



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**LOS RETOS DE LA ODONTOLOGÍA FRENTE A UNA
POBLACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN
MÉXICO.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

FABIOLA FLORES CAMACHO

TUTOR: Esp. JOSÉ FEDERICO TORRES TERÁN



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.



LOS RETOS DE LA ODONTOLOGÍA FRENTE A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN MÉXICO.



Agradezco principalmente a Dios, por haberme guiado y dado las fuerzas necesarias para poder concluir esta etapa de mi vida, a las personas que ya no se encuentran conmigo físicamente; que desde donde estén siempre me acompañaran, llenándome de bendiciones, como son mis abuelitos, tíos, mi primo Uli, los cuales siempre vivirán en mi corazón.

Agradezco a mi mamá Martha Camacho, que junto con mi papá Francisco Flores siempre me dieron su apoyo y amor incondicional en todo lo que yo necesitara, aun cuando no se los pidiera, esforzándose para que nunca me hiciera falta nada.

Les estoy agradecida a mis hermanos Julio y Jazmín porque además de ser mis hermanos, son unos amigos para toda la vida en los cuales puedo confiar, que a pesar de las discusiones permanecemos unidos.

No puedo dejar de mencionar a mis amigos de la facultad con los cuales viví momentos inolvidables que siempre llevare conmigo: Jana, Rosita, Zuri, Ady, Juan, Ángel, Memo, Omar. Amigas que a pesar de la distancia y el tiempo cuento totalmente con ellas: Eli, Are, Luz, Moni, Sika, Fanny. Amigos y compañeros del trabajo que me han acompañado en mi camino.

Reconozco a la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología por haberme permitido pertenecer a esta casa de estudios.

Por ultimo agradezco a cada uno de los cirujanos dentistas y especialistas por todas sus enseñanzas que dejaron en mí y haber formado parte de mi desarrollo profesional.



LOS RETOS DE LA ODONTOLOGÍA FRENTE A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN MÉXICO.



INTRODUCCIÓN	5
OBJETIVO	6
CAPÍTULO I ANTECEDENTES	7
CAPÍTULO II CONCEPTOS	11
2.1 Geriatria	11
2.2 Gerontología	11
2.3 Odontología geriátrica	11
2.4 Envejecimiento.....	11
CAPÍTULO III ASPECTOS DEMOGRÁFICOS	13
3.1 Esperanza de vida	14
3.2 Edades de interés geriátrico	14
3.3 Calidad de vida	15
CAPÍTULO IV ASPECTOS DEL ENVEJECIMIENTO	16
4.1 Hormonal	16
4.2 Nutricional.....	16
4.3 Epitelial.....	18
4.4 Óseo	19
4.5 Articular.....	20
4.6 Muscular	20
4.7 Saliva	21
CAPÍTULO V ENFERMEDADES MÁS COMUNES PRESENTES EN EL ADULTO MAYOR	23
5.1 Obesidad	23
5.2 Hipertensión arterial	24
5.3 Diabetes	25
5.4 Osteoporosis	26
5.4 Alteraciones mentales	27
5.5 Depresión	29
5.6 Alcoholismo.....	31
CAPÍTULO VI SALUD BUCAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS	32
6.1 Pérdida dental.....	33



LOS RETOS DE LA ODONTOLOGÍA FRENTE A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN MÉXICO.



CAPÍTULO VI	MANIFESTACIONES PATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES RELACIONADAS CON LOS PACIENTES DESDENTADOS	... 36
6.1	Lesiones de tejidos blandos	36
6.1.1	Hiperplasia papilar	37
6.1.2	Úlceras traumáticas	37
6.1.3	Hiperplasia marginal	39
6.1.4	Estomatitis protésica	40
6.1.5	Queilitis angular	41
6.1.6	Hiperplasia fibrosa	41
6.2	Lesiones de tejidos duros	42
CONCLUSIONES		43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		44



INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento que existe en la actualidad a nivel mundial trae como consecuencia la generación de nuevos problemas de salud así como de necesidades sociales y económicas; en países en desarrollo como México no se está preparado para afrontar esta situación.

Debido a que se estima que existe un incremento de adultos mayores en la población mexicana, se debe asegurar contar con programas de apoyo que garanticen una buena calidad de vida cuando se llegue a esta etapa.

El incremento en la expectativa de vida está aumentando debido principalmente a las mejoras en las medidas sanitarias y a un mayor número de herramientas preventivas (servicios de drenaje, potabilización de agua, conservación de alimentos, desarrollo de antibióticos) que evitan la muerte prematura del ser humano por procesos infecciosos y nutricionales, dando como consecuencia un incremento en la población de adultos mayores.

Como consecuencia al incremento en este tipo de población, en el ámbito odontológico este grupo de pacientes también ha ido en aumento, por lo que es fundamental que como profesionales de la salud estemos capacitados para reconocer las necesidades bucales propias del paciente geriátrico; así como las limitaciones y cuidados que se necesitan en su tratamiento, para que de esa forma se les ofrezca un mejor servicio bucal y con ello contribuir a un buen estado de salud y por ende una mejor calidad de vida.



LOS RETOS DE LA ODONTOLOGÍA FRENTE A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN MÉXICO.



OBJETIVO

Describir las necesidades médico-odontológicas que presentan los pacientes geriátricos en México.



CAPÍTULO I ANTECEDENTES

El interés por el estudio y tratamiento de las condiciones patológicas que afectan al ser humano a medida que envejece se remonta a 2800 a. C., en el antiguo Egipto, donde se consideraba que el proceso de envejecimiento era debido a “la purulencia en el corazón”.

Tanto en América como en Europa, el inicio del siglo XX el Dr. IL Nascher dirigió su atención a los adultos mayores, luchando por un mejor cuidado médico para este grupo de individuos.

