo y acentuado de múltiples pliegues extensivos. No es frecuente la ulceración excepto en las grietas existentes entre los pliegues papilares. (22)

Las características clínicas y la sintomatología clínica van a depender de la localización del carcinoma epidermoide.

Las localizaciones son: Lengua 50% de los casos, piso de boca 16%, mucosa alveolar 12%, paladar 11% y mucosa vestibular 9%. Además aparece muy frecuentemente en labio. (1,41)

El tratamiento a elección para el cancer bucal es la intervención quirúrgica. La irradiación del carcinoma bucal no es recomendable y debería emplearse únicamente cuando la extirpación quirúrgica no sea factible. En algunos tumores extensos - ha dado buenos resultados la irradiación acompañada de intervención quirúrgica. (1)

En sí, el tratamiento va a depender de muchos factores como: la localización y tamaño del tumor, la presencia o ausencia de metástasis, el grado histológico de la lesión, edad y salud del enfermo, y la destreza del especialista. (47)

Es muy importante realizar un diagnóstico precoz, la biopsia precoz es obligada siempre. (1,30)

Linfomas Malignos

Los linfomas malignos constituyen un grupo de neoplasias de grados variables de malignidad, que se originan de células básicas de tejido linfoide, los linfocitos y las células reticulares. (1,41,22,47)

Los linfomas malignos son esencialmente cuatro tipos:

Linfoma folicular 98%, reticulosarcoma (leucemia monocítica) 19%, linfosarcoma (leucemia linfática) 30.8% y enfermedad de Hodgkin 40% aproximadamente. (41,47)

Pueden presentarse a cualquier edad y son más frecuentes en el hombre, sin embargo la enfermedad de Hodgkin es más frecuente en adultos jóvenes, el linfosarcoma en la edad media de la vida y el reticulosarcoma en los grupos de más edad (47). - Además, el linfosarcoma y el reticulosarcoma son los únicos -- que se encuentran en cavidad bucal(30), es por eso, por lo que se va a tratar a los dos últimos en este capítulo.

El reticulosarcoma:

Deriva de células reticulares idénticas a los histiocitos

y a los grandes macrófagos mononucleados, se caracteriza por una degeneración maligna de éstos. Los signos y síntomas varían mucho dependiendo de la zona afectada, si están atacados los nódulos linfáticos, son duros, fijos y dolorosos, y la piel que los cubre es rojiza. (41,47)

En boca se manifiestan más frecuentemente en amígdalas, que se ulceran hasta que el tumor alcanza gran tamaño o es traumatizado, también se presenta en otros tejidos blandos de la boca, aunque raramente, en paladar, mucosa vestibular y encía, con posible origen extraganglionar. (41,22,47)

El aspecto histológico es variable, lo más común es la presencia de células mayores que los linfocitos que pueden presentar prolongaciones citoplasmáticas y producir delicadas fibras de reticulina. (41)

El linfosarcoma:

Deriva de la degeneración maligna de los linfocitos o linfoblastos, la enfermedad tiene evolución más benigna que el reticulosarcoma. El primer signo de la enfermedad puede ser una hipertrofia no dolorosa de los ganglios linfáticos cervicales profundos, los cuales suelen ser sólidos, discretos y móviles en las primeras etapas de la enfermedad, pero cuando hay infiltración se hacen congruentes y adherentes, la piel que los cubre llega a tener aspecto parduzco. (41,47)

En boca, el aspecto clínico es parecido al del reticulosarcoma, cuando es atacado el maxilar los dientes se aflojan, algunos de estos tumores se convierten en grandes masas fungosas, necróticas y de mal olor, en los últimos estadios puede haber una leucemia linfocítica.

Histológicamente, la normal arquitectura de un ganglio -- linfático o del tejido esta distorsionada por un crecimiento -- excesivo difuso de las células linfocíticas, la mayoría de --- ellas se encuentran en el mismo estadio de desarrollo, lo queda al tumor un aspecto uniforme. El tamaño de las células es -- lo que le da el nombre de linfocítico o linfoblástico. (22)

Los linfomas malignos son radiosensibles, pero su pronóstico es muy grave, debido a su facilidad de diseminación, dan metástasis rápidas a cuello y a vías linfáticas (19), la muerte es inevitable en un tiempo relativamente corto después de -- establecer el diagnóstico, ya que siempre hay recidivas tiempo después del tratamiento. (1,41,22,47,40)

SARCOMA DE KAPOSI

Es un complejo patológico sarcomatoso de progresión variable, cuyo origen celular se supone que procede de elementos -- del tejido perivascular indiferenciado (47), aunque es de --- etiología desconocida la mayoría de los autores consideran que es de naturaleza neoplásica (41), presentandose en varones de 50 a 70 años de edad, principalmente. (41,22)

Las manifestaciones cutáneas son más predominantes que -- las bucales y las viscerales en un 85%, y consisten en la formación de erupciones maculares sensibles, rojizas o azuladas, -- (47) cuyo tamaño varía entre unos milímetros y 1 o 2 centí--- metros, que por lo general son dolorosas. (41)

Las lesiones bucales aparecen en cualquier parte de ella, y se trata de nódulos o bultos rojizos (1,41) de aspecto parecido a las exacerbaciones cutáneas, pero son más hemorrágicas--

debido a los traumatismos funcionales relacionados con su localización anatómica. (47)

Es raro diagnosticarla basandose exclusivamente en una -- biópsia oral; el diagnóstico definitivo se basa en las manifestaciones clínicas y en la confirmación biópsica que histopatológicamente nos demuestre la presencia de múltiples vasos sanguíneos pequeños, células fusiformes de aspecto ambrionario cuyo tamaño, forma y aspecto son variables, y están asociadas a hiperemia vascular. (1,41,47)

Con la radioterapia como primera elección en el tratamiento de la forma crónica de esta enfermedad, así como la quimioterapia en segunda instancia como "acción de sostén", las lesiones pueden desaparecer, aunque pueden reaparecer nuevamente como lesiones nuevas que requieren nuevo tratamiento. (41,47)

MIELOMA MULTIPLE

El mieloma múltiple es una neoplasia maligna progresiva -- que por lo general se desarrolla en las médulas óseas del esqueleto, se presenta en pacientes de más de 50 años y en el -- hombre con una frecuencia 2 veces mayor que en la mujer. (1,22 47)

Los huesos afectados más a menudo son el cráneo, vertebras, pelvis y fémur. Los maxilares también pueden estar afectados, la mandíbula más que la maxila (1). Las localizaciones más frecuentes son el cuerpo posterior, el ángulo y la rama de la mandíbula. Los lugares afectados son las zonas premolar y molar y el proceso coronoides.

El dolor es el síntoma más destacado y a menudo el único, es continuo e intenso, aumenta con los movimientos y disminuye con el reposo. Son frecuentes las fracturas patológicas. La resorción ósea generalizada causa hipercalcemia y produce náuseas, vómitos y letargo. Pueden ocurrir epistaxis y gingivorragia a consecuencia de la trombocitopenia. (22,1,47)

Algunas de las características de las lesiones bucales --son: dolor, tumefacción, entumecimiento, aflojamiento de los dientes y formación de plasmocitomas en tejido blando; parestesia o adormecimiento del labio o de un segmento cutáneo cerca del mentón, así como expansión del maxilar. (1,41,22,47)

Las tumefacciones intraóseas tienden a ser redondeadas y de color rojo azulado; se ulceran fácilmente llegando a cubrir las piezas dentarias; cuando son del maxilar superior los tumores invaden el seno maxilar. (22)

Radiográficamente las lesiones son pequeñas, redondeadas y tienen una apariencia bien definida dando una imagen de sacabocados.

