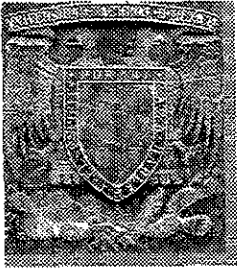


181  
2e



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

GUÍA EDUCATIVA EN SALUD  
BUCO-DENTAL PARA EL  
PACIENTE DE LA TERCERA  
EDAD

TESINA

Que presenta  
IBÁÑEZ BARRERA NELLY

Para obtener el título de  
CIRUJANO DENTISTA

Asesor de tesina

C.D. Luis Miguel Mendoza José

México, D.F. 1998



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1998



Universidad Nacional  
Autónoma de México

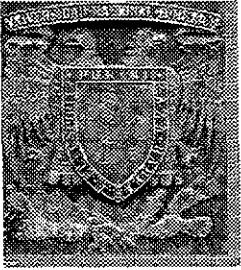


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**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.



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

---

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**GUÍA EDUCATIVA EN SALUD  
BUCO-DENTAL PARA EL  
PACIENTE DE LA TERCERA  
EDAD**

**TESINA**

Que presenta  
**IBÁÑEZ BARRERA NELLY**

Para obtener el título de  
**CIRUJANO DENTISTA**

Asesor de tesina

**C.D. Luis Miguel Mendoza José**



México, D.F. 1999

269206

Porque con tu ejemplo, apoyo y confianza, he podido llegar al final de una nueva etapa en mi vida.

Gracias por confiar en mí. Hermano  
Con todo mi cariño, admiración y  
respeto.

A mis viejitos queridos por su paciencia y apoyo incondicional en todo momento.

Gracias por creer en mí.

Y a ti Jimmy, por tu paciencia, apoyo y compañía.

Gracias

Dr. Luis Miguel Mendoza José, porque con sus consejos y conocimientos se llevo acabo la recopilación de esta tesina.

Muchas gracias.

Y doy Gracias a Dios por permitirme la vida y salud no solo mía sino de las personitas que estuvieron conmigo apoyandome durante el transcurso de mis estudios profesinales.

## ÍNDICE

<b>CAPITULO 1</b>	<b>1</b>
<b>GUIA PARA EL USUARIO</b>	<b>1</b>
1.1 RECOMENDACIONES TÉCNICAS.	1
1.2 FORMULARIO DE EVALUACIÓN PARA LA AUDIENCIA	2
<b>CAPITULO 2</b>	<b>5</b>
<b>PRESENTACION</b>	<b>6</b>
2.1 PROYECTO	6
2.2 TEMAS A TRATAR	7
<b>CAPITULO 3</b>	<b>8</b>
<b>SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO</b>	<b>8</b>
3.1 FUNCIONES DE LA BOCA	8
3.2 ENFERMEDADES BUCO-DENTALES	10
3.2.1 PLACA DENTAL BACTERIANA	10
3.2.2 GINGIVITIS	12
3.2.3 ETAPAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL	12
3.3.3 CARIES	15
3.3 4 MEDICAMENTOS Y ENFERMEDADES DENTALES	16
3.3.4.1 ARTRITIS	16
3.3.4.2 DIÁBETES MELLITUS	17
3.3.4.3 NUTRICIÓN	20
<b>CAPITULO 4</b>	<b>22</b>
<b>CÁNCER ORAL</b>	<b>22</b>
4 1 CANCER DE BOCA Y LABIO	25
4.1.1 LESIONES INICIALES	26
4.1 2 EXPLORACIÓN DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO	29
4 2 ENFERMEDADES QUE PUEDEN OCASIONAR UNA BOCA SECA	34
4.2.1 ESTRATEGIAS PARA TRATAR UNA BOCA SECA	35
<b>CAPITULO 5</b>	<b>37</b>
<b>MÉTODOS DE PREVENCIÓN</b>	<b>37</b>
5 1 TÉCNICA DE CEPILLADO	38
5 1 1 DIFERENTES TIPOS DE CEPILLOS DENTALES	38
5 2 USO DE HILO DENTAL	39
5 3 CARACTERISTICAS DE UNA ENCIA SANA	40
5 4 CUIDADO DE LAS PRÓTESIS DENTALES	41
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>43</b>
<b>GLOSARIO</b>	<b>44</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>46</b>

## INTRODUCCIÓN

Por lo regular, los dentistas no reciben capacitación sobre el manejo psicológico del anciano, cuyo índice de suicidio es el más elevado de cualquier otra categoría de edad. Asimismo, la odontología es una profesión constantemente estresante. El dentista debe trabajar en una pequeña zona corporal limitada, efectuando procedimientos exactos con un instrumento de alta velocidad, y enfrentar las idiosincrasias de pacientes nerviosos y exigentes. Entonces, puede especularse que cuando un odontólogo con mucho estrés atiende a un anciano deprimido, es posible que se presente el síndrome de retraimiento mutuo.<sup>1</sup>

El individuo senecto también se aleja de los servicios médicos tradicionales, incluyendo a la odontología, porque teme al dolor, los desembolsos y está limitado en su movilidad para procurarse tales servicios. Además, tienen poco apego a los regímenes médicos y farmacológicos.

En la profesión dental, los futuristas afirman que disminuirá la necesidad de odontología, como se conoce hoy, entre la gente de edad avanzada. Tal vez ocurra esto por un mayor conocimiento, la práctica de una nutrición conveniente y conductas preventivas. Otros futuristas dentales preveen una mayor necesidad de odontología en este grupo, porque más ancianos habrán conservado su dentición natural y requerirán servicios periodontales y restaurativos.

Los médicos y los dentistas pueden mejorar la atención del anciano utilizando instrucciones claras (de preferencia escritas en papel mate con letra grande), mejores programas de enseñanza para la salud, visitas a asilos, unidades habitacionales para ancianos y centros de nutrición.<sup>1</sup>

En nuestro país el desarrollo de la gerontología es aún muy reciente si se considera que existen antecedentes de asistencia a la vejez desde 1861.

En 1982 se presentó un programa a las autoridades de la División de Estudios de Posgrado y del Consejo Técnico de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, con la propuesta de especialización en gerontología y geriatría. Dicha propuesta se fundamenta en lo siguiente.

a) Existe un número creciente de ancianos en México, quienes son atendidos sin considerar las características particulares de su organismo, de sus trastornos, de su terapéutica, por mencionar algunas; y no encontramos en México centro de enseñanza alguno en donde puedan adquirirse los conocimientos necesarios para proporcionar dicha atención de manera correcta.

b) No existe tampoco un centro de información académica y de investigación en los aspectos biológicos, sociales, psicológicos y demográficos, entre otros; por tanto, las posibilidades de resolver problemas que en México se plantean en este sentido son prácticamente mínimas.

c) Los conocimientos actuales en materia de gerontología y geriatría han adquirido una magnitud tal que para su manejo correcto se requiere personal especializado; por ello, en otros países se han establecido una mejor atención médica y una mayor calidad en las condiciones de vida de los ancianos.<sup>2</sup>

## **SECTOR SALUD.**

La Ley General de Salud confiere el calificativo de básicos, entre otros, al VII de los servicios de salud, que trata de la prevención y control de enfermedades bucodentales.

Respecto del enfoque odontológico en los ancianos, como objetivo de la odontogeriatría se establecen los siguientes:

a) La capacitación del cirujano dentista para entender los componentes multidimensionales de la vejez, esto es, educación gerontológica.

b) El desarrollo de las habilidades y conocimientos necesarios para la salud bucal en geriatría.

c) La formulación de un modelo de interés académico para el desarrollo nacional de la gerodontología y la odontogeriatría.

Esta formación académica debe manifestarse en la realidad orientada no sólo al estudio del aspecto clínico dental del anciano, sino también a los aspectos multidimensionales de la demografía senecta de nuestro país. Vale decir, impartir conocimientos básicos de la biología del envejecimiento, la geropsicología, la nutrición, la rehabilitación de la patología edéntula, la prevención de los padecimientos más frecuentes y las relaciones humanistas y socioeconómicas de las personas de edad avanzada <sup>2</sup>

La guía educativa como una inquietud y necesidad por dar a conocer como mejorar la salud bucal de los pacientes de la Tercera Edad

Tiene como propósito:

a) **Informar a las personas de edad avanzada sobre su salud bucodental.**



**b) Motivar al Odontólogo en el campo de la atención de los ancianos.<sup>3</sup>**

## CAPITULO 1

### GUIA PARA EL USUARIO

#### 1.1 Recomendaciones Técnicas.

- Elección del sitio donde se dictará la plática.
- Exposición de motivos al responsable del sitio elegido.
- Requisitos mínimos para realizar la actividad, tales como.
- Una sala que se pueda oscurecer (para proyectar acetatos ó diapositivas)
- Pizarrón, gis borrador, atril para rotafolio.
- Extensión de cable.
- Proyector para diapositivas (dos).
- Carrusel para diapositivas (dos).
- Programa de la plática (escrita a máquina con el nombre del expositor y su procedencia).
- Formulario de evaluación y lápices.
- Vasos de agua.
- Linterna con batería (en caso de que esté oscuro ayudará a leer el manual).
- El manual.
- Mesa de exposición.
- Mesa de exhibición (enjuagues bucales con fluoruro, cepillos dentales, cepillos dentales con adaptadores, pastillas detectoras de placa dental, colorante vegetal para alimentos, prótesis dentales, etc ,).
- Folletos informativos para la audiencia.
- Carteles ilustrativos.<sup>3</sup>

## 1.2 FORMULARIO DE EVALUACIÓN PARA LA AUDIENCIA

Deseamos saber cómo mejorar la próxima presentación. Por favor, comparta con nosotros sus opiniones. No necesita poner su nombre en este formulario, solamente escribir sus comentarios.