En México como asistencia a la vejez se crea en 1861 la “Dirección de Fondo de Beneficencia”

El Dr. Manuel Payno, asesor médico gerontológico de la Secretaria de Salubridad y Asistencia de México en 1950 desarrollo dicha especialidad, es considerado uno de los pioneros de la “Asociación Internacional de Gerontología” (IAG), y en 1956 en la ciudad de México se realizó el Primer Congreso Panamericano de Gerontología, debido al desinterés por parte de los profesionales, México fue excluido de la IAG.

La Academia Nacional de Medicina determinó en 1972 que la educación de postgrado de los médicos compete a las instituciones educativas y a las instituciones de salud, mientras que la que la educación médica continua compete tanto a dichas instituciones como a las Sociedades Médicas. Por lo que respecta a la medición del nivel de aptitudes o competencias en cada área y a la vigilancia de las mismas en los especialistas médicos, le corresponde como función prioritaria a los Consejos de Especialidad. En febrero de 2007 se encontraban certificados 384 médicos geriatras en la República Mexicana.

En 1976, el gobierno del Estado de México fomentó una reunión geriátrica en la ciudad de Toluca, cuyos objetivos fue el intercambio de conocimientos. Para el año de 1978 México es aceptado nuevamente en la IAG. En agosto de ese mismo año se realiza en Guadalajara el Primer Congreso Internacional Bilateral de Geriatria México-Estados Unidos.



LOS RETOS DE LA ODONTOLOGÍA FRENTE A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN MÉXICO.



En 1979 se da inicio a la atención geriátrica, con el Servicio de Consulta Externa Geriátrica en el Hospital General de México; el 22 de agosto de ese mismo año en el *Diario Oficial de la Federación* el decreto presidencial, por el cual se crea el Instituto Nacional de Senectud (INSEN), con los fines de atender, orientar y proteger la vejez mexicana.

Posteriormente se han fundado varias asociaciones, tales como son: Dignificación a la Vejez (DIVE), Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Se crean programas prioritarios, los cuales prestan servicios especializados de asistencia social a las personas de edad avanzada en:

- Casas-hogar para ancianos.
- Centros de desarrollo para la comunidad.
- Centros familiares.

Se crean programas gerontológicos:

- Modificación de actitudes de la sociedad ante la vejez.
- Aprovechamiento de la experiencia acumulada y de su capacidad laboral.
- Problemas de salud y necesidades de atención médica que tienen las personas de edad avanzada, debido a sus limitaciones físicas, económicas y sociales.
- La utilización del tiempo libre y acceso a actividades educativas, culturales, recreativas y turísticas.

En noviembre de 1980 se celebraron en la ciudad de México el Segundo Congreso Nacional de Gerontología y Geriatria, las Primeras Jornadas Latinoamericanas de Gerontología y el Primer curso Internacional de Geriatria

El 10 de octubre de 1983 se crea el Consejo Mexicano de Geriatria, que recibe por primera vez la aprobación de la Academia Nacional de Medicina A.C., el 13 de marzo de 1992. Una vez constituido el, el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A.C. (Conacem) entregó nuevamente el reconocimiento de aprobación al



LOS RETOS DE LA ODONTOLOGÍA FRENTE A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN MÉXICO.



Consejo Mexicano de Geriátría el 28 de junio de 2007, esta vez con una vigencia de 5 años.

La geriatría académica mexicana tiene como fecha de arranque en enero de 1985, cuando se abrió la primera maestría en Ciencias con especialidad en Geriátría en la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional (IPN). En marzo del mismo año inició el primer programa universitario de especialidad en el Hospital Universitario de Monterrey, Nuevo León, con duración de dos años, dirigido a médicos familiares y/o internistas.

En marzo de 1986, inició en el Hospital “Lic. Adolfo López Mateos” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado (ISSSTE) el primer Curso de Especialización en geriatría con duración de dos años y dirigido a médicos internistas. El curso está avalado actualmente por el Instituto Politécnico Nacional.

En 1993 se presentó el plan único de Especialidades Médicas de la UNAM el proyecto de creación del Plan de Estudios de la Especialización de Geriátría. Al año siguiente, con el reconocimiento de la Universidad Nacional, dio inicio la especialidad de geriatría en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, donde, bajo la dirección del Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, se formó la Clínica de Geriátría, orientada a la investigación geriátrica y el desarrollo de modelos de atención y clínicas de memoria.

En la actualidad existen en México 7 Cursos Universitarios de Postgrado de Geriátría:

- Curso Universitario de Geriátría del Programa Único de Especialidades médicas de la UNAM, que se desarrolla en el Hospital General de México, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Hospital ABC, Hospital de la Beneficencia Española, Hospital PEMEX (Azcapotzalco), Sistema de Desarrollo Integral de la Familia, Fundación Clínica Médica Sur.



LOS RETOS DE LA ODONTOLOGÍA FRENTE A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN MÉXICO.



- Curso de especialización en Geriátria de IPN con sedes en el Distrito Federal (Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” del ISSSTE, Hospital General de Zona 27 del IMSS).
- Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Universidad de Guadalajara.
- Universidad Autónoma del Estado de México.
- Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey.

Al reconocer el gobierno mexicano el crecimiento de la población de adultos mayores en el país, se crea el Instituto de Geriátria por decreto presidencial el 28 de julio de 2008, cuya misión fundamental es la de promoción del envejecimiento saludable y activo de la población.

En México y en el resto del mundo existen diversos organismos que trabajan por el bienestar de los adultos mayores, así como se siguen realizando diversas investigaciones, que contribuyen al desarrollo de esta ciencia ^{1,2}.

El reto para los sistemas de salud en la actualidad es posponer la enfermedad crónica tanto como sea posible y proveer de servicios adecuados a las personas cuando desarrollan enfermedades potencialmente fatales o discapacitantes³.



CAPÍTULO II CONCEPTOS

2.1 Geriatria

Medicina de la tercera edad, es decir, la asistencia médica: prevención y tratamiento de enfermedad de la vejez asistencia psicológica y socioeconómica⁴.

La geriatria es la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los adultos mayores con alguna condición aguda, crónica, sujeta a rehabilitación, o en situación terminal.