La lámina dura relacionada con las lesiones óseas puede faltar y en algunos casos hay señales de resorción ósea de las raíces por la neoplasia infiltrativa. (22,47)

La histología de esta neoplasia se caracteriza porque las células tumorales forman capas muy apretadas con muy poca estroma conectivo y se asemejan a los plasmocitos, a veces las células son binucleares con uno o más nucléolos. Se observan habitualmente mitosis y los cuerpos de Russell son muy comunes (22,41)

Los estudios complementarios para el diagnóstico incluyen los estudios electroforéticos de las proteínas plasmáticas; -- los análisis de orina para detectar la proteína de Bence Jones característica del mieloma, punción medular para descubrir células plasmáticas anómalas. El examen de la biópsia y el estudio de una punción esternal son muy importantes para establecer el diagnóstico. (41,47)

El tratamiento del mieloma múltiple es puramente paliativo ya que invariablemente la enfermedad termina en la muerte -- al cabo de 2 o 3 años. La quimioterapia y la radioterapia pueden prolongar la vida, así como aliviar el dolor. (41,47)

MELANOMA MALIGNO

Es un tumor altamente maligno que contiene melanina y que afecta la piel, las mucosas, el ojo y órganos respiratorios superiores. Afecta generalmente a los hombres de más de 50 años de edad. (1,41,30)

El melanoma maligno es un tumor bucal raro (1.5%) que tiene de a aparecer en la encía del sector anterior del maxilar superior, sin embargo la lesión se ve también en el labio superior, la mucosa bucal y la cresta alveolar inferior. (30)

El melanoma maligno es oscuro, la pigmentación va del pardo claro al azul oscuro o negro, y con frecuencia lo precede -- una pigmentación localizada, de pocas semanas hasta algunos -- años (1 a 5) de duración. Posteriormente se ulcera y sangra, -- su borde es rojo y la pigmentación aumenta rápidamente, se caracteriza por su crecimiento rápido y metástasis tempranas. --

(1,41,22,19,47,37)

Se genera a partir de los melanoblastos de la encía, carrillos o paladar. Se ha registrado un melanoma maligno no pigmentado. Es común la infiltración del hueso subyacente y la metástasis a nódulos linfáticos del cuello y axilas. (41,22,19,30)

El aspecto microscópico es muy variado. Algunos tumores - se parecen a carcinomas de células escamosas con grandes células carentes de cohesión, mientras que otros están compuestos de células fusiformes similares a las de los sarcomas. La actividad mitótica no es necesariamente un rasgo característico. - Cuando las células tumorales contienen pigmento, el diagnóstico es relativamente fácil, sin embargo, los tumores no pigmentados, llamados melanomas amelanóticos, pueden presentar problemas para el diagnóstico; en estos casos, se utilizan ciertos colorantes especiales (como la DOPA) que ponen en relieve a las células formadoras de melanina. (1,41,22,37)

El tratamiento de este tumor es la resección quirúrgica - radical de la parte afectada con disección de los nódulos linfáticos regionales. (41,22)

El pronóstico del melanoma maligno de la cavidad bucal es extremadamente desfavorable, y la muerte en el término de 5 -- años es el desenlace casi universal. (1,22)

NEOPLASIAS DE GLANDULAS SALIVALES

Debido a que las neoplasias de las glándulas salivales no manifiestan signos y síntomas alarmantes, el paciente pocas veces se percata de la enfermedad, ya que muchas veces aparecen solo como una hinchazón indolora de textura más o menos firme. Solo en fases posteriores se produce dolor y si se les deja -- progresar aparece eventualmente una ulceración en la superficie. (15)

Entre las neoplasias benignas más frecuentes encontramos el cistadenolinfoma, oncocitoma (adenoma oxifílico) y adenoma pleomorfo.

Entre las malignas, más frecuentes están: carcinomas adenocarcinomas o mucoepidermoides, y ocasionalmente carcinomas celulares escamosos. (30,47,15)

Aproximadamente el 80% de los tumores de glándulas salivales se originan en la glándula parótida, solo el 10% en la submaxilar, el 0.5% en la sublingual y el 9% en las glándulas salivales menores.

La mayoría de los tumores de glándulas salivales aparecen entre las edades de 50 y 70 años, predominando en el sexo femenino; con la edad, la incidencia solo aumenta lentamente. Tienen un pronóstico menos grave que los tumores malignos intrabucales. (22,47,41,1,15)

En el caso de las glándulas parótidas, puede resultar afectado el nervio facial, dando lugar a parálisis facial. Ocasionalmente el paciente puede informar de dificultades para abrir la boca y la atención puede desviarse erróneamente hacia la ---

A.T.M.

El dolor, la parálisis del nervio facial y el crecimiento rápido, son a menudo signos de malignización. (15,22)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bhaskar S.N.
Patología Bucal.
Edit. El Ateneo 3a Edición.
México, 1979.
- 3.- Cecil-Loeb.
Tratado de Medicina Interna. Tomos I y II.
Edit. Interamericana. 14ava Edición.
México, 1978.
- 12.- Durante Avellanal Ciro.
Diccionario Odontológico.
Edit. Mundi. 3a Edición.
México, 1974.
- 14.- Franklin Ross, Ira.
Oclusión, conceptos para el clínico.
Edit. Mundi.
Argentina, 1971.
- 15.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 16.- Freedman Kenneth A.
Management of the Geriatric Dental Patient.
Quintessence Publishing Co.
U.S.A. 1979.
- 17.- Gartland, Jhon J.
Ortopedia.
Edit. Interamericana.
México, 1966.
- 18.- Giunta, Jhon.
Patología Bucal.
Edit. Interamericana. 4a Edición.
México, 1974.
- 19.- Glickman, Irving.
Periodontología clínica.
Edit. Interamericana 4a Edición.
México, 1974.

- 20.- Goldman, et al.
Periodoncia.
Edit. Interamericana.
México, 1960.
- 21.- Goldman, Henry M. Cohen, Walter D.
Periodontal Therapy.
The C.V. Mosby Co. 6th Edition.
U.S.A. 1980.
- 22.- Gorlin-Goldman.
Thoma. Patología Oral.
Edit. Salvat.
México, 1973.
- 23.- Grinspan, David.
Enfermedades de la boca. Semiología, Patología, Clínica y
Terapéutica de la mucosa bucal. III.
Edit. Mundi.
Argentina.
- 24.- Harrison, W. et al.
Medicina Interna.
Edit. La Prensa Médico Mexicana. 4a Edición.
México, 1974.
- 30.- Martin-Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson 1a Edición.
España, 1976.
- 32.- McCarthy, Frank M.
Emergencias en Odontología. Prevención y Tratamiento.
Edit. El Ateneo. 2a Edición.
Argentina, 1973.
- 35.- Prichard, Jhon F.
The Diagnosis and Treatment of Periodontal Disease.
W.B. Saunders Co.
U.S.A. 1979.
- 36.- Ramfjord, Ash.
Oclusión.
Edit. Interamericana.
México, 1972.

- 37.- Robbins, Stanley L.
Patología Estructural y Funcional.
Edit. Interamericana.
México, 1975.
- 41.- Shafer, William G., et al.
Tratado de Patología Bucal.
Edit. Interamericana 3a Edición.
México, 1977.
- 44.- Tyldesley W.R.
Oral Diagnosis.
Pergamon International Library. 2d. Edition.
U.S.A. 1979.
- 47.- Zegarelli-Kutscher-Hyman.
Diagnóstico en Patología Oral.
Edit. Salvat.
España, 1978.

CAPITULO XII
MANEJO DENTAL

El paciente de edad que se presenta para tratamiento clínico debe tener una historia clínica con todos los datos y un examen diagnóstico basado en los mismos principios que el adulto joven. Sin embargo, debe prestarse especial atención a que la persona de edad pueda oír y comprender las preguntas. El hecho de prestar atención al simple detalle de sentarse cerca del paciente - mientras se recibe su información, puede desarrollar una confianza muy valiosa, esto puede influir en futuros éxitos terapéuticos. (15)

Cuando se realiza la historia clínica, es útil tener presente a un miembro de la familia para confirmar el estado del paciente anciano. Con frecuencia, la gente vieja olvida, o pueden exagerar; pueden no conocer o no recordar el nombre o dosificación del medicamento que están tomando.

El Odontólogo debe preguntar acerca de la salud física del paciente, así como de los medicamentos que ha estado tomando.