**Indíque con un círculo.**

1.- ¿Cuánto aprendió de esta presentación?

NADA

MUY POCO

MUCHO

2.- ¿Cómo estuvo la duración de la presentación?

MUY CORTA

ADECUADA

MUY LARGA

3.- Por favor marque con una X la palabra que mejor describa la presentación.

a) Interesante \_\_\_\_\_ Monótona \_\_\_\_\_

b) Placentera \_\_\_\_\_ Desagradable \_\_\_\_\_

c) Es importante \_\_\_\_\_ No es importante  
para mí \_\_\_\_\_

d) Fácil de entender \_\_\_\_\_ Difícil de entender \_\_\_\_\_

**4.- Marque con una X lo que Ud. aprendió durante la plática y lo que sabía antes:**

Es esencial para cualquier persona estar libre de sarro.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

El sarro y la placa se pueden formar en las dentadura.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

Es conveniente quitar todo el cálculo independientemente del estado periodontal.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

Los medicamentos pueden causar sequedad de la boca.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

La boca seca puede causar caries.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

El cáncer oral puede ocurrir debajo de la lengua.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

Las lesiones en boca que tardan más de 15 días en sanar pueden indicarnos una enfermedad precancerosa.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

Las raíces de los dientes pueden tener caries.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

Las encías que sangran pueden indicar enfermedad.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

Se deben reemplazar dientes o molares perdidos.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

Personas con dentadura (s) artificial (es) deben ver al dentista una vez al año.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

Las lesiones en la boca de diabéticos toman más tiempo para sanar.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

Los dientes son para toda la vida.

Lo aprendí hoy \_\_\_\_\_ Lo sabía antes \_\_\_\_\_

Su dentista le da instrucciones claras sobre el cuidado de su boca apoyándose de carteles, modelos de estudio u algún otro objeto.

Nunca \_\_\_\_\_ Algunas veces \_\_\_\_\_ Siempre \_\_\_\_\_

Después de haber escuchado esta presentación, cambiará la forma en que cuida su boca?

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo explique:

---

---

---

---

## CAPITULO 2

### PRESENTACION

#### 2.1 PROYECTO

La odontología geriátrica no es un campo nuevo. Definida en sus términos más generales como la atención y tratamiento dentales del anciano, la práctica de la odontogeriatría tiene cientos de años. Por lo regular, las técnicas usadas en el tratamiento del anciano sólo varían un poco de las empleadas con cualquier adulto. Con todo, se percibe obviamente que el campo de la odontología geriátrica es mucho más vasto de lo que se pensaría.<sup>1</sup>

De esta suerte, es indispensable investigar los procesos del envejecimiento humano enmarcados en la realidad social, a fin de estructurar programas de desarrollo que involucren al anciano como protagonista y partícipe directo de su bienestar.

#### **Salud Bucal para toda la Vida.**

Hola, buenos días (tardes) mi nombre es (XXX), soy estudiante de odontología. El propósito de ésta reunión es el de compartir con ustedes durante una hora algunos conceptos sobre salud buco-dental, me refiero a salud buco-dental porque incluye los dientes, labios, lengua, encías, la parte interna de la mejilla (carrillo) y glándulas salivales. Empezaré por informarles que se ha diseñado un programa de GERO-ODONTOLOGIA en el cual ustedes y nosotros somos los actores principales; la Gero-Odontología se ocupa de la salud buco-dental en las personas de la tercera edad.<sup>3</sup>

### **Mitos y creencias sobre la salud buco-dental.**

Desafortunadamente, todavía escuchamos algunas personas que dicen "Bueno, estoy teniendo algunos problemas con mis dientes, más vale sacármelos y usar dentaduras; sería menos costoso y menos problemático".

Esto es un mito o creencia que queremos aclarar, ahora y para siempre: **NINGUNA DENTADURA, NI AUN LAS MEJORES, PUEDEN FUNCIONAR COMO LOS DIENTES NATURALES.**

Por otra parte, el que nuestros padres o abuelos hayan perdido sus dientes no significa que nosotros también tengamos que perderlos.<sup>3</sup>

### **2.2 TEMAS A TRATAR**

Hoy vamos hablar sobre:

- 1.- Funciones de la boca.
- 2.- Cambios normales en la boca.
- 3.- Enfermedades bucales.
- 4.- Cáncer bucal.
- 5 - Prevención de problemas bucodentales.



## CAPITULO 3

### SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Si es posible, el mantener sus propios dientes en la mayoría de los casos, es la mejor opción. Si usted ya tiene dentaduras, con esta charla aprenderá como mantener el resto de su boca saludable.

#### 3.1 FUNCIONES DE LA BOCA

Antes de que discutamos otros mitos o creencias, hablemos por un momento sobre las funciones de la boca, lo que en realidad ocurre como parte del proceso normal de envejecimiento y, por último, por qué es tan importante mantener una buena salud buco-dental.

Las principales funciones de la boca son:

(Lea la lista en la diapositiva) \*\* Preguntar a la audiencia antes de proyectar la diapositiva para integrarla a la charla.

1.- Saborear y masticar.

2.- Deglutir (tragar).

3.- Hablar.

4.- Percibir dolor.

y por último y no menos importante.

5.- Apariencia.<sup>3</sup>

#### **FUNCIONES:**

Saborear.- Dar sabor y gusto a las cosas. Percibir con deleite el sabor de lo que se come o bebe.

**Masticar.**- La masticación tiene especial importancia para la digestión de muchas frutas y legumbres crudas, cuyas porciones nutritivas están rodeadas por membranas no digeribles de celulosa (cáscara) y es preciso destruirlas para poder aprovechar dichas porciones.

Deglución.- Paso de los alimentos hacia el estómago.

Consta de 3 etapas:

Voluntaria.- Que se inicia en el acto.

Faríngea.- Esta etapa es involuntaria y constituye el paso del alimento de la faringe al esófago.

Esofágica.- Es el descenso del bolo alimenticio de la faringe al estómago.<sup>4</sup>

Percibir dolor.- La boca tiene muchos nervios que le ayudan a percibir dolor.

Apariencia - Esto tal vez parezca ser poco importante, pero hay personas a quienes les preocupa su presentación, y al verse sin una dentadura aceptable se aíslan y caen en la soledad y depresión.

Una función de nuestra boca, claro está, es **HABLAR**. Dientes o puentes con movilidad, dentaduras poco estables y escasez de saliva o boca seca, pueden dificultar o impedir el hablar claramente, hay quienes les preocupa su modo de hablar y evitan estar con otras personas, lo que resulta en aislamiento, soledad y depresión. Así como Uds. pueden ver, los problemas con el habla son muy serios.

Nuestros dientes son un factor importante en nuestra **APARIENCIA**. Los dientes naturales pueden tener varios tonos de color amarillo o gris-blanco, según envejecemos. Algunas comidas, bebidas, tabaco y medicinas pueden manchar y oscurecer nuestros dientes.<sup>3</sup>

Los dientes también ayudan a mantener la forma de la cara.

Mantener una dieta nutritiva durante toda la vida es esencial para una buena salud buco dental, lo que contribuye a las funciones de la boca. Podemos encontrar dos tipos de alimentos, ambos nutritivos; sin embargo, ¿cuál de las personas de la mesa desearía ser Ud: el que come papilla o el que disfruta de una alimentación sólida? (Pausa) ¡Muy bien! (En caso de que responda "sólida"). Para esto necesita tener sus dientes naturales o prótesis lo que le va a permitir masticar y tragar con facilidad.