Su objetivo principal es lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual, así como habilitarlos para llevar vidas plenas y activas^{2,5}.

2.2 Gerontología

Estudio del envejecimiento del organismo y sus consecuencias: Biológicas, Médicas, Psicológicas, Socioeconómicas⁶.

2.3 Odontología geriátrica

Rama de la odontología que se encarga de estudiar los cambios producidos por la edad en los tejidos dentarios, soporte, estructuras adyacentes y el resto del sistema estomatognático así como su pérdida y rehabilitación¹.

2.4 Envejecimiento

El envejecimiento puede considerarse desde un punto de vista biológico o desde un punto de vista patológico.

Desde el punto de vista biológico es una fase final del desarrollo normal, determinada genéticamente, que da como consecuencia alteraciones en la función, dicho proceso es fundamental, inevitable e irreversible.



Desde el punto de vista patológico es una consecuencia de un proceso autoinmune.

El estado degenerativo a largo plazo contribuye a la incapacidad de la vejez, con el control y la desaparición de muchos estados infecciosos⁶.

A partir del estado de salud (enfermedades crónicas, capacidad funcional, deterioro cognitivo, autopercepción del estado de salud) y de indicadores de factores de riesgo (consumo de alcohol, tabaco, sedentarismo) se pueden definir cuatro tipos de envejecimiento:

- Envejecimiento ideal: cuando el estado de salud es muy bueno, y factores de riesgo son muy bajos. El individuo es capaz de realizar actividades de la vida diaria, es autosuficiente, no padece enfermedades crónicas, no fuma y no bebe.
- Envejecimiento activo: El estado de salud es muy bueno, y factores de riesgo medios o altos. Existe alguna enfermedad crónica, tiene alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria.
- Envejecimiento habitual: El estado de salud es regular y los factores de riesgo son medios o bajos. La persona tiene más de una enfermedad crónica, tiene limitación en las actividades de la vida diaria con incapacidad funcional.
- Envejecimiento Patológico: Estado de salud regular con riesgos altos. La persona tiene enfermedades crónicas, mala autopercepción de salud, presenta discapacidad y muy probablemente es dependiente de terceros².

CAPÍTULO III ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

El cambio demográfico actual es un fenómeno mundial. En 1950, había alrededor de 131 millones de personas en el mundo que tenían más de 65 años de edad, mientras que en 1995 se había triplicado el número cerca de 371 millones. Por otra parte, si el crecimiento actual continúa hasta el año 2025, el número se duplicará, y en 2050 habrá más de 1,4 mil millones de adultos mayores en todo el mundo⁷.

La transformación demográfica progresiva de la tasa de natalidad y el incremento a la expectativa de vida, ante la mejoría de medidas sanitarias y preventivas, evitan la muerte prematura del ser humano por procesos infecciosos o nutricionales (figura 1)⁸.

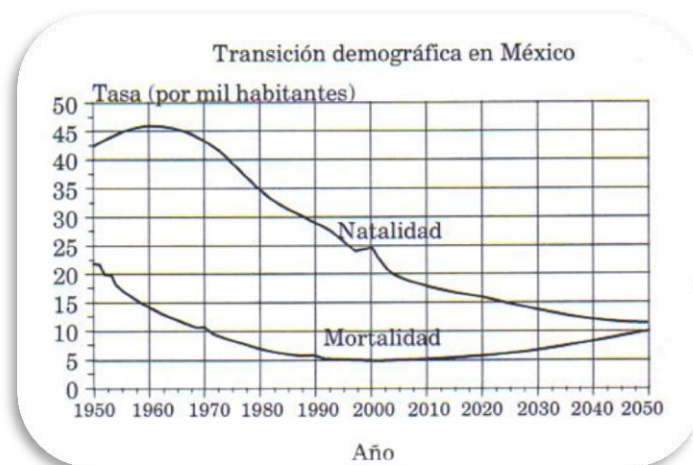


Figura 1 En la gráfica se observa como las tasas de natalidad han disminuido progresivamente desde 1970 y cómo se espera que continúen descendiendo hasta 2050.

Existe una disminución en la tasa de natalidad de 3.1 a 2.4 hijos por mujer².

El último censo realizado por el INEGI en México, fue el 12 de junio del 2010: Mujeres -57 481 307 (51.2%), Hombres 54 855 231 (48.8%)

En al 2014 la tasa de mortalidad es de 5.7 defunciones por cada 1000 habitantes⁹.

3.1 Esperanza de vida

En el pasado, vivían hasta los 70 años quienes habían resistido y superado los riesgos, a esta edad solo llegaban los que tenían varias probabilidades de sobrevivir varios años más⁴.

Hoy en día, el aumento de adultos mayores es consecuencia del incremento de la expectativa de vida, que se espera que alcance los 80 años en los hombres y casi los 85 en las mujeres para el año 2050 (figura 2)⁸.

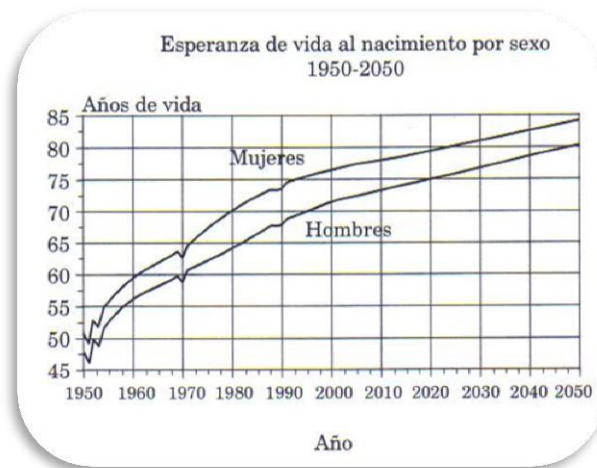


Figura 2 La gráfica muestra el incremento de la esperanza de vida, tanto de hombres, como mujeres; desde el año 1950 los hombres alcanzaban los 45 años y las mujeres los 50 años, hasta una estimación para el año 2050 que se espera que el hombre alcance los 85 años, y las mujeres los 80 años de edad.