El anciano puede algunas veces olvidar ciertos hábitos como el cepillado dental; pueden comenzar a desarrollar miedo a las visitas dentales debido a que su nivel de ingreso se encuentra disminuído. De esta forma, resulta muy importante tomar en cuenta la resistencia a enfrentarse a cualquier cambio en su estado dental, la resignación pasiva, trastornos y molestias relativamente benignas y la animosidad hacia los procedimientos odontológicos que se les proponen.

El Dentista debe observar cuidadosamente al paciente desde el momento en que cruza la puerta del consultorio y procede a sentarse en el sillón dental. (16,50)

La prevención empírica es a veces un método erróneo pero que

a menudo es necesario sobre todo si es una enfermedad rara o se conoce poco de ella.

Cuando existe alguna enfermedad de etiología desconocida puede ser suficiente un placebo, de esta forma, el paciente sentirá que se está haciendo algo por su malestar y no se le está ignorando totalmente.

Cuando el paciente presente algún foco de infección, el dentista deberá analizar la situación y si es necesario, deberá hacer las extracciones indicadas aunque el paciente se quede sintientes, explicándole de antemano el porqué de tal procedimiento y ofreciéndole la alternativa de confeccionarle una prótesis provisional con el fin de que pueda seguir comiendo normalmente y al mismo tiempo mejorar su estética. (16)

El Dentista es responsable de la decisión fundamental respecto a las exigencias y tipo de cuidado dental convenientes al paciente. El tratamiento del paciente geriátrico exige una estrecha comunicación entre el Dentista y el Médico. Antes de tomar cualquier decisión debe de estar de acuerdo con el Médico y tomar en consideración los siguientes factores:

- 1.- Si el estado bucal es un riesgo directo de infección para la salud.
- 2.- Si el estado bucal es un riesgo indirecto potencial para la salud por ejm. si la pérdida de dientes o una menor función oral llevan a algunos problemas de nutrición. (15)

Debe desarrollarse un buen programa de salud para todos los pacientes, que incluya cepillado dental, uso de la seda dental y educación para la salud en casa. (54,16)

El Dentista puede ayudar a dar salud al paciente sugiriendo ejercicios y dando información acerca de la boca y orientación sobre una buena nutrición.

Los procedimientos a efectuarse y los resultados que pueden esperarse del tratamiento, deberían explicarse al paciente de preferencia por escrito. Si las esperanzas concernientes a cada uno están basadas en un diagnóstico y pronóstico realistas, antes de que el tratamiento comience, éste puede ser benéfico y más que eso exitoso. Además se debe insistir en que la salud bucal de los ancianos depende en buen grado de la higiene bucal y el cuidado general del organismo. (7,16)

Principios Generales para el Manejo y Tratamiento del Paciente Geriátrico.

- 1.- Debe conocerse la naturaleza de los problemas médicos, -- dentales, psicológicos y sociales del paciente.
- 2.- El Dentista debe estar completamente conciente del tratamiento médico para el paciente y sus antecedentes.
- 3.- El diagnóstico dental y la indicación médica del trata--- miento deben considerarse juntos.
- 4.- Las recomendaciones o el programa de manejo dental debe - realizarse de acuerdo a:
 - a) Las necesidades de procedimientos especiales.
 - b) La rutina de higiene oral.
 - c) El horario del Dentista y al tiempo del paciente.
- 5.- Las personas directamente responsables del cuidado del pa-
ciente, deben desarrollar un conocimiento de la importan-
cia de la buena higiene oral y un sentido de responsabili

dad.

El manejo del paciente anciano en el consultorio dental requiere de muy pocos cambios en los procedimientos clínicos. -- (16) Sin embargo el Dentista debe evaluar el tratamiento del paciente viejo de acuerdo a las circunstancias emocionales y físicas del mismo.

El tratamiento a seguir consta de varios niveles:

- 1.- Eliminar el dolor y la infección, ya que de tener alguna dolencia, muchos pacientes no son capaces de soportar un tratamiento prolongado.
- 2.- Que el paciente se sienta tranquilo y cómodo.
- 3.- Asesorar al paciente para que conserve su boca en las mejores condiciones posibles.

Aunque es conveniente consultar con la familia del paciente, el Dentista no debe seguir el consejo familiar sin el consentimiento del paciente. (54,48)

Actualmente, los procedimientos de restauración dental están siendo más aceptados entre la gente de edad avanzada.

Se recomienda anestésico local, aunque en muchos pacientes-ancianos no está indicado. Generalmente hablando, en pacientes seriamente enfermos están indicados los procedimientos paliativos. El más humano procedimiento deberá ser la colocación de restauraciones temporales después de la eliminación del material carioso. (48,52)

Debe tenerse en cuenta la tolerancia fisiológica de las estructuras bucales del anciano antes de planear extracciones --

dentales, biópsias, gingivectomías, apicectomías, alveolotomías y otras intervenciones quirúrgicas de este tipo.

Además de la disminución en la tolerancia de los anestésicos, hay que valorar el traumatismo quirúrgico, la excesiva pérdida de sangre, la cicatrización de las heridas, las complicaciones postoperatorias y el traumatismo en la ATM debido a la aplicación de una fuerza excesiva o muy prolongada. (7)

Antes de iniciar cualquier cirugía, el Dentista debe revisar los problemas médicos prevaletentes en el paciente, y los medicamentos que está tomando; la exodoncia y la cirugía oral menor serán necesarias cuando exista dolor por caries dental extensa y abscesos, para lo cual deberán tomarse radiografías, y si es necesario, el raspado y curetaje de mucosa y remoción de hueso para facilitar la extracción dental y radicular.

La cirugía de tejidos blandos deberá ser realizado solo como procedimiento conservador, como cuando las condiciones son desafortunadas y los tejidos restantes impiden el propósito y función de la prótesis. Deberá procurarse un máximo cuidado cuando los procedimientos lleguen a ser forzosos. (48,52)

La infección periodóntica es un trastorno bastante común del diente natural y por lo general existe gran destrucción tisular, sin embargo, casi siempre es asintomática. De manera similar, en el paciente geriátrico es posible hallar caries en los dientes, pero es muy frecuente que la destrucción dental pueda llegar hasta las estructuras dentales y periapicales sin que el paciente se de cuenta de ello. El estancamiento de los alimentos, las placas y cálculos conducen a la inflamación y su eliminación, es la medida más importante de salud para evitar periodontitis y reducir su nivel. (7)

El resultado del tratamiento endodóntico es menos predecible en ellos que en la gente joven. La edad, el estado nutricional y la presencia de enfermedad crónica afectan la reparación periapical. En suma, el tratamiento puede hacerse más lento y en ocasiones hacerse imposible por la formación de dentina secundaria.

El fracaso al limpiar e irrigar adecuadamente los conductos, especialmente en dientes multirradiculares, provocarán una pérdida del diente. La calcificación del espacio pulpar puede ser un obstáculo en el tratamiento. Los conductos pueden ensancharse mediante el uso de agentes quelantes, o puede ser necesario cerrar el foramen apical por un procedimiento quirúrgico y una obturación retrógrada. Si el conducto de un diente multirradicular dificulta el tratamiento endodóntico puede ser posible amputar la raíz no tratable. (16)

Al mirar la boca, si se requieren nuevas dentaduras la asignación puede ser hecha mirando el contorno facial. El colapso facial puede ser proporcionalmente compensado al construir el área bucal de las dentaduras. (54)

Las dentaduras postizas se soportan y se usan durante muchísimos años sin queja alguna a pesar de que hayan sido inadecuadas o hasta traumatizantes. (7)

Los principales servicios prestados a pacientes con prótesis dental incluyen limpieza, pulido y ajuste de los aditamentos. El reemplazo de dientes defectuosos y los ganchos de las dentaduras son operaciones adicionales que pueden ser agregadas. --- (52)

El sobrecierre es causado por el uso de la superficie inci--

sal, y con frecuencia está acompañado por la postura hacia adelante de la mandíbula. La acción de deslizamiento de la mandíbula está facilitada por la superficie lisa de las cúspides desgastadas. Esto puede ser corregido por la construcción de nuevas dentaduras a la altura correcta. Si el paciente no puede tolerar esto, se pueden reconstruir las dentaduras existentes, manteniendo la posición hacia adelante de la dentadura inferior pero engastando los dientes anteriores inferiores detrás de los superiores. Esta técnica ha sido realizada para dar mayor comodidad y habilidad para morder. (54)

El tratamiento protésico de las personas adultas ancianas es muy complejo, debido a la gran cantidad de problemas que nos plantea el proceso de senescencia, problemas que pueden llegar a formar tipos variados de actitudes ante una situación, en concreto la atención dental.