Ciertos hábitos perjudiciales como: rechinar los dientes (despiertos o durante el sueño), apretarlos, la utilización del alcohol, tabaco, cigarrillo y aún el desgaste natural de los dientes pueden afectar los tejidos orales al igual que las piezas dentarías; podemos ayudar a mejorar esta situación cambiando estos hábitos alimentarios por otros no dañinos a nuestra salud. Se pueden sustituir los anteriores por jugos de frutas, cereales, helados, leche, té de manzanilla o de yerbabuena.<sup>3</sup>

Su historial médico también afectará su salud buco-dental. Las enfermedades y/o su tratamiento pueden afectar sus dientes y encías, al igual que la producción de saliva. ¡Le sorprenderá saber cuántas enfermedades pueden afectar su boca!.

### **3.2 ENFERMEDADES BUCO-DENTALES**

Quisiera comenzar nuestra (PLATICA) sobre enfermedades buco-dentales con una pregunta: ¿Cuáles cree Ud. que son la enfermedades más frecuentes de la boca? (Pausa) Bien, las enfermedades más frecuentes son la caries dental y la enfermedad periodontal, las cuales son causadas por la placa bacteriana. Uno de los puntos más importantes de esta presentación es entender los peligros de la placa y cómo usted puede prevenir los problemas causados por ésta.<sup>3</sup>

### 3.2.1 PLACA DENTAL BACTERIANA

La placa dental es una película transparente, blanda y pegajosa que contiene microbios y otros componentes de la saliva y se adhiere a los dientes continuamente.

La placa dental es esencial para el desarrollo de la enfermedad periodontal, y se describe como la agregación de bacterias que se adhieren con tenacidad a los dientes y otras superficies bucales. La placa dental microbiana se clasifica como **supragingival o subgingival** de acuerdo con su localización; la primera se refiere aquellas agregaciones microbianas que se encuentran en las superficies dentales; sin embargo es posible que se extiendan en el fondo del surco gingival donde están en contacto inmediato con la encía marginal. La placa subgingival son aquellas agregaciones bacterianas que se encuentran por completo dentro del surco gingival o bolsas periodontales, en estas últimas, se componen de bacterias ordenadas en capas o zonas con placa unidas o adheridas a la superficie dental y otras en la interfase del tejido, algunas más se adhieren al revestimiento epitelial de la bolsa, así que resisten la remoción con el flujo de líquido gingival.<sup>5</sup>

Tenemos que conocer muy bien la placa. Vamos a realizar un ejercicio sencillo y práctico: dijimos que la placa dental es transparente, por lo tanto vamos a comenzar por colorearla (realizar la detección de la placa con colorante vegetal o PASTILLAS REVELADORAS para alimentos, colocar 3 ó 4 gotas en la boca bajo la lengua y pasar la lengua por todos los dientes; no es necesario escupir se puede tragar ya que este colorante es inofensivo).

### 3.2.2 GINGIVITIS

Cuando removemos la placa, los microbios adheridos a ella producen sustancias tóxicas que pueden irritar las encías y se puede terminar teniendo gingivitis, es decir, inflamación de las encías. Los síntomas de la gingivitis son: encías rojas, hinchadas, adoloridas y sangrantes.<sup>3</sup>

La gingivitis es un proceso inflamatorio de la encía, en el cual, el epitelio de unión, aunque modificado por la enfermedad, se une al diente en su nivel original; la porción más apical del epitelio de unión se localiza en el esmalte, en o cerca de la unión cemento-esmalte. Es inducida por la placa dental.<sup>5</sup>

Algunas personas creen que es algo normal el que la encías sangren, o que si sangran, no se deben tocar; estos son dos mitos o creencias sobre la salud buco-dental. La sangre es una señal de problemas; evítelos cepillándose y utilizando el hilo dental correctamente, de modo que sus dientes y encías permanezcan limpios y saludables, y sobre todo, enfatizando las áreas afectadas.<sup>3</sup>

### CALCULO

El cálculo es una masa en calcificación o calcificada que se forma en la superficie de los dientes naturales y prótesis dentales. Por lo general, el cálculo consiste en placa bacteriana mineralizada.<sup>6</sup>

Si la placa no se remueve se puede endurecer y formar cálculo o sarro. Las manchas de tabaco y café suelen pegarse con mayor facilidad a las superficies ásperas del cálculo; se puede remover la placa mediante el cepillado y el uso del hilo dental. Sin embargo, cuando la placa se endurece y se transforma en cálculo tendrá el odontólogo que removerlo.<sup>3</sup>

### 3.2.3 ETAPAS DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

Cuando la placa se acumula entre los dientes y las encías, puede ocasionarse una condición que se conoce como enfermedad periodontal o enfermedades de las encías

Las infecciones llamadas abscesos periodontales pueden formarse en los espacios creados entre la encía y los dientes. Si la enfermedad periodontal no es controlada el cálculo puede hasta destruir el hueso que da soporte a los dientes causando la movilidad de éstos. Si usted no solicita tratamiento profesional sus dientes se le pueden llegar a caer.<sup>3</sup>

El término **enfermedad periodontal** tiene diferentes significados y es usado de manera ambigua; en general sirve para abarcar todas las enfermedades del periodonto de la misma manera como los términos **enfermedad del hígado y enfermedad del riñón**. Se puede considerar sinónimo de periodontopatía aunque este término no es de uso actual.

Hay diferentes tipos de enfermedad periodontal. Muchas de las clasificaciones antiguas comprendían todos los tipos y los consideraban en función de sus cambios patológicos como inflamatorio, degenerativo o neoplásico. Aunque hay enfermedades periodontales degenerativas y neoplásicas, la más frecuente por mucho, se inicia por la acumulación de placa en el área gingivodental y es de carácter inflamatorio. Al inicio, se confina a la encía y se le llama **gingivitis marginal crónica**; después abarca a las estructuras de soporte y la lesión se llama **periodontitis marginal**. Hay cambios continuos desde la gingivitis marginal hasta la periodontitis marginal, y en una manera genérica el término "enfermedad periodontal" se ha usado para el proceso total y mayor especificidad para la periodontitis marginal. Sin embargo, el término **periodontitis destructiva crónica** es una designación más exacta para esta enfermedad.<sup>6</sup>

## SEÑALES DE AVISO DE PERIODONTITIS.

Estas son algunas señales de aviso de enfermedad periodontal:

- 1.- Encías que sangran cuando se cepillan.
- 2.- Encías rojas, hinchadas o adoloridas.
- 3.- Encías que se han desprendido de los dientes.
- 4.- Pus entre los dientes y las encías.
- 5.- Dientes permanentes que están móviles y desplazados.
- 6.- Cualquier cambio en la manera en que tocan sus dientes al cerrar la boca o al colocarse sus puentes removibles y dentaduras.
- 7.- Mal aliento o un sabor desagradable persistente.<sup>3</sup>

Por lo general las bolsas periodontales son indoloras pero pueden ocasionar los siguientes síntomas.

- Dolor localizado o sensación de presión después de comer, con disminución gradual.
- Sabor desagradable en áreas localizadas.
- Tendencia a succionar material de los espacios interproximales.
- Dolor irradiado "en la profundidad del hueso".
- Sensación "corrosiva" o sensación de comezón en la encía  
Necesidad de introducir en la encía un instrumento con punta y obtener alivio por la hemorragia resultante.
- Quejas de que el "alimento se pega entre los dientes" o de que los dientes "se sienten móviles" o preferencia por "comer del otro lado".  
Sensibilidad al frío y al calor; odontalgia en ausencia de caries.<sup>6</sup>

Hay una señal de aviso que es importante señalar, **Dolor**. Sin embargo, es importante notar que según envejecemos, sentimos menos el

dolor, así que es posible tener una enfermedad periodontal e infecciones sin sentirlo.<sup>3</sup>

### **3.3.3 CARIES**

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

La caries senil es recurrente y lenta, de extensión circular, localizada frecuentemente en las periferias de obturaciones antiguas, desgastadas o fracturadas. La incidencia de fracturas aumenta con la edad avanzada, predominantemente entre los 40 y los 50 años. También se presentan en las superficies proximales y gingivales.