Las mujeres son quienes más suelen asistir a los servicios de salud, además de que son quienes alcanzan las edades más avanzadas⁸.

En México, las acciones para promover la salud contribuyen a incrementar la esperanza de vida¹⁰.

3.2 Edades de interés geriátrico

En el estudio de la geriatría y la gerontología, se establecen edades que interesan estas disciplinas después de la infancia, adolescencia y edad adulta (Tabla 1)⁴.



LOS RETOS DE LA ODONTOLOGÍA FRENTE A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN MÉXICO.



45 a 60 años	Edad intermedia o presenil.	Aparecen los primeros signos de envejecimiento
60 a 70 años	Senectud gradual	Se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas propias de la edad
70 a 90 años	Vejez declarada	Las enfermedades se vuelven crónicas y pueden aparecer estados de minusvalidez
90 años	Longevidad	

Tabla 1 Etapas geriátricas.

3.3 Calidad de vida

Uno de los grandes problemas que representa el envejecimiento de la población en México es que 69.3% de la población de 65 años o más habita en municipios de nivel social bajo, con poco acceso a servicios de salud. Se deben establecer programas nacionales de envejecimiento exitoso que permitan tener estilos de vida saludables a la población⁸.

Una de las funciones de la odontología es mejorar o mantener la calidad de vida de las personas, ya que la mayor parte de las enfermedades bucodentales y sus consecuencias tienen efectos en el desempeño de las actividades de la vida diaria, como son comer, hablar, lavarse los dientes, relajarse, dormir, trabajar y disfrutar el contacto con la gente. El edentulismo y el uso de dentaduras mal adaptadas muestran un impacto negativo en la calidad de vida^{10,11}.



CAPÍTULO IV ASPECTOS DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento produce efectos diversos sobre los distintos sistemas del cuerpo en el mismo individuo. Los órganos del cuerpo no envejecen en el mismo grado².

En el humano se puede observar una disminución en la capacidad para tolerar cambios metabólicos, térmicos e infecciones, disminución en los diversos sentidos, como son gusto, olfato, tacto, visión, audición y un incremento en la aparición de enfermedades crónico-degenerativas. Se presentan cambios estructurales, como pérdida de elasticidad de la piel. Las capacidades mentales disminuyen y la capacidad reproductiva está reducida o desaparece⁶.

4.1 Hormonal

En la mujer normal la secreción de estrógenos y andrógenos por parte de las glándulas suprarrenales, se mantiene a un nivel adecuado tras cesar la menstruación, entre el 20 y 30% de las mujeres postmenopáusicas son afectadas por insuficiencia de hormonas sexuales. Ocasionalmente aparecen signos de una gingivitis escamosa, junto con atrofia de la capa queratinizada de la mucosa oral.

En el hombre viejo no hay un descenso cierto en la función o el número de células intersticiales de los testículos, que producen la hormona sexual masculina. La producción total de estrógeno permanece en el hombre relativamente constante en todas las edades⁶.

4.2 Nutricional

Los adultos mayores son más vulnerables a la desnutrición que los adultos jóvenes. Entre los factores fisiológicos que pueden causar problemas están las alteraciones del olfato y gusto, lo cual evita que los adultos mayores disfruten sus alimentos.



Pueden existir factores psicológicos, ya que muchos ancianos viven solos en sus casas, lo cual puede conducirlos a la depresión, pérdida del apetito y desnutrición¹².

Pacientes de edad avanzada necesitan una nutrición equilibrada, mediante una dieta regularizada. La nutrición es el resultado de complejos procesos fisiológicos: de la ingestión, absorción, acumulación, utilización y excreción de los alimentos. La deficiencia de la nutrición se relaciona con los cambios en la mucosa oral y características de lengua lisa, queilitis angular y atrofia. También son comunes sensaciones de gusto anormales y sensaciones de quemazón; causas probables son atrofia progresiva de los bulbos gustativos acelerada por deshidratación, por la deficiencia de complejo B, y de hierro⁶.

La alimentación es una necesidad básica que la persona tiene que llevar a diario. El adelgazamiento progresivo no deseado produce un empeoramiento funcional de los adultos mayores y aumenta el riesgo de presentar caídas, úlceras y aparición de infecciones. El aumento de peso conlleva problemas de movilidad, hipertensión, obesidad¹³.

El consumo adecuado de hierro es importante para la prevención de la anemia en la vida adulta, para la óptima función inmune y para la cicatrización de heridas. La capacidad de absorción del hierro disminuye en la vida adulta. La vitamina C favorece la absorción del hierro.

El calcio es necesario para mantener la masa ósea y reducir el riesgo de osteoporosis.

La vitamina D es importante en el mantenimiento de la mineralización ósea, y un consumo adecuado es necesario para minimizar la reducción en la densidad ósea relacionada con la edad y por lo tanto para prevenir la osteoporosis.

La vitamina B₁₂ es importante retrasa la aparición de la demencia.

El ácido fólico es una vitamina importante para las personas mayores y la deficiencia está asociada con la depresión y con el Alzheimer⁷.

4.3 Epitelial

La piel muestra los cambios de la edad más que otros tejidos, debido a que está expuesta. El tejido conectivo está menos vascularizado, y contiene menos células en la piel de los adultos mayores que en la de los jóvenes¹².

El efecto de edad sobre el aspecto de la piel puede observarse en todo el cuerpo, produciendo alteraciones de color y textura. La reducción de grasa subcutánea, más acentuada en la mujer, y la pérdida de la elasticidad de la piel determinan la formación de arrugas. La aparición de tales cambios en la cara y el cuello adquiere particular importancia desde el punto de vista estético.

A la edad de 30 años, suelen aparecer las arrugas sobre los párpados, la frente y el ángulo exterior del ojo, y entre la nariz y las comisuras de la boca. A medida de que pasan los años, estas arrugas se hacen más profundas y marcadas. Esto es debido a expresiones faciales habituales, de tensión y preocupación.