Así tenemos una clasificación de diferentes personalidades:

- 1.- Se rehusa a ser viejo, por lo tanto una prótesis total o parcial puede causar en ellos una catástrofe psicológica.
- 2.- Pesimista; pierde el interés de sus dientes y al tratamiento dental.
- 3.- Realista; tratan de adaptarse a los procesos de envejecimiento y cooperan en el tratamiento.

No es fácil que un paciente, sobre todo de los dos primeros grupos, acepte un tratamiento, pero es necesario hacer un esfuerzo para poder dar salud a estas personas, y además, una vez logrado éste, checar las condiciones de estos pacientes por lo menos una vez al año. (51)

La edad avanzada no es un impedimento para una buena higiene

oral, y en vista de su importancia para la salud general y el bienestar de individuo, debe utilizarse cualquier medio para mantener la dentadura del anciano en las mejores condiciones posibles. (7)

BIBLIOGRAFIA

- 7.- Cowdry, E.V.
El Cuidado del Paciente Geriátrico.
Edit. La Prensa Médica Mexicana.
México, 1962.
- 15.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 16.- Freedman Kenneth A.
Management of the Geriatric Dental Patient.
Quintessence Publishing Co.
U.S.A. 1979.
- 48.- Banting D. and Oudshoorn, W.
Dental Treatment for the Elderly.
Ontario Dent. 56(4): 19-24, 1979.
Dental Abstracts Vol. 25, No. 1 pp 9-10 Jan. 1980.
- 50.- Borman William.
Detecting Oral Problems in Elderly Patients.
Alumni Bull, Fall 1978.
Dental Abstracts, Vol. 124, No. 9 pp 415-416 Aug. 1979.
- 51.- Breustedt, A. Humboldt.
The Older edentulous Patient.
Int. Dent. j. 29(4): 276-284, 1979.
Dental Abstracts Vol. 125, No. 6 pp 321-22 Jun. 1980.
- 52.- Clifton O. Aummett, DDS.
Dental Health Problems of the Geriatric Population.
Journal of the National Medical Association.
Vol. 71, No. 2 pp 182-185 1979.
- 54.- Hubbard-Ryland P.A.
Dental Care of the Elderly.
Nursing Times, 74(7): pp 290-291, 16 Feb. 1978.

CAPITULO XIII
ASPECTOS PSICOSOCIALES

Al referirnos a los aspectos psicosociales del ser humano, debemos situarnos en el hecho de que el hombre es ser social -- por naturaleza, primariamente a la existencia de una sociedad -- organizada e independientemente del tipo que ésta sea. (9)

La conceptualización psicosocial es relativa al aspecto -- funcional del humano dentro de su sociedad, en su momento histórico, determinada por factores biológicos y sociales, intrínsecos y extrínsecos que actúan de manera conjunta sin seguir un -- patrón predeterminado, pero que aseguran la participación regulada entre los miembros del grupo y la permanencia de la sociedad. (29)

Dichos factores corresponden a lo social, a dos hechos: La estructura de la agrupación y la participación del individuo en ella.

En lo biológico, vemos el equipo y su funcionamiento catalogándolo en sano o enfermo. Como factores extrínsecos e intrínsecos debemos considerar al ecosistema en el que se asienta el grupo y la cultura del mismo. De ésta manera, lo social puede -- seguir un desarrollo histórico susceptible de modificar las características orgánicas y éstas, a su vez, pueden influir sobre lo social, determinándolo. Este funcionamiento se manifiesta -- claramente en la relación productividad y acceso a los beneficios, morbimortalidad y estado social por ejemplo. (9,33)

Consideramos a lo psicológico como una expresión funcional del hombre, es decir, la conducta como una forma de manifestación de las interacciones bio-sociales, o sea que el pensamiento como una forma de expresión, está en relación a su capacidad biológica (inteligencia), y a su interacción social (experiencia). (29,34)

En el proceso de adquisición de conductas, los papeles que juegan lo biológico y lo social son muy importantes, dado que la expresión que se va dando es característica de cada individuo en particular. (34)

La conducta del individuo nunca puede determinarse por los factores biológicos por sí solos, ni por el número de años que haya vivido. La biografía personal y las experiencias peculiares durante toda la vida, junto con las reacciones del sujeto ante tales experiencias y las condiciones obtenidas en el momento, dejan su huella sobre la conducta del anciano. (46)

Inteligencia.- Los cambios en la función cerebral que aparecen en la edad no son solamente el resultado de cambios regresivos, sino también de diversas actividades realizadas durante la vida. (15) No hay declinación en la capacidad mental causada por la edad. (46)

Aunque esto sea susceptible de comprobarse, parece ser que hay un incremento en la inteligencia a medida que avanza la edad, y que el deterioro de esta capacidad está limitado a los últimos periodos de la senectud, cuando la degeneración de las estructuras nerviosas se generaliza (7), aunque no ha sido posible todavía relacionar exactamente los cambios psicológicos de la ancianidad y las alteraciones físicas y anatómicas del sistema nervioso central en la senescencia.

El factor entrenamiento y el carácter estimulante del medio ambiente es de importancia para la preservación y la reactivación de las facultades intelectuales (46). Si el paciente está motivado, atraído, si conserva el interés por sus actividades a pesar de la pérdida de aptitudes propias de la senescencia, el hombre de edad puede, dentro de sus limitaciones, mante

ner el dominio de su capacidad intelectual. (30,46,7)

La motivación es una de nuestras máximas preocupaciones.

Muchos pacientes institucionalizados sienten que no tienen nada por que vivir; muchas veces están relegados del placer de la familia y los amigos; aislamiento, depresión y soledad son - muy comunes. Nadie espera realmente que el individuo anciano haga algo. Esos sentimientos, acompañados con una falta de responsabilidad lo llevan a una conducta social inapropiada y a la intensificación en la demanda psicosomática para obtener atención. (59,51)

En el momento en que el modo de vida de un anciano sufre - un cambio radical o brusco, como la muerte de un cónyuge, la jubilación en su empleo, el internamiento en un asilo o un hospital el individuo comenzará a descender irremisiblemente (7), -- sin embargo, debemos tener presente que cada especie en el curso de su evolución, desarrolla diversos mecanismos por medio de los cuales se adapta a las condiciones vitales que encuentra. - (26) Como la esencia misma de la vida es la adaptación, no es extraño que el hombre, la especie más desarrollada, haya logrado no solo ajustes en su anatomía que lo protegen estructural o fisiológicamente de su medio ambiente, sino que también han producido recursos psicológicos que lo ayudan a manejar sus tensiones y necesidades emocionales. Estos recursos pueden, por ejemplo, ayudar a satisfacer necesidades emocionales, como las de - afecto, de seguridad, de importancia personal y de defensa contra la angustia perturbadora.

Actuando sin que el individuo los reconozca conscientemente, estos recursos mentales efectúan una adaptación a las situaciones anteriores / a las experiencias que, de otra manera serían-

penosas o intolerablemente molestas. (26)

La personalidad de los ancianos no esta solamente bajo la tensión provocada por el exceso de estímulos exteriores, sino - que debe enfrentarse y defenderse de un número creciente e inevitable de frustraciones personales. Cuando fallan los mecanismos de ajuste de la personalidad, sobrevienen los padecimientos psicosomáticos, o las más serias enfermedades mentales características de la senectud.

Al avanzar la edad, aunque no en todos los casos, sobreviene un triste cuadro de empobrecimiento creador y emocional, la serie de cambios en la personalidad se inicia cuando el individuo experimenta un notable rechazo cultural, como el que se deriva de la pérdida de ascendiente y autoridad dentro de su familia o de la jubilación en su trabajo. Incapáz de sobreponerse a esta situación, sus esfuerzos para adaptarse se vuelven cada vez menos efectivos hasta que, al final, adopta una actitud de total abandono a las exigencias de la realidad.