La mayoría de las caries en las raíces se localizan en las superficies bucales de los premolares y molares inferiores, y en los molares superiores sobre las superficies palatinas. Estas caries se deben a la exposición de las raíces por retracción gingival. Guinard y Cafesse (1977) las definen como la denudación parcial de la raíz de un diente debido a la migración apical del margen gingival, o también como el resultado de la migración apical de todo o parte del tejido blando marginal sobre la superficie del diente.<sup>2</sup>

### **RANURAS Y FISURAS CON CARIES EN LA CORONA**

La placa también causa caries. Cuando la placa se combina con el azúcar de los alimentos las bacterias pueden transformar el azúcar en ácidos de los alimentos las bacterias pueden destruir el esmalte que cubre y protege nuestros dientes. Por eso le aconsejamos que no coma muchos



alimentos dulces, sobre todo entre comidas. Algunas veces, las caries aparecen como unos puntos o líneas negras, frecuentemente en las ranuras que se encuentran en donde los dientes hacen contacto.<sup>3</sup>

#### **CARIES INTERPROXIMAL.**

En la superficie donde los dientes hacen contacto unos con otros también se pueden formar caries. Si éstas no son tratadas, destruirán el diente hasta llegar al nervio. Además causan infección lo que puede, a su vez afectar al diente si este no es tratado. Estas infecciones necesitan tratamiento, de igual forma que otras infecciones en el cuerpo.<sup>3</sup>

#### **CARIES RECURRENTE ALREDEDOR DE LAS OBTURACIONES.**

Otro problema que las personas de edad avanzada pueden tener es la formación de nuevas caries alrededor de obturaciones las cuales se filtran y originan nuevas caries<sup>3</sup>

Ni las caries ni las enfermedades periodontales reaparecen por sí mismas. Una vez que empiezan, continuarán destruyendo las estructuras de soporte de los dientes y los dientes a menos que éstos sean tratados

#### **3.3.4 MEDICAMENTOS Y ENFERMEDADES DENTALES**

Para el alivio de enfermedades comunes en los ancianos, tales como artritis se utilizan ciertos medicamentos los cuales tienen acción antiinflamatoria, reducen el dolor y bajan la fiebre por lo que pueden enmascarar alguna infección en la boca. Visitando al dentista regularmente y examinando la boca se puede ayudar a descubrir alguna infección<sup>3</sup>

El paciente geriátrico esta propenso a sufrir cambios farmacocinéticos (alteraciones en el periodo de absorción, distribución metabolismo y

excreción del fármaco), así como modificaciones farmacodinámicas (los aspectos clínicos de la reacción a un medicamento). Aunque por sí solo esto sería importante, el anciano está predispuesto a mayores reacciones adversas de los fármacos por recibir varios tratamientos medicamentosos para diversos trastornos.<sup>1</sup>

#### 3.3.4.1 ARTRITIS

La artritis reumatoide, o poliartritis crónica primaria anquilosante, no es típica de ancianos, pero puede encontrarse en la edad presenil. El cuadro anatomopatológico y clínico es parecido al de otras edades.

Síntomas:

- Inicio insidioso.
- Cansancio, malestar, febrícula, agotamiento.
- Dolor durante el movimiento y el reposo.
- Tumefacción, rigidez y crujidos articulares.
- Deformaciones articulares: desviación cubital de los dedos (manos en golpe de viento, subluxaciones y anquilosis).
- Nódulos subcutáneos (codo y rodilla).<sup>7</sup>

La aspirina es aún el medicamento de mayor uso apesar de las posibles complicaciones hemorrágicas, sobre todo en ancianos, por la mayor fragilidad capilar. Tiene acción antiagregante, y por consiguiente antitrombótica, que puede contribuir a corregir la tendencia a la trombofilia. Se deberá tener precaución si el paciente ingiere aspirina siendo cuidadosos ya que muchas manifestaciones son evidentes a la inspección visual de la boca, como una quemadura química que produce una escara mucosa necrótica como en el caso de la aplicación directa de aspirina sobre la

mucosa bucal.<sup>7</sup>

A veces las manifestaciones pueden ser más insidiosas, como una sialodentitis química, o hemorragia en la hiperplasia papilar, por debajo de una prótesis mal ajustada, en un persona que ingiere aspirina para la artritis.<sup>1</sup>

### **3.3.4.2 DIÁBETES MELLITUS**

Si se presenta diabetes, puede ser más susceptible a infecciones bucales. Las personas con diabetes generalmente necesitan más tiempo para sanar después de una cirugía dental o de haberse hecho extraer una pieza dental. Por lo que el dentista debe evaluar adecuadamente al paciente para desarrollar un plan de tratamiento que ayude a mantener una buena salud bucal.<sup>3</sup>

Generalmente, la diabetes en la madurez es crónica, y se detecta después de los 40 ó más años, asociada con sus signos clínicos o síntomas comunes: poliuria, nicturia, polidipsia, polifagia, debilidad y pérdida de peso sin dieta y pruritus. Actualmente, se acepta que existe una relación directa entre la diabetes mellitus y la cavidad oral; esto significa que el odontólogo debe participar integralmente en reconocer otras evidencias clínicas, tales como infecciones cutáneas repetidas, ulceraciones de las extremidades (especialmente la superficie plantar), pérdida gradual de la visión, hematomas frecuentes, etc. El clínico debe evaluar física y emocionalmente al paciente diabético y reducir el potencial de complicaciones severas brindando salud bucodental óptima; detectar la enfermedad y diagnosticar la respuesta de tratamiento, que en ocasiones, puede encontrarse con una dieta apropiada y reducción de peso sin necesidad de administración de insulina.<sup>2</sup>

### **Terapia de Antibióticos..**

Sólo si hay infección pre o posoperatoria se indica terapia de antibióticos. Al contrario, su ausencia o evidencia de infección en pacientes controlados no requiere cobertura de antibióticos; el uso excesivo de antibióticos innecesarios puede ocasionar infecciones orales o sistémicas por hongos.

### **Complicaciones del paciente diabético en el consultorio dental.**

El paciente diabético puede tratarse efectivamente en la clínica odontológica: se inicia con una dosis de 30 a 40 mg de azúcar (dos cucharaditas) en tres o cuatro onzas de jugo de naranja o agua. Si el paciente no responde en minutos, debe repetirse el tratamiento cada cinco minutos hasta que desaparezcan los síntomas.

El paciente inconciente con choque hipoglucémico debe tratarse con precaución; los líquidos no deben suministrarse porque puede ocurrir una aspiración. Debe prescribirse la intravenosa y 20 a 50 ml de dextrosa al 50% debe administrarse cada tres minutos. Alternadamente un miligramo de glaucoma puede darse intramuscular o sublingualmente. Este procedimiento debe repetirse de 15 a 20 minutos hasta lograr que los síntomas desaparezcan.

Si el odontólogo no sabe que el ataque de hiper o hipoglucemia está presente, debe dársele al paciente azúcar y nunca insulina. Mientras una pequeña cantidad de azúcar es insignificante en la hiperglicemia, ésta puede salvar la vida en la hipoglucemia mientras que en la dosis de insulina produciría un efecto adverso.<sup>2</sup>

### 3.3.4.3 NUTRICIÓN

El estado nutricional y la ingesta afectan de varias maneras la salud bucal del anciano. Es crucial un suministro adecuado de nutrientes esenciales a fin de conservar la salud e integridad de la mucosa bucal y el periodonto. La selección de los alimentos tiene una función importante en la producción de caries dental y también pudiera ser un factor en la enfermedad periodontal. A la inversa, se sabe que el estado dental tiene un efecto considerable sobre la selección alimentaria y finalmente el estado nutricional. Los ancianos suelen encontrarse en un riesgo elevado de presentar deficiencias nutricionales, por los cambios fisiológicos vinculados al envejecimiento, los tratamientos para padecimientos crónicos, como las dietas y los medicamentos, factores económicos y sociales, y variaciones en la situación de la boca. El conocimiento de los efectos del envejecimiento sobre el estado nutricional, las necesidades nutricionales del anciano, y los factores que modifican la ingesta ayudarán al dentista a proporcionar una orientación sensata al anciano, hacia el logro de una mejor salud bucal.<sup>1</sup>

Los ancianos forman el grupo que más medicamentos emplea; de los cuales ingieren 25% de los fármacos prescritos y de los comprados sin receta. Muchos de estos medicamentos alteran la digestión, absorción uso o excreción de nutrientes esenciales. Así mismo, algunos fármacos afectan profundamente el apetito, disminuyen el flujo salival, y modifican la agudeza gustativa y olfatoria. Como consecuencia del consumo de múltiples medicamentos y los cambios en la capacidad del cuerpo para metabolizar los fármacos, los individuos de 70 a 79 años de edad tienen hasta siete veces la cantidad de reacciones adversas a los medicamentos que aquellos en el grupo de 20 a 29 años.<sup>1</sup>

Entre los efectos secundarios de numerosos fármacos se incluyen las

náuseas y la dipepsia, causantes ambos de alteraciones de la nutrición, por lo que uno de los primeros pasos diagnósticos debe ser siempre una investigación sobre los fármacos que está tomando el paciente.<sup>8</sup>

## CAPITULO 4

### CÁNCER ORAL

A partir de la sexta década de la vida se incrementa notablemente la incidencia de padecimientos neoplásicos y otros trastornos que afectan considerablemente las funciones de la cavidad bucal, por lo que resulta importante conocer la prevalencia de entidades patológicas y no patológicas en la mucosa oral del anciano.

El cáncer oral, como la mayoría de los cánceres pueden ser tratados con éxito si son descubiertos a tiempo.