La piel varía su estructura según la zona. Algunos cambios que se consideran histológicamente como una desintegración y degeneración de las fibras elásticas, aparecen únicamente en la piel senil de zonas expuestas (figura 3)⁶.

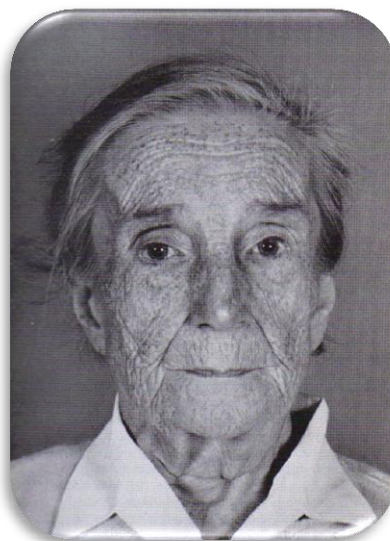


Figura 3 Deterioro de la piel relacionado con la edad.

4.4 Óseo

La talla total del cuerpo de un hombre puede llegar a disminuir de 10 a 12 cm después de los 70 años, debido principalmente a que el cuerpo se mantiene menos erecto y se produce una degeneración progresiva de las vértebras y en los discos cartilagosos intervertebrales. Puesto, que los cartílagos entre las vértebras se hacen más finos, muestran una tendencia a calcificarse parcialmente, de modo que las personas a esa edad, tienen mayor dificultad para inclinarse.

Al avanzar la edad, el esqueleto óseo del rostro puede sufrir atrofia. De modo que casi todas las medidas faciales se han modificado al llegar a la senectud.

A partir de los 35 a 40 años existen cambios en la densidad ósea, que aparece a medida de que aumenta la edad, este proceso tiene tendencia a ser más rápido en las mujeres.

Al comparar mandíbulas jóvenes y ancianas, se registran cambios producidos por la edad. La altura de la rama en la región del segundo molar es mayor en la persona vieja, pero más aún si hay dientes. El ángulo de la mandíbula en la persona mayor con dientes muestra, comparado con el del joven, una reducción aproximadamente de 3.5° (figura 4). El ángulo de la mandíbula senil edentula es alrededor de 10° menor que en el promedio de la persona joven sin dientes (figura 5)⁶.

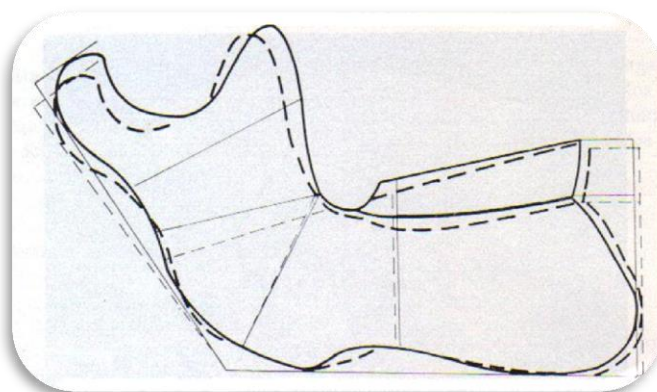


Figura 4 Comparación de radiografías de perfil de la mandíbula de varones de 25 años y de varones de 65 años con dientes. La línea punteada, representa al hombre de 25 años. La raya continua, representa al hombre de 65 años o más.

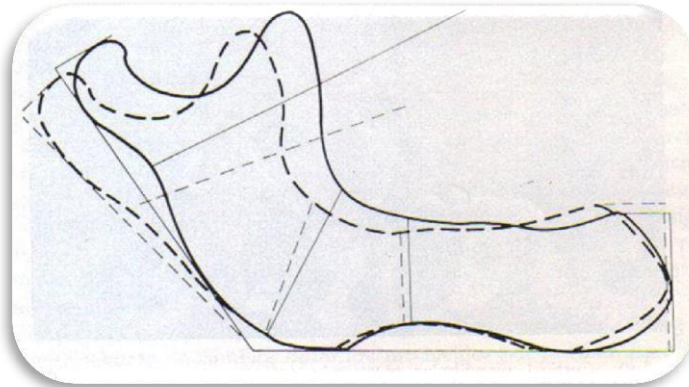


Figura 5 Comparación de radiografías de perfil de la mandíbula de varones y de varones de 65 años sin dientes. . La línea punteada, representa al hombre de 25 años. La raya continua, representa al hombre de 65 años o más.

4.5 Articular

Muchas de las lesiones arteriales, son observadas en la senectud, como es la arteriosclerosis, los procesos pueden estar relacionados con alteraciones en la estructura, tales como pérdida de tejido elástico, fibrosis.

Los principales cambios que se producen en las articulaciones temporomandibulares que afectan al cartílago articular⁶.

4.6 Muscular

El sistema muscular también se modifica a medida que se avanza en edad, muchas fibras musculares se reemplazan por tejido conectivo. Todo esto, junto con los cambios propios de los músculos, reduce la actividad muscular. Ello da lugar a la rigidez, inseguridad y contracciones espasmódicas que son características de los movimientos de las personas geriátricas.

El vigor muscular sufre un constante declive a partir de los 30 años y está relacionado tanto con la edad, como con el peso del cuerpo. Hacia los 65 años, la fuerza muscular de un hombre es aproximadamente 80% de la que corresponde a la edad comprendida entre los 20-30 años (figura 4)⁶.