La mayoría de los estudios de indole psicológica demuestran que las personas de edad avanzada, en comparación con los jóvenes, muestran mayor susceptibilidad a quejarse de sus síntomas físicos, están menos dispuestos a realizar esfuerzos agotadores; son menos extrovertidos y se muestran más indiferentes ante los estímulos emocionales (7). Estas actitudes forman parte de sus mecanismos de adaptación o de defensa.

Desde el punto de vista socio-antropológico, éstos aspectos son definidos dentro de un marco histórico determinado, acorde con las ideas o creencias prevalentes, el conocimiento tecnológico adquirido, el grado de educación alcanzado, las necesidades reales y sentidas de la comunidad, el sistema social-

vigente y los factores centrales de la economía. (9)

Así mismo, la problemática que se puede presentar en la vejez varía por los factores anteriores, aunados éstos al estado de salud y necesidades afectivas.

Desde el punto de vista económico, la seguridad en este aspecto, puede constituir un valor más importante que la buena salud. Las dificultades para obtener o mantener empleos y el temor a la pérdida del trabajo, son amenazas para la autoestima. Al presentarse el momento de la jubilación, se derivan problemas ocupacionales, además ya no cuenta con un sueldo suficiente para satisfacer todas sus necesidades, ya que la pensión que recibe es mínima y fija, y está en relación inversamente proporcional al poder adquisitivo. (53,43,64,7)

También, esta situación provoca una disminución en las actividades físicas y mentales, haciendolo caer en una ociosidad frustrante y peligrosa, propiciando los padecimientos característicos en un gran número de pacientes.

Se requiere de habilidad para adaptarse a un nuevo estilo de vida, para desarrollarse en otro panorama y crear nuevos intereses en la vida. Si los ancianos no se encuentran preparados para ello, la jubilación comunmente va asociada a sentimientos de inutilidad, pérdida de interés y prestigio, resultando en estados depresivos, de apatía, ansiedad, miedo o ira.

La reacción a este acontecimiento depende del grado de elasticidad y fuerza del ego del individuo, así como de su posición económica previa. (43,64,7)

No debemos olvidar que en nuestro sistema social, la gran-

mayoría de ancianos carece de los pocos beneficios resultantes de una pensión, debido a que durante el transcurso de su vida - económicamente activa trabajaron por su cuenta o en empleos eventuales. El bajo promedio de ingresos de las personas viejas - las obliga a vivir en condiciones higiénicas desfavorables; a prescindir de los elementos nutritivos necesarios y a privarse del cuidado médico que necesitan. (7,58)

Las nuevas situaciones en la vida que son confrontadas por el humano durante la senescencia, se encuentran en muchos casos marcadas por cambios en sus contactos sociales. Con el evidente retardo en la velocidad de reacción y trastornos psicomotores, - el mundo privado del anciano se restringe paulatinamente a medida que va siendo más y más incapaz de caminar por las calles, - mantenerse en contacto con su comunidad y participar en actividades sociales. (7)

Los sentimientos de soledad o de deseo por un campo más amplio de contacto social, hacen eco en personas cuyas relaciones maritales son tensas o han sido desbaratadas por la muerte, --- además, los sentimientos anteriores se acentúan por el abandono o con la partida de los hijos que emigran en busca de nuevas oportunidades. (46,67)

Se ha demostrado que los contactos familiares son buscados como una compensación por la ausencia de otros; los ancianos -- que tienen relaciones con los amigos vecinos y otros grupos fuera de la familia, se sienten menos aislados.

Las relaciones sociales aumentan el radio de conducta, --- acrecentan el interés por la suerte de los demás, proporcionan un mayor alcance de la experiencia y, finalmente, pero no por ello el factor menos importante, ayudan a robustecer la mente.

Existe otro aspecto que es, el desligamiento de la sociedad hacia la persona mayor. El viejo cuyos servicios han sido buscados a causa de su pericia y sus logros en el trabajo, puede que ya no sea consultado por sus compañeros después de retirarse.

Los miembros más jóvenes de la familia, están atareados en fundar sus propios hogares y emprender carreras, y pueden dedicar poco tiempo a los integrantes más viejos de la familia. --- Así, el individuo anciano tiende a aislarse, lo cual es fomentado grandemente por el desinterés de los demás hacia él. La falta de interés puede considerarse así, como un cambio psicológico en el individuo envejecido, y también como un aspecto de la reacción de la sociedad hacia él. (46)

Las costumbres sociales y étnicas en relación al lugar que deben ocupar los ancianos en la sociedad, varía según las diferentes culturas y aún dentro de una misma sociedad, varía en -- los diferentes estratos.

Con el aumento de la industrialización y el distanciamiento que existe entre el centro de trabajo y el núcleo familiar, -- el cuidado y la atención del anciano se vuelven realmente difíciles aún si se encuentra presente el deseo de hacerlo.

Una opinión prevaleciente en nuestra cultura, es que el anciano es inútil, pero debe tomarse en cuenta que en una sociedad en desarrollo, los mayores son un eslabón importante con acontecimientos y personas del pasado que han afectado nuestras vidas; así vemos que: - "LA HUMANIDAD PROGRESA EN LA MEDIDA EN QUE LAS GENERACIONES NUEVAS PUEDEN APOYARSE EN SU ASCENSO, SOBRE EL EDIFICIO YA CONSTRUIDO POR LAS GENERACIONES PRECEDENTES". (45)

El prejuicio que discrimina a la gente anciana, aparte de prevalecer entre el público en general, no deja de afectar a -- los estudiantes y profesionales en salud, con lo cual muchos de ellos se muestran temerosos y/o repulsivos con el simple pensamiento de trabajar con gente vieja (49). Debemos hacer conciencia que entre el profesional y el paciente geriátrico se tiene que establecer una cooperación amistosa capaz de persistir a -- través de los años, ya que solo por medio de una relación basada en la comprensión y la simpatía se puede esperar que el profesional rinda un servicio completo. (7)

Los aspectos psicológicos y fisiológicos de la vejez, están estrechamente ligados, y los profesionales en salud tenemos la obligación de brindar los servicios que pudieran hacer lo -- más confortable posible la vida bajo las circunstancias existentes. (52,50)

Desde el principio de las relaciones entre el paciente y -- el profesional, al comenzar la primera entrevista es importante reconocer que sin importar el problema de que se trate, cada -- persona tiene necesidades particulares según su propia personalidad; y debe recibir razones suficientes que le hagan saber -- que nos estamos interesando en él como persona, lo mismo que en su enfermedad; asimismo tiene derecho a esperar amabilidad y -- consideración humana, lo mismo que capacidad profesional. (31,-50,52)

Las personas ancianas casi no acuden por sí mismas el servicio como sucede con la gente joven, así que sus problemas deben ser atendidos activamente. (58)

La gente vieja es con frecuencia renuente a buscar las soluciones apropiadas para aliviar sus numerosos malestares y di-

ficultades; su aversión puede deberse a que han sido defraudados en expectativas anteriores de una ayuda efectiva o a las limitaciones humanas de aquellos quienes han tratado de ayudarlos, o posiblemente, una resignación nacida de la experiencia anterior negativa. (54)

La juventud y/o la inexperiencia, que no son por sí mismas disculpables, a menudo nos conducen a descuidar o menospreciar las manifestaciones emocionales y psicológicas de nuestros pacientes, a menos que constituyan una enfermedad mental demostrada que por ello mismo nos resulte interesante. Debemos de utilizar las oportunidades que él mismo nos brinda para considerar y valorar los aspectos subjetivos de la enfermedad, y no canalizar nuestros esfuerzos indebidamente solo a los datos objetivos, para poder estudiarlo y comprenderlo integralmente, y así, llegar a planear correctamente nuestras actividades. (31)

Lo que nosotros necesitamos hacer, es mostrar a los ancianos que es lo que pueden hacer ellos ahora, los mecanismos que están disponibles para mejorar la calidad general de sus años restantes; y así; animarlos a continuar y concluir su tratamiento. (54)