Desafortunadamente, el cáncer oral usualmente no es doloroso, por lo cual muchas veces no es descubierto hasta que se encuentra en las etapas más avanzadas. <sup>1</sup>

### CARACTERISTICAS GENERALES DEL CÁNCER ORAL

**Sexo:** Predomina en en hombre, pero hay una tendencia a la disminución de la brecha con relación a las mujeres, debido a que en la actualidad se ha generalizado el hábito de fumar en las mujeres. A partir de los 65 años, el número de mujeres supera al de hombres.

**Edad:** El 95% ocurre en personas de más de 40 años y el promedio de edad en el momento del diagnóstico es de alrededor de 60.

La edad avanzada en que prevalece esta enfermedad, sugiere que en esa época pueden estar operando cambios relacionados con el envejecimiento celular, que involucran procesos bioquímicos y biofísicos (nucleares, enzimáticos, metabólicos, inmunológicos) sobre los cuales actuarían influencias químicas, virales, hormonales, nutricionales o irritantes

físicos.

**Tipo histológico:** El 96% de los cánceres orales son carcinomas espinocelulares y el 4% son sarcomas.

**Localización:** La lengua es la ubicación más común para hombres y mujeres; seguido de orofaringe, piso de la boca, gingiva, mucosa de carrillos, mucosa de labios, semimucosa de labios y paladar blando.

**Localizaciones intraorales de alto riesgo:** Se concreta a tres áreas específicas en la cavidad oral donde se concentra el mayor porcentaje de carcinomas espinocelulares: el piso de la boca, la cara ventrolateral de la lengua y el llamado complejo paladar blando. Éste comprende el paladar blando propiamente dicho, el sector retromolar y la unión entre la lengua y el pilar anterior del velo.

**Riesgo:** La causa exacta del cáncer oral es desconocida. El factor que predomina en forma ostensible es la edad.

**Prótesis Dental:** Aunque muchos carcinomas se desarrollan en áreas cubiertas por prótesis, no ha sido posible demostrar que éste sea el único factor que causa la neoplasia. Un detallado estudio de algunos carcinomas orales demuestran que se desarrollan en zonas de irritación o traumatismo. No obstante, no se a visto un carcinoma que se desarrolle en el fondo de surco, sector éste de permanente irritación, sobre todo en dentaduras inferiores completas.<sup>9</sup>

## **SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER ORAL**

Algunos pacientes se deciden a consultar pues presentan un intenso dolor en la boca, del cual no pueden identificar el origen. El carcinoma bucal puede ser en sus comienzos indoloro. Otras veces el dolor comienza cuando la lesión se vuelve ulcerada o con una importante infiltración (lengua)

En otros casos el paciente consulta por un "bulto" que le apareció en



el cuello. Ésta puede ser la lesión metastásica de un carcinoma primitivo intraoral ignorado por el paciente.<sup>9</sup>

**Los siguientes son los signos más comunes que presenta el cancer oral:**

- **Úlceración o erosión.** Hay destrucción del epitelio, debido a las diferencias en la maduración celular, pérdida de unión intracelular y ruptura de la lámina basal.
- **Eritema.** El adelgazamiento del epitelio y la falta de queratinización permiten visualizar el enrojecimiento por la inflamación de la dermis.
- **Induración.** La induración de la base del tumor se debe a la infiltración subepitelial del carcinoma, que junto a la inflamación existente, presenta a la palpación una consistencia dura.
- **Fijación.** En su crecimiento las células neoplásicas pueden invadir áreas profundas, sobre todo músculo y hueso.
- **Cronicidad.** No cicatriza espontáneamente ni es una lesión reversible. No desaparece sin tratamiento específico. Sin embargo, en la literatura se reportan 176 casos de remisión espontánea. Dos de esos casos eran carcinomas de lengua y faringe respectivamente.
- **Adenopatías.** El compromiso ganglionar puede estar presente de acuerdo con el estado evolutivo en que se realiza la consulta.

La diseminación del tumor se hace por vía linfática y los ganglios perimaxilares y del cuello pueden involucrarse, siendo éstos la primera estación en el viaje de las células metastásicas.

**Leucoplasia y eritroplasia.** Estas lesiones pueden ser la manifestación clínica de un carcinoma "in situ" o de un carcinoma invasor.<sup>9</sup>

### **Pronóstico.**

La supervivencia por cáncer oral varía, dependiendo de varios factores:<sup>9</sup>

- a? Etapa de la lesión (sitio primario, extensión local, adenopatías involucradas, metástasis a distancia).
- b? El sitio del tumor primario (cuanto más posterior, más rápida la producción de metástasis).
- c? El tratamiento inicial adecuado.
- d? La diferenciación histológica del tumor
- e? Los hábitos del paciente (tabaco y alcohol).

## **4.1 CANCER DE BOCA Y LABIO**

Los trastornos y enfermedades bucales en las personas de la tercera edad casi nunca muestran alguna alteración que sea exclusiva de este período de vida.<sup>10</sup>

### **CANCER DE LABIO.**

Debe separarse desde el punto de vista biológico en carcinoma de labio inferior y superior, ya que el cáncer de labio inferior es mucho más frecuente.

#### **Etiología:**

- La luz ultravioleta y fumar pipa son las principales causas para la aparición de cáncer en el labio inferior que en el labio superior.
- Los carcinomas de labio representan del 25% al 30% de los cánceres bucales
- Ocurre con mayor frecuencia en hombre entre los 50 a 70 años.
- Las lesiones se originan en la parte exterior y pueden parecer úlceras

crónicas que no cicatrizan.

- Son lesiones exofíticas en ocasiones de naturaleza verrugosa.
- La penetración profunda es tardía y las metástasis a ganglios linfáticos submandibulares o submentonianos son poco frecuentes.
- El índice de crecimiento es más lento para el labio inferior que para el labio superior.
- El pronóstico es excelente en los cánceres de labio inferior y regular en los de labio superior.<sup>10</sup>

#### 4.1.1 LESIONES INICIALES

##### Las lesiones precancerosas son:

Leucoplasia.

Eritroplasia.

Fibrosis submucosa.

Liquen Plano.

Úlcera traumática.

Queilitis crónica.

Nevo de unión

##### **LEUCOPLASIA.**

Es una lesión blanca que no se desprende por el raspado, homogénea, erosiva o verrugosa y que no puede ser clasificada como otra entidad conocida.

Afecta con mayor frecuencia a los hombres.

Su causa es desconocida; pero puede relacionarse con la ingestión de alcohol y el masticar tabaco o ser un fumador crónico.

Su localización es en las mejillas, comisuras de los labios, la lengua, los

labios y piso de boca.

A la leucoplasia debe considerarse como la principal condición precancerosa.

### **Etiología:**

#### Causas locales:

Prótesis desadaptadas.

Dientes rotos por traumatismos o con caries.

Obturaciones desbordantes.

Hábitos lesivos (mordisqueo).

Alimentos y bebidas muy condimentadas y calientes.

Sepsis bucal.

Galvanismo.

#### Causas generales:

Carencias vitamínicas (A-B).

Desnutrición.

Hipercolasterolemia.

Hormonales.

Anemias.

Idiopáticas.

### **Tratamiento:**

Identificar las causas, se limitan los hábitos que causen traumatismos, se hacen biopsias y se llega a la extirpación.<sup>9</sup>

### **ERITROPLASIA.**

Así como leucoplasia significa formación blanca y la caracteriza la queratinización, que engrosa el epitelio, en la eritroplasia o formación roja, el

epitelio está adelgazado, hay atrofia epitelial y es por eso que se ve roja, aterciopelada, intensificando la coloración un cuadro inflamatorio con gran cantidad de vasos.

**Etiología:**

Es incierta; para algunos autores un carcinoma in situ y para otros una lesión precancerosa.

**Localización:**

paladar, mucosa yugal, lengua o el piso de la boca.<sup>9</sup>

**FIBROSIS SUBMUCOSA.**

Puede comenzar con ardor, aparición de ampollas, vesículas y erosiones. Tomando la mucosa un color blanco como mármol veteados. Con el tiempo aumenta la rigidez de los tejidos. se palpan bandas fibrosas verticales que limitan los movimientos.

Se observa en ambos sexos, con predilección en la cuarta década de la vida.

**Localización:**

Es frecuente en la mucosa yugal, el paladar, los labios, el piso de boca y la gingiva.

**Tratamiento:**

No existe un tratamiento eficaz. Se emplean corticoides y cirugía para devolver la movilidad.<sup>9</sup>

## **LIQUEN PLANO.**

Esta afección de posible origen autoinmune esta asociada de alguna manera al cáncer oral. Si bien es de discusión actual si es una lesión o un estado precanceroso, lo concreto es que debe biopsiarse y controlarse periódicamente al paciente, sobre todo las formas erosivas.

Son estrías blancas (de Wickham) bilaterales, asintomáticas excepto cuando hay erosión.

El blanco principal son las células basales del epitelio.