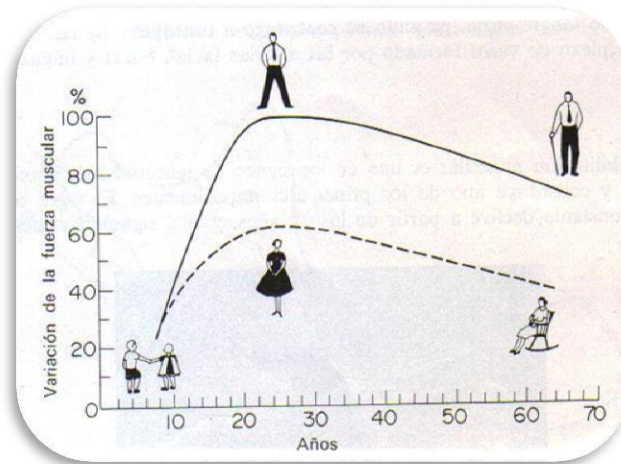


Figura 4 Gráfico donde se muestra la fuerza muscular media según la edad y el sexo. La mayor potencia registrada en varones se toma como el 100 %.

La reducción de las células musculares produce pérdida de la potencia del músculo. La alta fuerza muscular que se consigue con el ejercicio desciende en los ancianos (figura 5). El máximo rendimiento del ejercicio se produce entre los 20 y los 30 años⁶.

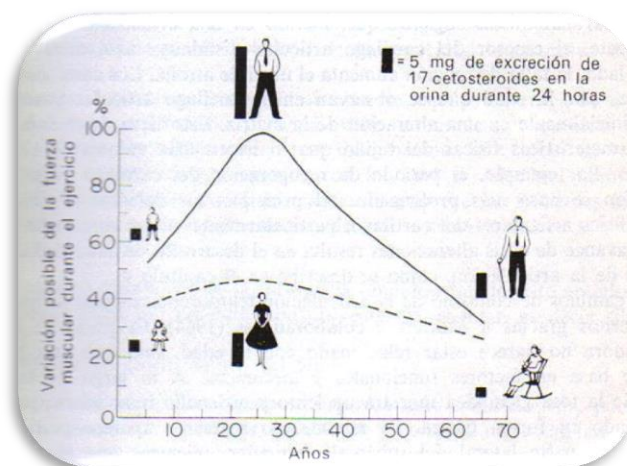


Figura 5 Gráfica que muestra la respuesta del entrenamiento de músculos en relación con la edad y el sexo. La mayor capacidad de entrenamiento se toma como el 100 % y sobre ésta se calculan todos los demás valores.

4.7 Saliva

La importancia de la saliva en el tratamiento de los pacientes de edad avanzada que al ingerir múltiples medicamentos pueden secar la boca como un efecto secundario.



LOS RETOS DE LA ODONTOLOGÍA FRENTE A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN MÉXICO.



La saliva ayuda a la deglución, la limpieza bucal, el habla, la digestión y el sabor. La saliva es estimulada por el olor, el gusto y la masticación.

Una boca seca puede afectar a la calidad de vida, ya que esto impide comer alimentos. La xerostomía es la sensación subjetiva de sequedad en boca. Una boca seca contribuye a la halitosis, sensación de ardor alrededor de la boca y lengua e intolerancia a los alimentos ácidos y picantes. Estas personas tienden a evitar alimentos crujientes o secos y alimentos pegajosos, mientras que los pacientes portadores de prótesis sin saliva es posible que pierdan la prótesis debido a la insuficiencia del sellado periférico.

El habla y dificultades para comer con la boca seca puede afectar las interacciones sociales⁷.

El volumen de saliva segregada y la concentración de constituyentes, como la amilasa, varían con la edad. Meyer en el año de 1937 registró un descenso de 75 % en las actividades de las enzimas en la saliva en individuos con más de 60 años, tanto en descanso como tras estimulación. La reducción del flujo salival y la resultante menor lubricación de los tejidos bucales afecta tanto a la movilidad de la lengua como a la facilidad para digerir alimentos.

La viscosidad es menor en personas en las personas viejas. La secreción disminuida de saliva va unida a la atrofia de las células secretoras.

Normalmente las glándulas palatinas contribuyen a la lubricación oral. Estas glándulas están distribuidas por el paladar duro y blando. Inicialmente el índice de secreción es mayor en las mujeres y el descenso proporcional es mayor en el hombre⁶.



CAPÍTULO V ENFERMEDADES MÁS COMUNES PRESENTES EN EL ADULTO MAYOR

El control de la natalidad y el aumento en la expectativa de vida, son los aspectos más importantes relacionados con el envejecimiento poblacional universal. Ello trae como consecuencia una la necesidad de mejores servicios de salud que se encarguen de atención de enfermedades dependientes de la edad como la Osteoporosis, la Hipertensión Arterial y las demencias, entre otras. El correcto diagnóstico y el tratamiento adecuado en cada una de las situaciones clínicas son fundamental en la práctica médica¹⁴.

La Organización mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2020 los padecimientos crónicos junto con los desórdenes de salud mental y las lesiones representaran el 70% de las necesidades de salud en países como México³.

El envejecimiento, asociado con las enfermedades sistémicas, puede traer alteraciones en la mucosa bucal, en el hueso alveolar y en la saliva. Además, puede influenciar en los movimientos mandibulares y en la alimentación del individuo, interfiriendo así en su estado nutricional¹⁵.

5.1 Obesidad

La obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes, enfermedad cardiovascular, hipertensión, y cierto tipo de canceres principalmente. La consecuencia de la obesidad, es debido a que eligen los alimentos suaves de fácil masticación, poco nutritivos y altos en energía, favoreciendo a la malnutrición y de esta forma la presencia de alteraciones en la salud bucal y general¹¹.

Se estima que 90 % de los casos de diabetes mellitus tipo II son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y multicausal, no exclusiva de países económicamente desarrollados, que involucra a todos



los grupos de edad, de distintas etnias y de todas las clases sociales. Esta enfermedad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. En la actualidad, México y Estados Unidos, ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta (30 %), la cual es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea (4 %). La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos, y un descenso en la actividad física¹⁶.

5.2 Hipertensión arterial

Durante el envejecimiento existen modificaciones anatómicas y funcionales del sistema cardiovascular que originan variaciones de la presión arterial.

En la edad presenil y senil la presión ideal deberá ser de 160/90. La hipertensión puede depender de numerosos factores, como edad, sexo, hábitos de vida, herencia, etnia, dieta, etc.