BIBLIOGRAFIA

- Cowdry, E.V.
El cuidado del paciente geriátrico.
Edit. La Prensa Médica Mexicana.
México, 1962.
- Dubos, R.
El hombre en adaptación.
Edit. Fondo de Cultura Económica.
México, 1975.
- 5.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 6.- Kolb-Lawrence C.
Psiquiatría Clínica Moderna.
Edit. La Prensa Médica Mexicana. 5a Edición.
México, 1976.
- 9.- Lindgren, H.
Introducción a la Psicología Social.
Edit. Trillas. 2a Edición.
México, 1975.
- 10.- Martin-Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson 1a Edición.
- 11.- McBryde-Blacklow.
Signos y Síntomas. Fisiopatología aplicada e interpreta-
ción clínica.
Edit. Interamericana. 5a Edición.
México, 1973.
- 33.- Merton, R.K.
Teoría y estructuras sociales.
Edit. Fondo de Cultura Económica. 1a Edición.
México, 1964.
- 53.- Ehrenfeld, Noemí.
La sexualidad en la vejez.
E.N.E.P. Zaragoza. U.N.A.M.
- 54.- Hubbard-Ryland P.A., MRCS, LRCP, LDS, RCS.
Dental care of the elderly.
Nursing Times, 74(7), pp 290-291, 16 Feb. 1978,

- 58.- Seymour M. Glick, M.D.
Preventive medicine in geriatrics.
Medical Clinics of North America.
Vol. 60, No. 6, pp 1325-1331, Nov. 1976.
- 59.- Strax, Thomas E. MD; Ledebur, Janice. LPT.
Rehabilitating the geriatric patient: Potential & limitations.
Geriatrics 34(9): pp 99-101. Sep. 1979.
- 64.- Los complejos mecanismos del envejecimiento.
Revista Médico Moderno.
Vol. XIX, No. 1, pp 15-34 Sep. 1980.
- 67.- Problems of the elderly patients.
JAMA 241 (15): pp 1558, 1979.
Dental Abstracts, Vol. 24, No. 10, pp 518 Oct. 1979.

RESULTADOS

Con la realización del presente trabajo, se logró lo siguiente:

- a) Determinar los factores que influyen en el desarrollo - del proceso salud-enfermedad de los pacientes geriátricos.
- b) Definir el proceso de envejecimiento y presentar las ca racterísticas demográficas, económicas y sociales de la población geriátrica.
- c) Identificar y describir los cambios fisiológicos genera los que ocurren con el envejecimiento y su relación con el tratamiento dental.
- d) Identificar las enfermedades sistémicas que son más re- levantes en el paciente anciano, y que implican un obs- táculo en el tratamiento odontológico del mismo.
- e) Determinar los límites de la responsabilidad del odontó logo en el cuidado del paciente anciano afectado por al guna enfermedad sistémica.
- f) Identificar signos clínicos de vejez normal asociados - con el aparato estomatognático.
- g) Identificar las condiciones patológicas que son comunes en el anciano.
- h) Presentar líneas guía y criterios para el diagnóstico - bucal y la planeación del tratamiento por el equipo mul tidisciplinario de atención en salud.
- i) Determinar los principios y criterios para el manejo -- dental del paciente anciano.

CONCLUSIONES

La salud puede describirse mejor como un estado de equilibrio en el que factores diversos y múltiples están balanceados. La enfermedad se desarrolla cuando el balance es perturbado por un cambio en la fuerza con que operan uno o más de esos factores, así tenemos que el proceso salud-enfermedad en la población anciana se inclina principalmente hacia la enfermedad debido a un cierto número de causas que la favorecen, por ejm: tenemos que la investigación ha sido más enfocada hacia otros grupos de edad más jóvenes, argumentando que es la población más numerosa y supuestamente con mayores necesidades. Otro aspecto es que el mismo proceso de envejecimiento favorece la aparición de ciertas enfermedades e incapacidades y que el presupuesto se encuentra limitado para atender todas las necesidades que éste implica, entre las cuales se incluyen tanto la creación de clínicas especializadas como áreas de rehabilitación para los ancianos, las cuales justifican ser necesarias debido a que se ha comprobado que la mayoría de órganos y tejidos corporales aceleran su involución normal por la falta de actividad, además de que los problemas de los ancianos se deben abordar desde un punto de vista específico.

Por último, tenemos que con el avance de la ciencia médica el promedio de vida ha ido aumentando, así mismo el número de ancianos y por consecuencia el número de problemas, enfermedades e incapacidades de esta población, por lo tanto, si no se lleva a cabo una respuesta contra estos problemas, sería una contradicción que la ciencia, en este aspecto, siguiera avanzando.

PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES

1.- Los recursos humanos constituyen la parte fundamental en los servicios de salud, y en su preparación resulta trascendente fomentar el conocimiento de la dinámica social y cultural de la población a la que van a servir, así como su incorporación al proceso de actualización continua y de investigación.

Ha de ser necesario que la misma Universidad y el propio personal de atención en salud fomenten en sí mismos el desarrollo de actitudes éticas, de humanismo, con el pleno conocimiento y contacto con la comunidad, rodeados de vivencias y experiencias directas y permanentes.

2.- Para formar recursos humanos acordes a nuestros propósitos, se puede proponer lo siguiente:

a) La implementación de un sistema general de asistencia odontológica, donde se contemplen los distintos niveles de atención.

b) Establecer para cada nivel de atención, las metas que se pretenden alcanzar, para poder precisar el diagnóstico, el plan de tratamiento y hacer una evaluación de nuestros alcances y limitaciones.

3.- En una profesión preventiva como lo es la higiene dental, es fácil ver por qué el profesional tiene preferencia por sus pacientes jóvenes, éstos son más adaptables a los procedimientos y más abiertos a las nuevas formas de prevención; en cambio, el temor indefinido y la pena exagerada de algunos ancianos, demandan la incomprendida paciencia y el énfasis por parte del gerontólogo. Basados en lo anterior, se propone que los estudiantes de Odontología deberían tener más conocimientos sobre las personas viejas y -

sus problemas mientras asisten a la escuela, lo cual podría beneficiar tanto al estudiante como al anciano.

- 4.- La Geriatria debería ser reconocida como una especialidad de la práctica odontológica, y las técnicas específicas de su campo, deberían ser incluidas en los programas de formación profesional y en la práctica general. Esto, en razón, de que se deben brindar todas las alternativas de tratamiento a los ancianos, y no únicamente verlos como candidatos a prótesis total, como ocurre frecuentemente.
- 5.- Debe fomentarse en el anciano la consulta temprana con el dentista, puesto que el bienestar oral, la acción masticatoria y la apariencia juegan un papel muy importante en la salud del paciente.
- 6.- La solución al panorama del anciano no es simple, ya que exigen que la sociedad cree condiciones que aseguren que el anciano conserve su lugar en el hogar, en el trabajo, en una palabra, en el medio social en que estuvo activo toda la vida, esto se refiere al anciano sin deterioro mental o físico pronunciado. Para esto se debería formular una legislación protectora de la vejez, que contemple por lo menos los siguientes puntos:
 - a) Retribución de jubilación en relación con el cargo alcanzado durante el periodo activo sin topes fijos.
 - b) Vivienda digna.
 - c) Atención médica oportuna y adecuada que contemple todos los niveles de prevención.
 - d) Integración social, con empleo útil del tiempo.
 - e) Ayuda en su vida doméstica.