El mecanismo de daño se relaciona con alteraciones de la inmunidad celular que abarcan las células de Langer-Hans, Linfocitos "T" y los Macrófagos.

Cuando existe una mucosa delgada, en la cual la prótesis produce un traumatismo continuo, hace suponer la presencia de liquen plano atrófico.

La mucosa presenta estrías blanquesinas con inflamación circundante, que puede evolucionar hasta grandes áreas de erosión superficial con una típica red en forma de encaje o reticular, la cual es diagnóstica.

### **Tratamiento:**

Se pueden utilizar esteroides tópicos o sistémicos.<sup>9</sup>

## **4.1.2 EXPLORACIÓN DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO**

### **Estado en el momento del diagnóstico.**

A diferencia de las neoplasias de estómago, pulmón, próstata. etc., que cuando se evidencian clínicamente se encuentran en períodos avanzados, la boca está a la vista del propio paciente o en todo caso del médico o el dentista. De esta forma, podría decirse que el cáncer oral es de frecuente detección precoz. Sin embargo, las estadísticas demuestran que los pacientes suelen

llegar en períodos avanzados.<sup>11</sup>

Las causas atribuibles al paciente pueden ser varias:

- a) La mayoría de los cánceres orales, con excepción de los de lengua, suelen ser asintomáticos en sus comienzos. Por lo tanto la gente desconoce su existencia.
- b) El paciente es consciente de su lesión pero se automédica y no consulta oportunamente.
- c) El paciente no consulta pues tiene temor de que le diagnostiquen “algo malo”.

Las causas ajenas al paciente y que contribuyen a dilatar el tratamiento también son varias:

a) El profesional no hace el diagnóstico correcto (desgasta prótesis, quita la prótesis por un tiempo le dice que ese “callo” lo provoca la prótesis pero se va a curar solo; extrae dientes que se mueven confundándolo con procesos periodontales). Hemos visto un caso de “regularización de reborde” repetidas veces ante un carcinoma de reborde alveolar.

b) El profesional lo manda a biopsiar, pero sin asegurarse de que el paciente concorra en forma rápida al servicio especializado.

c) Hace biopsia pero con una técnica equivocada (mala toma de material, mala fijación, etc.,).

Por lo que el cirujano dentista debe de realizar una exploración metódica.

Si el paciente usa dentadura postiza, dele una servilleta y pídale que se la quite para que usted pueda observar la mucosa en forma directa. Si hay sospecha de úlceras o nódulos, póngase un guante o un dedo de caucho y

palpe la lesión, buscando en especial engrosamiento o infiltración de los tejidos que pudieran sugerir un proceso maligno.

**Proceda a la inspección de:**

**LABIOS.** Observese color, humedad y presencia de cualquier masa, úlcera o fisura.

**MUCOSA ORAL.** Observe dentro de la boca abierta del paciente y, con buena luz y ayuda de un abatelenguas, inspeccione la mucosa bucal en cuanto a color, pigmentación, úlceras, placas blancas y nódulos. En personas de raza negra es normal la pigmentación parda en placas.

**ENCIAS Y DIENTES.** Búsquese:

Inflamación, hinchazón, hemorragia, retracción o cambios de color de las encias.

Dientes cariados, faltantes o sueltos y cualquier anomalía en la posición o forma de éstos.

**EL TECHO DE LA BOCA.** Inspeccione el color y arquitectura del paladar duro.

**LA LENGUA.** Proceda a inspeccionar el dorso de la lengua, incluyendo color y papilas. Note cualquier zona lisa anormal.

Pídale al paciente que saque la lengua y busque simetría.

Proceda a inspeccionar los lados y la superficie inferior de la lengua junto con el piso de la boca. Estas son zonas donde es mayor la tendencia al desarrollo de procesos malignos. Note cualquier área blanca o enrojecida, nódulos o úlceras. Como el cáncer de lengua es más frecuente en varones mayores de 50 años, especialmente los que fuman tabaco y beben alcohol, conviene un estudio con más detalle para pacientes de este grupo. Explique al paciente lo que usted desea hacer y póngase los guantes. Indíquelo que saque



la lengua. Con su mano derecha, sostenga la punta de la lengua mediante una gasa y tire ligeramente de ella hacia el lado izquierdo del paciente. Proceda a la inspección del borde de la lengua y luego pálpela con la mano izquierda enguantada, intentando descubrir cualquier induración. Haga la misma operación en el otro lado.<sup>11</sup>

**CUELLO.** Observe el cuello, notando su simetría y la presencia de masas o cicatrices. Busque aumento de volumen de las glándulas parótidas o submaxilares y registre cualquier ganglio linfático visible.

**GANGLIOS LINFATICOS.** Palpe los ganglios linfáticos. Por medio de la punta de sus dedos índice y medio, mueva la piel sobre los tejidos subyacentes en cada área, en lugar de mover sus dedos sobre la piel. El paciente debe relajarse, con el cuello en ligera flexión anterior y, si es necesario, un poco hacia el lado del examen. Por lo general pueden examinarse ambos lados a la vez. Sin embargo el ganglio submentoniano es útil percibir con una mano mientras se soporta la punta de la cabeza con la otra.<sup>11</sup>

**En forma seriada, busque los siguientes ganglios:**

- 1.- Preauricular- delante de la oreja
- 2.- Auricular posterior- superficial en relación con la apófisis mastoides.
- 3.- Occipital.- en la base del cráneo, parte posterior.
- 4.- Amigdalas.- a nivel del ángulo de la mandíbula.
- 5.- Submaxilares.- a mitad de camino entre el ángulo y el mentón. Estos ganglios suelen ser más pequeños y más lisos que la glándula submaxilar lobulillada, con la cual están en contacto.
- 6.- Submentonianos.- en la línea media, a pocos centímetros por detrás del mentón.
- 7.-Cervical superficial.- superficial en relación con el músculo

esternomastoideo.

- 8.- Cadena cervical posterior.- a lo largo del borde anterior del trapecio.
- 9.-Cadena cervical profunda.- detrás del esternomastoideo, en la profundidad, muchas veces inaccesible al examen. Ponga sus dedos en gancho alrededor de cada borde del músculo esternomastoideo para descubrirla.
- 10.- Supraclaviculares.- profundamente, en el ángulo que forman la clavícula y el músculo esternomastoideo.

Observe volumen, forma, delimitación (separados o reunidos), movilidad, consistencia y posible sensibilidad de cualquiera de los ganglios. Los pequeños, móviles, aislados, y no dolorosos, se descubren con frecuencia en personas normales.

Los ganglios aumentados de volumen o sensibles, sin explicación, exigen:

- 1) volver a examinar la región que drenan.
- 2) estimar cuidadosamente el estado de los ganglios linfáticos de otra región, de manera que usted pueda distinguir entre una linfadenopatía regional y una generalizada.

A veces, una arteria o una banda muscular puede considerarse equívocadamente ganglio linfático. Un ganglio se puede desplazar en dos direcciones: hacia arriba y hacia abajo, y de un lado a otro. Ni un músculo ni una arteria pasan esta prueba <sup>11</sup>

### **TÉCNICA DE EXAMEN DE LA MUCOSA BUCAL.**

La técnica de examen de la mucosa bucal debe ser practicada rutinariamente siguiendo un orden.<sup>9</sup>

**Semimucosa labial.** Es conveniente separar con los dedos la semimucosa, para observar con claridad pequeñas lesiones que pueden ocultarse entre los pliegues del labio.

**Mucosa labial.** En forma bimanual, realizamos la eversión del labio (superior o inferior), observando claramente hasta el fondo de surco.

**Carrillo. Sector anterior.** En forma bimanual, efectuamos la eversión del carrillo.

**Carrillo. Sector posterior.** Una vez examinado el sector anterior, lo separamos con un espejo y por visión directa inspeccionamos el sector posterior.

**Lengua. Punta, cara dorsal y bordes.** Primero se debe examinar la punta. A continuación tomándola con una gasa, traccionamos hacia afuera y hacia los lados, inspeccionamos el dorso y los bordes.

**Paladar. Sector anterior.** La inspección se realiza por visión indirecta con espejo bucal.

**Paladar. Sector posterior.** El examen se efectúa por visión directa, extendiendo el paciente su cabeza hacia atrás.<sup>9</sup>

## 4.2 ENFERMEDADES QUE PUEDEN OCASIONAR UNA BOCA SECA

### BOCA SECA.

Hablemos ahora de la boca seca. Cuando no se tiene suficiente saliva, se tiene una boca seca. Aparte de ser incómoda, la boca seca le puede poner a riesgo para desarrollar caries y enfermedades de las encías. La mayoría de las personas no saben el papel tan importante que tiene la saliva en mantener saludables sus dientes, sus encías, la parte anterior de la boca y la garganta. La saliva protege a los dientes y encías de caries e infecciones orales; sin

suficiente saliva es difícil hablar y tragar. Las personas con la boca seca generalmente tosen frecuentemente.<sup>3</sup>

En consecuencia, la xerostomía no es una descripción patológica con una curación estandarizada, como solía pensarse a principios del siglo, sino un síntoma cuyas posibles causas se localizan en los estados que afectan la fisiología de la secreción salival. o sea, su producción, transporte y consumo.<sup>1</sup>

Algunas de las causas de la boca seca es la ingesta de medicamentos que han sido recetados y otros que se compran por cuenta propia (automedicación).<sup>3</sup>

Más de 250 medicamentos tienen efectos secundarios que producen este problema, incluyendo casi todas las medicinas usadas para tratar la presión alta; los tranquilizantes, antiparkinsonianos, psicotrópicos y sedantes.