Al inicio, la hipertensión arterial es asintomática y bien tolerada. El odontólogo debe tener siempre en cuenta la común manifestación clínica de la hipertensión, entre los síntomas son los vértigos, dolor de cabeza, trastornos visuales, e insomnio.

En el paciente hipertenso, arterioesclerosis tiende a aparecer con más gravedad que en un paciente sano. Generalmente, en ausencia de implicación renal o cardíaca, los procedimientos quirúrgicos son bien soportados por el paciente hipertenso.

En pacientes en estado hipertenso que también son nerviosos o hiperactivos, es conveniente utilizar un sedante la noche anterior al tratamiento dental^{4,6}.

La hipertensión arterial ocupa el primer lugar de morbilidad en México¹⁷. Se estima que 1 de cada 2 personas mayores de 65 años de edad reporta hipertensión³.



5.3 Diabetes

La diabetes mellitus es un importante problema de salud pública, que es ocasionada por defectos en la acción o secreción de la insulina, o por ambos procesos.

En México los estados con más prevalencia son los del norte del país. La diabetes mellitus es la más común y representa entre 90 y 95 % de los casos registrados en el mundo.

La diabetes es cada vez más frecuente en edad avanzada. En los adultos mayores los primeros síntomas que presenta esta enfermedad consisten en: sed, pérdida de peso, hormigueo de las extremidades; y posteriormente el paciente puede presentar disminución de la visión por cataratas, gangrena en los dedos de los pies. Se puede llegar a presentar coma agudo cuando el adulto mayor surge con alguna infección generalizada, en estos casos es probable que existan dolores abdominales, vómitos, deshidratación y pérdida rápida de la visión.

Cualquiera de estos signos se debe llevar a cabo un análisis de orina y una estimación de azúcar en la sangre.

En la diabetes senil que es tratada el pronóstico no suele ser grave, y con frecuencia es posible controlarla sólo con dieta. Cuando hay complicaciones el pronóstico puede agravarse, incluso porque la terapéutica (insulina) resulta difícil y la posibilidad de recuperación es muy escasa.

La diabetes incontrolada está relacionada con deficiencia del complejo B. En la cavidad bucal puede presentar una rápida aparición de lesiones gingivales, infecciones en tejidos duros y blandos, sequedad de la boca (xerostomía), sensación de quemazón en los labios, lengua y paladar, y pérdida de papilas filiformes de la lengua, prevalencia de candidiasis.

Las complicaciones que se pueden presentar en la diabetes pueden ser tuberculosis, cistitis, infecciones de piel y mucosa, aterosclerosis, infarto del miocardio, vasculopatías, hemorragias en piel y mucosas, osteoporosis, artrosis, osteítis, cirrosis, etc^{3,4,6}.

Los pacientes con diabetes mellitus pueden presentar hipertrofia grasa en las zonas de inyección de insulina, candidiasis y alteraciones de tipo isquémico (figura 6)²⁴.



Figura 6 Paciente que presenta úlcera perforante, ocasionada a la diabetes.

5.4 Osteoporosis

La osteoporosis se define como la pérdida de la masa ósea, que cuando no es prevenida o tratada progresa hasta la fractura de algún hueso.

La osteopenia es la disminución de hueso., que a diferencia de la osteoporosis, esta no incrementa el riesgo a fracturas óseas. En el caso de los adultos mayores la osteoporosis es más frecuente. Para el diagnóstico de esta enfermedad se realiza la densitometría ósea, la cual mide la densidad del hueso.

Se ha estimado que existen aproximadamente 8 millones de mujeres que padecen osteoporosis, y hasta 22 millones tiene osteopenia. Debido al incremento de adultos mayores, aumentará la enfermedad, estimándose que para el año 2020, existan 14 millones de hombres y mujeres que padezcan osteoporosis y hasta 48 millones tendrán osteopenia.

Los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad se relacionan con el estilo de vida, tales como una baja ingesta de calcio y vitamina D, y por lo tanto una disminución en la fijación de calcio en los huesos. Existen medicamentos como los esteroides, cuyo uso crónico puede desembocar en osteoporosis y fracturas secundarias.

La osteoporosis se refiere generalmente a como una enfermedad propia de las mujeres, estudios epidemiológicos han encontrado que



aproximadamente 30% de las fracturas de cadera y 20% de las fracturas vertebrales por osteoporosis aparecen en los hombres.

El aporte de calcio mediante la dieta solventa este problema. Asimismo, la exposición a los rayos solares también mejora el metabolismo de la vitamina D.

En México se realizan campañas de detección temprana de osteoporosis mediante la densitometría ósea.

El ejercicio es beneficioso en el tratamiento de la osteoporosis y, sobre todo, en la prevención de fracturas, ya que incrementa la fuerza muscular, mejora el balance y, por lo tanto disminuye la frecuencia de caídas.

El adecuado consumo de calcio y de vitamina D, así como la exposición moderada a los rayos solares pueden llegar a prevenir la presentación de esta enfermedad en adultos mayores.

Las complicaciones consisten principalmente en fracturas y tiene un papel importante en los adultos mayores, ya que implica la pérdida de la movilidad o la limitación de las actividades básicas del individuo.

El tratamiento puede llevar a la mejoría de la calidad y densidad ósea, disminuyendo la probabilidad de presentación de fracturas³.

La osteoporosis senil es una patología que es más frecuente en mujeres posmenopáusicas; se intensifica en la vejez.

Los síntomas son dolor, sobre todo en las regiones dorsal y lumbar de la columna, con intensidad particular en la menopausia.

La desmineralización se aprecia en las radiografías solo cuando la pérdida de calcio es de 30-40%⁴.

5.4 Alteraciones mentales

El deterioro más común que padecen los adultos mayores es la pérdida de la memoria.