ANEXOS

GLOSARIO

- Acantólisis.-** Dermatitis caracterizada por la atrofia de la capa córnea.
- Afasia.-** Es la pérdida de la facultad de adaptar la palabra a la idea ó la idea a la palabra. Es debido a una lesión orgánica.
- Agentes mióticos.-** Agentes que ocasionan la contracción de la pupila.
- Alopecia.-** Caída parcial o total de los cabellos o de los pelos.
- Anabolismo.-** Asimilación. Proceso por el cual las sustancias -- simples se convierten en compuestos más complejos. Es la primera fase del metabolismo.
- Anorexia.-** Falta de apetito.
- Anosmia.-** Ausencia del sentido del olfato.
- Anuria.-** Falta de orina en la vejiga. Puede ser debida a falta de la secreción renal o a la obliteración de los uréteres.
- Aplasia.-** Desarrollo anormal o defectuosos de una parte constitutiva de un órgano.
- Apoplejía.-** Estado morboso caracterizado por la abolición súbita de las funciones cerebrales.
- Apraxias.-** Pérdida del poder de obrar, de ejecutar actos adecuados a un fin determinado a pesar de la conservación de la fuerza muscular, a consecuencia de la pérdida de las imágenes motrices necesarias para la ejecución de un acto.
- Aprensivo.-** Que tiene aprensión, persona excesivamente preocupada por su salud, que prevee males graves sin fundamento para ello.
- Astenia.-** Decaimiento considerable de fuerzas. Su origen puede ser variable pero por lo general obedece a una causa nerviosa. Esta fuerza puede ser muscular o psíquica.
- Ateroma.-** Placa blancusca constituida por cuerpos grasos, granu

losos y coles^{ter}ina, que se encuentran a nivel de las placas ateromatosas en las arterias afectas de aterosclerosis.

Bulas.- Espacios enfisematosos del parénquima con diámetro mayor de 1 cm.

Caquexia.- Mal estado del organismo caracterizado por una alteración profunda en la nutrición que produce un extremo adelgazamiento.

Dehiscencia.- Acción de abrirse espontáneamente una herida.

Diaforesis.- Transpiración profusa.

Diplopía.- Trastorno visual caracterizado por la doble visión de un solo objeto.

Disartria.- Dificultad para articular las palabras.

Dislogías.- Trastorno del lenguaje por perturbación de las ideas.

Disqueratosis.- Displasia, Trastorno de la actividad plástica formativa. Anomalía de desarrollo.

Endofítico.- Proliferación de un tejido hacia el interior.

Epistaxis.- Hemorragia nasal.

Equimosis.- Coloración que adquiere la piel y que resulta de la extravasación de la sangre a consecuencia de algún traumatismo.

Eritema.- Dermatitis caracterizada por un color rojo de la piel que se desvanece bajo la presión del dedo.

Esclerosis.- Endurecimiento de los tejidos.

Espícula.- Se aplica especialmente a los huesos en forma de punta que pueden quedar después de un absceso o de una intervención quirúrgica.

Estenosis.- Estrechez anormal de poros, vasos o conductos del organismo.

Estomatopirosis.- Sensación de quemadura en la boca.

Exofítico.- Proliferación de un tejido hacia el exterior.

- Flictenas.**- Ampolla que contiene serosidad, debida a una elevación de la epidermis.
- Geriatría.**- Rama que trata sobre las enfermedades que pueden -- presentarse en la vejez.
- Gerontología.**- Estudio de todo lo relacionado con la edad pro-- vecta.
- Glicosuria.**- Presencia de glucosa en la orina.
- Glosodinia.**- Dolor en la lengua con sensación de ardor o quemadura.
- Glucosialorrea.**- Excreción excesiva de saliva que contiene glucosa.
- Halitosis.**- Aliento fétido.
- Hemartrosis.**- Derrame de sangre en una articulación, generalmente de origen traumático.
- Hiperestesia.**- Exageración de la sensibilidad normal.
- Metaplasia.**- Formación de un tejido distinto del que normalmente produce una especie determinada de células.
- Metástasis.**- Transporte de una enfermedad a órganos o tejidos - distantes.
- Mutismo.**- Imposibilidad de articular una palabra o emitir un sonido laríngeo, con persistencia de una mímica inteligente y de la escritura.
- Nicturia.**- Frecuencia de la micción durante la noche.
- Obliguria.**- Disminución de la secreción urinaria.
- Ortoinvolución.**- Atrofia normal del organismo.
- Ortopnea.**- Disnea con angustia que obliga al enfermo a respirar en la posición recta, sentado o de pie.
- Paraqueratosis.**- Enfermedad cutánea caracterizada por lesiones de la epidermis a nivel de la capa córnea.
- Parestesia.**- Disminución de la sensibilidad por modificación en la percepción objetiva.

- Paresia.- Parálisis incompleta.
- Parosmia.- Perversión del olfato.
- Paroxismo.- Intensidad máxima de un dolor.
- Patognomónico.- Signo o síntoma que por sí solo basta para diagnosticar una enfermedad.
- Petequias.- Mancha formada por la efusión de sangre, que aparece en la piel y que no desaparece por la presión -- del dedo.
- Placebo.- Medicamento inerte o inofensivo que se da a algunos - pacientes para complacerlos.
- Pleomorfismo.- Transformación frecuente de la forma.
- Presbiacusia.- Modificación de la audición en el viejo, cuya acomodación se hace imperfecta. La voz alta se -- oye menos bien que la cuchicheada.
- Prodrómico.- Síntoma que precede a la explosión de una enfermedad y que puede o no hacerla prever.
- Ptosis labial.- Caída labial.
- Queilosis angular.- Es una enfermedad por deficiencia nutricional principalmente debida a ariboflavinosis o a deficiencia de hierro, causada por estafilococos, estreptococos y especialmente monilia albicans; abarca la queilosis las comisuras labiales, produciendo fisuras, escamoidad, enrojecimiento y ligero exudado.
- Talante.- Modo de ejecutar alguna cosa.
- Tinnitus.- Sumbido en los oídos.
- Xifosis.- Curvatura anormal de la columna vertebral.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- 1.- Bhaskar S.N.
Patología Bucal.
Edit. El Ateneo. 3a Edición.
México, 1979.
- 2.- Carral y de T. Rafael.
Semiología Cardiovascular.
Edit. Interamericana. 5a Edición.
México, 1974.
- 3.- Cecil-Loeb.
Tratado de Medicina Interna. Tomos I y II.
Edit. Interamericana. 14ava Edición.
México, 1978.
- 4.- Colorado Fco. Ramón.
La Esfera Bio-Psico-Social en el Anciano Asilado.
Tesis Médico Cirujano.
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
Febrero 1981.
- 5.- Cohen, Lawrence.
Medicina para Estudiantes de Odontología.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1980.
- 6.- Cosío Villegas, Celis Salazar, Cosío Pascal.
Aparato Respiratorio. 9a Edición.
Edit. Méndez Oteo.
México, 1980.
- 7.- Cowdry, E.V.
El Cuidado del Paciente Geriátrico.
Edit. La Prensa Médica Mexicana.
México, 1962.
- 8.- Dabout, E.
Diccionario de Medicina.
Edit. Epoca, S.A.
México, 1979.
- 9.- Dubos, R.
El Hombre en Adaptación.
Edit. Fondo de Cultura Económica.
México, 1975.

- 10.- Dunn-Booth.
Medicina Interna y Urgencias en Odontología.
Edit. El Manual Moderno.
México. 1980.
- 11.- Dunn-Booth-Clancy.
Farmacología, analgesia, técnicas de esterilización y cirugía bucal en la práctica dental.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1980.
- 12.- Durante Avellanal Ciro.
Diccionario Odontológico.
Edit. Mundi 3a Edición.
México, 1974.
- 13.- Espino Vela J.
Introducción a la Cardiología.
Edit. Méndez Oteo. 9a Edición.
México, 1979.
- 14.- Franklin, Ross Ira.
Oclusión, Concepto para el clínico.
Edit. Mundi.
Argentina, 1971.
- 15.- Franks-Hedegard.
Odontología Geriátrica.
Edit. Labor.
España, 1976.
- 16.- Freedman Kenneth A.
Management of the Geriatric Dental Patient.
Quintessence Publishing Co.
U.S.A. 1979.
- 17.- Gartland, John J.
Ortopedia.
Edit. Interamericana.
México, 1966.
- 18.- Giunta, John.
Patología Bucal.
Edit. Interamericana. 4a Edición.
México, 1974.