La persona xerostómica se queja con frecuencia de molestia bucal y ardor o dolor de lengua. Son comunes infecciones micóticas y bacterianas secundarias, como la candidiasis. Se podrían emplear fungicidas como Mycostatin o Nystatín, en suspensión oral, ungüento o pastillas, para controlar la situación.<sup>1</sup>

Algunas enfermedades predisponen a quienes las sufren a un riesgo más alto para desarrollar una boca seca, por ejemplo, personas con diabetes, algunos tipos de anemia, enfermedad de Parkinson y problemas del corazón.

La principal consecuencia de la xerostomía se observa en una mayor dificultad de adaptación a las bases protésicas, y mayor frecuencia en la aparición de lesiones ulcerativas.<sup>2</sup>

Además de adhesiva, la acción salival es lubricante y de apoyo entre la base de la dentadura completa y los tejidos orales, eliminando de esta forma la irritación a la presión. La adhesión de las prótesis totales está influida por diversos factores físicos y biofuncionales, entre los cuales reviste singular importancia el grado de viscosidad de la saliva. Es esta condición la que regula

las fuerzas de adhesión que se generan entre la mucosa bucal y la base de la prótesis.

Si el grado de retención de la prótesis es directamente proporcional al grado de viscosidad salival. Las alteraciones consecutivas a la xerostomía pueden dificultar e incluso imposibilitar el uso de una dentadura completa. Por lo tanto, se recomienda prestar atención a la cantidad y viscosidad salival, en aquellos casos de dificultad a la retención de la prótesis, instaurado el tratamiento adecuado.<sup>2</sup>

#### **4.2.1 ESTRATEGIAS PARA TRATAR UNA BOCA SECA**

Es indispensable una higiene bucal personal meticulosa, y también se debe aconsejar un programa de revisiones dentales más frecuentes, a fin de reforzar la higiene bucal excelente, restaurar pronto las lesiones cariosas, y proveer de tratamientos profesionales con fluoruro, así como un programa para aplicarlos en el hogar.<sup>1</sup>

Si el medicamento que ingiere no se puede cambiar o si la boca seca es causada por algún daño permanente en las glándulas salivales, se puede obtener algún alivio usando un humidificador de aire en el hogar, pastillas de menta sin azúcar y soluciones de saliva artificial (nopal), algún enjuague bucal con fluoruro, que tenga un contenido bajo en alcohol. Los enjuagues con mucho alcohol pueden empeorar la boca seca<sup>3</sup>

## CAPITULO 5

### MÉTODOS DE PREVENCIÓN

Antes de empezar la instrucción de higiene bucal, el dentista deberá considerar las necesidades específicas para el paciente geriátrico. Deberá hablar con claridad, establecer un buen contacto visual, no alzar la voz (en especial cuando hay aparatos auditivos) y adaptarse al paciente. Se enfatizan las siguientes:

- 1) El paciente deberá establecer una rutina diaria.
- 2) Deberán usarse dentífricos fluorados.
- 3) Los instrumentos se pueden adaptar según las necesidades:
  - a. Los cepillos dentales se pueden doblar bajo el agua caliente.
  - b. Los mangos se pueden adaptar con un recubrimiento acrílico, un mango de bicicleta o una pelota de goma para realzarlos para los pacientes artríticos.
  - c. El paciente puede usar cepillos dentales eléctricos rotatorios o interproximales, según las necesidades.

#### PROFILAXIS.

En la profilaxis oral se reconocen como importantes las normas dietéticas y la higiene de la boca, aspectos que sin embargo con frecuencia no se mantienen de una manera consecuente y sobre todo permanente.

Una profilaxis oral efectiva exige el conocimiento y la eliminación de los irritantes que pueden dañar las estructuras de la boca.

Es conocida la profilaxis de la caries mediante el empleo de fluoruros, la

moderación en el consumo de azúcar o sea consejos dietéticos y el control de la placa bacteriana por medio de una adecuada higiene de la boca a si mismo, funciona también para la eliminación parcial o total de la gingivitis y la periodontitis.<sup>5</sup>

### **5.1 TÉCNICA DE CEPILLADO**

Se han descrito muchas técnicas de cepillado dental. Los estudios controlados que valoran la eficacia de las técnicas de cepillado más usuales demuestran que ninguna es superior en forma notable. La técnica de barrido probablemente sea la forma más usual de cepillado, mientras que para los pacientes, la técnica circular parece ser la menos efectiva, tal vez porque sólo origina una presión intermitente contra el diente comparada con la fuerza sostenida que se aplica con la de barrido. Dependiendo de la morfología individual de la dentadura, suelen indicarse variaciones no convencionales de las técnicas aceptadas, como el barrido transversal de las superficies dentales mesiales o distales adyacentes a las zonas edéntulas.<sup>6</sup>

El cepillado es aún el procedimiento más recomendado de manera universal para remoción de placa supragingival de las superficies accesibles de los dientes. Sin embargo, las superficies proximales y áreas subgingivales son difíciles de alcanzar con el cepillado y para estas áreas se necesitan otros auxiliares como hilo dental o puntas de hule.<sup>5</sup>

#### **5.1.1 DIFERENTES TIPOS DE CEPILLOS DENTALES**

Existen estilos numerosos de cepillos, con diferentes tamaños y formas de cabeza, mangos angulados y dimensiones de cerdas; las recomendaciones estándar para seleccionar un cepillo son:

- cerdas suaves

- cabeza con multipenachos
  - con cerdas lisas y puntas redondeadas
- la cabeza del cepillo en el mismo plano que el mango

Los cepillos con doble cabeza trabajan como los de cabeza única con alguna superioridad sobre las superficies linguales.<sup>5</sup>

## **5.2 USO DE HILO DENTAL**

El uso del hilo dental y otros auxiliares mecánicos son necesarios para remover la placa de áreas interproximales y el surco gingival que no se alcanzan de manera efectiva con el cepillo dental.

Mantener el hilo de manera firme es un reto, la mayor parte de los métodos proponen enrollarlo alrededor de uno o dos dedos en cada mano y apretarlo entre los pulgares e índices con espacio suficiente entre las manos para manipularlo entre los dientes.

El método regular del uso de hilo propone moverlo entre los contactos de los dientes con un movimiento de sierra ligero hasta que pase el punto de contacto; después se presiona contra la superficie mesial o distal del diente para que lo toque desde un ángulo lineal a través de la superficie proximal al otro ángulo lineal. Los pulgares se usan para controlar el hilo después que pasa el punto de contacto en los dientes maxilares, los índices se usan para presionar el hilo y que pase los puntos de contacto en los dientes mandibulares. El hilo se mueve hacia arriba y hacia abajo eliminando la placa; después se mueve por encima de la papila hacia la superficie proximal adyacente y se presiona contra ella, se cubre la superficie completa desde un ángulo lineal a otro y se aprieta sobre la superficie, el hilo se remueve con un movimiento ligero, para que pase el punto de contacto.

Para contactos estrechos en particular, el paciente necesita usar



enhebrador para hilo, éstos son plásticos y flexibles con un asa larga a través de la cual se ensarta el hilo. La punta del enhebrador se empuja bajo el punto de contacto entre los dientes desde la superficie vestibular hacia lingual, se jala de un lado a otro y el hilo con él, se retira y el hilo se aplica a las superficies proximales como se describió arriba.

Los pacientes que no pueden manipular el hilo o cuyas manos no se adaptan con facilidad en la boca eligen el uso de un portahilo; el hilo se estira entre las dos puntas del aditamento, se pasa a través de los puntos de contacto, y se aprieta contra las superficies proximales, después se retira de entre los dientes. Se tiene que advertir a los pacientes de tener cuidado de abrasión gingival o fisuras por uso excesivo del hilo.<sup>5</sup>

### 5.3 CARACTERISTICAS DE UNA ENCIA SANA

Una encía normal cumple con el criterio cualitativo de encía sana como color, superficie, forma, consistencia y surco gingival.<sup>6</sup>

**COLOR.** El surco de una encía sana, es por lo regular rosa pálido; el aspecto pálido se compara al rojo de la mucosa bucal que se debe al grosor y estado queratinizado de la superficie del epitelio. El color se puede modificar por la presencia de pigmentación en personas de color oscuro y por el flujo sanguíneo a través de los tejidos.

**SUPERFICIE.** La superficie de la encía en seco debe ser rugosa y granulada; presenta una superficie irregular, con puntilleo que parece cáscara de naranja, el grado de puntilleo varía de manera considerable dentro de la clasificación normal.

**FORMA.** La forma de la encía depende del contorno y tamaño de las áreas interdenciales, las cuales a su vez dependen de la forma y posición de los

dientes. La punta de la papila gingival es la parte más incisal u oclusal de la encía. El margen gingival es delgado, tiene una terminación contra el diente en forma de filo de cuchillo y en la mayor parte de los dientes humanos es redondeado.

**CONSISTENCIA.** A la palpación con un instrumento romo, la encía debe ser firme, resistente y ligada con firmeza a los tejidos duros subyacentes; la encía marginal, aunque es movable, tiene que estar adaptada a la superficie del diente.

**SURCO GINGIVAL.** La profundidad de sondeo del surco gingival varía de 1 a 3 mm; al sondear con un instrumento romo no debe haber hemorragia. La encía normal presenta un flujo no detectable del líquido del surco.<sup>6</sup>

#### **5.4 CUIDADO DE LAS PRÓTESIS DENTALES**

Las dentaduras se deben quitar después de haber comido y se deben de limpiar, así mismo la boca del paciente, esto puede ser mediante enjuagues o mediante un cepillado ligero y suave sobre los procesos residuales, el paladar y la lengua.

La limpieza es de dos tipos:

**Mecánica:** En la actualidad existen cepillos especiales para la limpieza de las dentaduras (algunos autores no recomiendan al 100% dichos cepillos) dichos cepillos muchas veces no alcanzan a realizar la función correcta de la limpieza debido a que la cabeza es muy grande y hay dentaduras principalmente las inferiores que son muy pequeñas en lo que respecta a la base del proceso residual, es por eso que muchas personas utilizan los cepillos dentales normales, lo que si se les recomienda que sea un cepillo suave para

no causar abrasión a las dentaduras, ni tampoco utilizar dentífricos ya que contiene abrasivos y pueden rayar las superficies pulidas del acrílico y principalmente con el tiempo lo van desgastando y van permitiendo un desajuste en las dentaduras, lo ideal es utilizar ya sea un detergente en polvo o líquido común y corriente para la limpieza.

**Química:** Actualmente existen en el mercado diferentes soluciones y pastillas efervescentes que nos van ayudar en la limpieza y evitar la formación de sarro de las dentaduras, pero el uso de dichas soluciones deber ser bajo indicación del odontólogo, ya que muchas de ellas contienen en su base química hipoclorito de sodio, el cual de una u otra forma va ir decolorando las dentaduras.

Existe una fórmula que se ha manejado desde hace muchos años, la cual proviene de la universidad de new york at buffalo dental school, que dentro de su fórmula química tiene los siguientes elementos.

- una cucharadita de hipoclorito de sodio (15 ml.)
- una cucharadita de calgón (4 ml.)
- 4 onzas de agua

El hipoclorito de sodio proporciona una acción blanqueadora y en esta concentración no afecta el color de la base y también es un agente germicida eficaz

Para eliminar el sarro se recomienda remojar la dentadura con 114 ml. de vinagre blanco durante toda una noche, pero esto se recomienda ocasionalmente ya que puede deteriorar la dentadura

## CONCLUSIONES

La población geriátrica se está expandiendo y sus necesidades de servicios dentales se está volviendo cada vez más especializado. La gran variedad de problemas intrabucales, médicos, sociales, mentales y físicos significan un reto ilimitado para el dentista. Si se quiere satisfacer las necesidades del paciente geriátrico, se debe estar dispuesto a cuidar de cada individuo con paciencia. Una vez más, la boca debe apreciarse como un reflejo de la condición sistémica y de acuerdo con esto se llega al tratamiento.

En el futuro el grupo de personas adultas requerirá una técnica compleja en cuanto a tratamientos dentales, así como trato similar al de cualquier persona de mediana edad, por lo que el cirujano dentista deberá tomar conciencia en cuanto al adiestramiento en maniobras de preservación de vida, detección oportuna de cáncer, señales de enfermedades sistémicas que se manifiestan en boca, y no dudar que cualquier cosa que indique que hay algo anormal ya que podría estar ante alguna patología importante y que si es detectada en su estado inicial puede ser vital para el paciente.

Por lo que al elaborar esta guía se pensó no solamente en educar al paciente geriátrico si no que sirva como una orientación al cirujano dentista de que puntos son importantes hacer notar a sus pacientes para la preservación de una salud-bucal óptima.

Recalcar que una buena técnica de cepillado evitará a todo paciente enfermedad periodontal, caries, alitosis, etc., y sobre todo la pérdida de órganos dentales.

## GLOSARIO

**Corrosiva.**- Que destruye la sustancia o textura de los tejidos.

**Denudación.**- Privación del revestimiento epitelial de una superficie por cirugía, traumatismo o cambio patológico.

**Dermis.**- Capa de la piel, subyacente a la epidermis.

**Escara.**- Esfacelo producido por una quemadura térmica, una aplicación corrosiva o gangrena. V. mancha negra.

**Eversión.**- Versión hacia afuera, especialmente de la mucosa que rodea un orificio natural. Acción de girar una parte hacia afuera, como los párpados, para poner al descubierto la superficie interna.

**Galvanismo.**- Fenómeno físico químico en el que dos metales, distintos en cierto grado, que se han empleado para restablecer o restituir los dientes faltantes producen corriente eléctrica. En estos casos el paciente puede experimentar dolorosas descargas eléctricas súbitas en los dientes y la pulpa de los mismos puede volverse hiperémica o inflamada

**Gingiva dental.**- Relacionado con la encía y dientes

**In-situ.**- Sitio natural o normal, confinado al sitio de origen sin invasión de los tejidos vecinos.

**Interfase.**- Superficie de separación o límite de dos fases de un sistema heterogéneo.

**Involución** - Degeneración progresiva que ocurre naturalmente con el paso de la edad.

**Odontalgía.**- Dolor de uno o varios dientes.

**Papila** - Encía septal, almohadilla triangular de encía que llena el espacio entre las superficies proximales de los dientes adyacentes; d.t. papila interdental.

**Presenil.**- Dícese de una condición o estado parecido a la senilidad, pero que se presenta precozmente en la edad media de la vida

**Queratinizado.**- Volverse queratina.

**Retromolar.**- Que esta o se desarrolla detras del proceso malar.

**Sepsis.**- Trastorno patológico de la boca, o de las partes adyacentes a ella, que puede afectar la salud general por diseminación de tóxicas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Terezhalmay G.T., Clínicas Odontológicas de Norteamérica., Vol 1.,  
ODONTOLOGIA GERIÁTRICA., Ed., Interamericana.,  
1989.
2. José Y., Ozawa Deguchi., ESTOMATOLOGÍA GERIÁTRICA., Primera  
edición., Editorial Trillas., México., 1994.
3. Asociación Americana de Escuelas Dentales y la Fundación W.K  
Kellogg., Adaptado para Venezuela., MANUAL  
EDUCATIVO SOBRE GERO-ODONTOLOGÍA.
4. Dr. Arthur C. Guyton , TRATADO DE FISIOLOGÍA MÉDICA ., Cuarta  
edición., Ed. Interamericana., México., 1971.
5. Robert J. Genco., D.D.S , Ph D. Henry M. Goldman. D.M.D., D S C ,  
F A C D D. Walter Cohen., D D S., F.A.C.D Vol I.,  
PERIODONCIA., Ed. Interamericana., México., 1994.
6. Fermín A. Carranza., Jr. Dr. Odont. PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA DE  
GLICKMAN., Séptima edición., Ed.  
Interamericana-Mac-Graw Hill ,  
México., 1993.
7. Pietro de Nicola., GERIATRÍA., Primera edición., Ed. El manual  
moderno., México , D.F., 1985.

8. William B., Abrams, M.D., Robert Berkow., M.D. EL MANUAL MERCK DE GERIATRÍA., Primera edición., Ed. Doyma., Barcelona., 1990.
9. UNAM., Programa de la Universidad para la educación a distancia., CURSO DE ODONTOGERIATRÍA., Antología., Facultad de Odontología., División Sistema Universidad Abierta., 1996.
10. Regezi Joseph A , Sciubba James J., PATOLOGÍA BUCAL., Ed. Interamericana-Mc Graw-Hill., 1991.
11. Dra. Barbará Bates., PROPEDEUTICA MÉDICA., Quinta edición., Ed. Interamericana- Mc Graw-Hill., México., 1992.