- 19.- Glickman Irving.
Periodontología Clínica.
Edit. Interamericana, 4a Edición.
México, 1974.
- 20.- Goldman et al.
Periodoncia.
Edit. Interamericana.
México, 1960.
- 21.- Goldman Henry M. Cohen.
Periodontal therapy
The C.V. Mosby Co. 6th Edition.
U.S.A. 1980.
- 22.- Gorlin-Goldman.
Thoma Patología Oral.
Edit. Salvat.
México, 1973.
- 23.- Grinspan, David.
Enfermedades de la Boca. Semiología, Patología, Clínica y
Terapéutica de la mucosa bucal. III.
Edit. Mundi.
Argentina.
- 24.- Harrison, W. et al.
Medicina Interna.
Edit. La Prensa Médica Mexicana 4a Edición.
México, 1974.
- 25.- Hinsaw H. Corwin.
Enfermedades del Tórax.
Edit. Interamericana. 3a Edición.
México, 1969.
- 26.- Kolb, Lawrence C.
Psiquiatría Clínica Moderna.
Edit. La Prensa Médica Mexicana. 5a Edición.
México, 1976.
- 27.- Langley, Telford-Christiansen.
Dynamic Anatomy and Physiology.
McGraw-Hill Book Company. 5th Edition.
U.S.A. 1980.

- 8.- Langman, M.J.S.
Lo esencial en gastroenterología.
Edit. El Manual Moderno 1a Edición.
México, 1976.
- 9.- Lindgren, H.
Introducción a la Psicología Social.
Edit. Trillas. 2a Edición.
México, 1975.
- 10.- Martin-Junod.
Manual de Geriatria.
Edit. Toray-Masson. 1a Edición.
España, 1976.
- 11.- McBryde-Blacklow.
Signos y síntomas. Fisiopatología aplicada e interpretación clínica.
Edit. Interamericana. 5a Edición.
México, 1973.
- 12.- McCarthy, Frank M.
Emergencias en Odontología. Prevención y tratamiento.
Edit. El Ateneo. 2a Edición.
Argentina, 1973.
- 13.- Merton, R.K.
Teoría y estructuras sociales.
Edit. Fondo de Cultura Económica. 1a Edición.
México, 1964.
- 14.- Newcomb, T.M.
Manual de Psicología social.
Edit. Universitaria de Buenos Aires. 2a Edición.
Argentina, 1967.
- 15.- Prichard, John F.
The diagnosis and Treatment of Periodontal disease.
W.B. Saunders Co.
U.S.A. 1979.
- 16.- Ramfjord, Ash.
Oclusión.
Edit. Interamericana.
México, 1972.

- 37.- Robbins, Stanley L.
Patología Estructural y Funcional.
Edit. Interamericana.
México, 1975.
- 38.- Rosentein Emilio.
Diccionario de Especialidades Farmacéuticas.
Edit. P.L.M. 25ava Edición.
México, 1979.
- 39.- Salter, R.B.
Trastornos y Lesiones del Sistema músculo-esquelético.
Edit. Salvat, S.A.
México, 1971.
- 40.- Saunders, Deweese.
Tratado de Otorrinolaringología.
Edit. Interamericana 3a Edición.
México, 1974.
- 41.- Shafer, William G. et al.
Tratado de Patología Bucal.
Edit. Interamericana 3a Edición.
México, 1977.
- 42.- Smith, W. Dorothy. et al.
Enfermería Médico-Quirúrgica.
Edit. Interamericana 4a Edición.
México, 1978.
- 43.- Solomon, Phillip.
Manual de Psiquiatría.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1977.
- 44.- Tyldesley W.R.
Oral Diagnosis.
Pergamon International Library.
2d. Edition, U.S.A. 1979.
- 45.- Vallois, Vandel.
Los Procesos de Hominización.
Edit. Colección 70.
México, 1969.

- 46.- Von Hahn, H.P.
Geriatría Práctica.
Edit. El Manual Moderno.
México, 1972.
- 47.- Zegarelli-Kutscher-Hyman.
Diagnóstico en Patología Oral.
Edit. Salvat.
España, 1978.
- 48.- Banting D. and Oudshoorn, W.
Dental Treatment for the Elderly.
Ontario Dent. 56(4): 19-24, 1979.
Dental Abstracts Vol. 25, No. 1, pp 9-10 Jan. 1980.
- 49.- Bishop, Jody L.
Hygienist's attitudes Toward elderly patients.
Dent Hyg 53(3): 125-127, 1979.
Dental Abstracts, Vol. 24 No. 10, pp 518 Oct. 1979.
- 50.- Borman, William.
Detecting Oral Problems in Elderly Patients.
Alumni Bull, Fall 1978.
Dental Abstracts, Vol. 124 No. 9 pp 415-416 Aug. 1979.
- 51.- Breustedt, A. Humboldt.
The Older edentulous Patient.
Int. Dent. J. 29(4): 276-284 1979.
Dental Abstracts Vol. 125, No. 6 pp 321-22 Jun. 1980.
- 52.- Clifton O. Dummett, DDS.
Dental Health Problems of the Geriatric Population.
Journal of the National Medical Association.
Vol. 71 No. 2 pp 182-185 1979.
- 53.- Ehrenfeld, Noemí.
La Sexualidad en la Vejez.
E.N.E.P. Zaragoza U.N.A.M.
- 54.- Hubbard-Ryland P.A., MRCS, LRCP, LDS, RCS.
Dental Care of the Elderly.
Nursing Times, 74 (7), pp 290-291 16 Feb. 1978

- 55.- Kimura Fujikami, Takao.
Alteraciones bucales en el paciente geriátrico y su relación con la cirugía bucodentomaxilar.
Sesiones del II Congreso Nacional de Geriatria y Gerontología y la Jornada Latinoamericana de Gerontología.
México, Nov. 1980.
- 56.- Massler Maury.
Geriatric Nutrition.
J. Prosthet Dent. 43(3): 247-249, 1980.
Dental Abstracts. Agosto 1980. Vol. 25, No. 8 442-443.
- 57.- Portnoi Valery A.
Geriatrics.
JAMA 243(2): 123-125, 1980.
Dental Abstracts. Vol. 25 No. 4, pp 213, April 1980.
- 58.- Seymour M. Glick, M.D.
Preventive Medicine in Geriatrics.
Medical Clinics of North America. Vol. 60 No. 6 pp 1325-1331, Nov. 1976.
- 59.- Strax, Thomas E. MD; Ledebur, Janice, LPT.
Rehabilitating the Geriatric Patient: Potential & Limitations.
Geriatrics, 34 (9): pp 99-101 Sep. 1979.
- 60.- Conceptos Actuales de la Presión Arterial Elevada.
Avances Recientes en Hipertensión, 1a parte, pp 3-4.
México, 1981.
- 61.- Geriatric Psychiatry.
Journal of Medicine.
June 1980 47(2): 132-134.
- 62.- Hemodinámica Sistémica y Volúmenes de Líquidos Corporales cuando hay Presión Arterial Elevada.
Avances Recientes en Hipertensión, 1a parte pp 8-20.
México, 1981.
- 63.- Investigación sobre Presión Arterial: Un Punto de Vista.
Avances Recientes en Hipertensión, 1a parte pp 5-7.
México, 1981.

- 64.- Los Complejos Mecanismos del Envejecimiento.
Revista Médico Moderno. Vol. XIX No. I, pp 15-34
Septiembre, 1980.
- 65.- Mecanismos Neurógenos de Presión Arterial Alta.
Avances Recientes en Hipertensión, 2a parte, pp 1-15.
México, 1981.
- 66.- Osteoporosis.
Rev. Mundo Médico S.A. Vol. 1 No. 1 pp 1-8.
México, 1981.
- 67.- Problems of Elderly Patients.
JAMA 241(15): pp 1558, 1979.
Dental Abstracts, Vol. 24 No. 10 pp 518,
Oct. 1979.
- 68.- Urgencias Cardiovasculares.
Rev. ICI-FARMA, pp 1-14.
México, 1981.
- 69.- XI Curso Panamericano para Graduados.
"Diabetes Mellitus en Medicina General".
Fac. Medicina, Harvard Medical School, Joslin Diabetes and
Foundation Inc., Abril 28-29.
México, 1980.