La falla de la memoria puede ser afectada por los cambios propios del envejecimiento, pasando por el deterioro cognitivo leve, hasta la demencia. Uno de los cambios más reconocidos que suceden con el envejecimiento es que los procesos mentales se vuelvan más lentos. La



velocidad con la que ocurran estos procesos va a depender de los órganos de los sentidos, atención, procesamiento central, y respuesta motora. También se presenta disminución en la memoria a corto plazo.

La pérdida de la memoria es un trastorno que se relaciona con un incremento en el riesgo de desarrollo del Alzheimer. De los pacientes que empiezan con pérdida de la memoria de 10 a 15% por año evolucionan a padecer Alzheimer.

La demencia senil es un síndrome adquirido, con evolución crónica, de deterioro en la memoria que afecta a la realización de las actividades de la vida diaria, caracterizado por una declinación progresiva del funcionamiento cerebral y que se manifiesta por deterioro intelectual, alteraciones de la conducta y mal humor, así como cambios en la personalidad. El paciente pierde interés, tiene menos respuestas y pierde el sentido de emoción, alterándose más fácilmente.

La principal distinción entre un envejecimiento normal y la demencia senil es la rapidez y grado de deterioración, y una mortalidad más elevada en la fase psicótica.

Un estudio en la Ciudad de México muestra que la prevalencia de demencia se acerca a 5% en los mayores de 65 años, incrementándose hasta 45% en los mayores de 80 años de edad^{3,6}.

Las medidas preventivas van dirigidas a evitar el estrés psicológico y estimular el interés por pasatiempos, actividades sociales, culturales⁴.

La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer es dependiente de la edad y se incrementa al doble cada 5 años a partir de los 60 años de edad. Se ha encontrado que la prevalencia es mayor en los asilos.

Los principales signos para diagnosticar esta enfermedad es disminución de la memoria reciente que afecta el desempeño en el trabajo, problemas del lenguaje, desorientación en tiempo y lugar, disminuida capacidad de juicio, extraviar cosas, cambio de ánimo o del comportamiento, cambios de personalidad.

La enfermedad de Parkinson es un padecimiento del sistema nervioso, se estima que el 1% de los adultos mayores lo padecen, es una enfermedad degenerativa en la cual existe la dificultad de coordinar bien los movimientos del cuerpo. Hay rigidez en los músculos, espalda encorvada y temblor contante en las manos. En algunos casos, la expresión verbal también se dificulta. Según estudios el Parkinson es más frecuente en hombres que en mujeres. En medida que aumenta la enfermedad la persona puede presentar agresividad hacia otras personas, dificultad de entender lo que sucede en su entorno, y su caminar se vuelve más difícil ocasionado pérdida del equilibrio y caídas (figura 7)⁰.

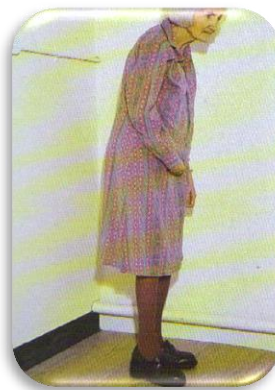


Figura 7 Complicaciones del Parkinson como la inestabilidad postural y la delgadez ²⁴.

5.5 Depresión

La ansiedad y la depresión pueden ser consideradas como indicadores o síntomas que reflejan la calidad de vida, modificando la percepción y significado que el adulto mayor tiene de su vida¹⁸.

Junghans y Espino (1998) muestran una incidencia de depresión en adultos mayores de 24%-49%.

Pando Moreno (2001) vio una prevalencia de depresión de 36% en adultos mayores, en Guadalajara, Jalisco, con 43% en mujeres y 27% en hombres. Los factores de riesgo más comunes son la falta de actividad laboral, el estado civil y, la edad avanzada en los grupos de 80 a 84 años.

Tapia-Mejía (2000) vieron que los niveles de depresión en adultos



LOS RETOS DE LA ODONTOLOGÍA FRENTE A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN MÉXICO.



mayores con una discapacidad física que resulta un nivel mayor de dependencia, son de 32.5% para una depresión leve, 44.5% para una depresión media y 2.5% para una depresión severa.

Bello (2005) observó una prevalencia de depresión en adultos mayores a nivel nacional de 4.5%, con 5.8% en mujeres y 2.5% en hombres. La prevalencia de depresión sube conforme la edad avanza y baja con niveles de educación más altos.

Mejía-Arango (2007) vieron que la probabilidad de deterioro cognitivo sumado a la dependencia funcional es mayor entre las mujeres, y aumentó con la edad; fue menor en los sujetos casados y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardíaca y depresión. García-Peña (2008), en un estudio de 7 449 adultos mayores en la Ciudad de México, notaron una prevalencia de depresión mayor de 13.2% con 1 de cada 8 adultos mayores mexicanos con síntomas de depresión mayor.

Zavala y Domínguez (2009) destacaron una asociación entre disfunción familiar y depresión, así como también se relacionaba con un bajo nivel educativo y la soledad. Gallegos-Carrillo (2009) observan que existe una disminución importante en la calidad de vida de adultos mayores que tienen depresión y más en los que también tienen enfermedades crónicas. Cuando una persona tiene un trastorno depresivo, éste interfiere con su vida cotidiana, su desempeño normal y ocasiona dolor y sufrimiento no sólo a quien lo padece, sino también a todos sus seres queridos.

Las personas que han tenido un episodio de depresión grave ven la experiencia como algo que afectó todas sus percepciones.

La depresión es una enfermedad, no es una cosa de voluntad, ni un proceso normal del envejecimiento.

El trastorno depresivo grave, se caracteriza por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar actividades que antes resultaban placenteras. La



depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad.

No todas las personas con enfermedades depresivas padecen los mismos síntomas. La gravedad, la frecuencia, y duración de los síntomas puede variar según la persona. Los síntomas más comunes son: sentimientos de tristeza, pérdida de interés en actividades que antes disfrutaban, ausencia de sentimientos, además de, incomodidades físicas que no se alivian ni siquiera con el tratamiento, como malestares persistentes, dolores de cabeza o problemas digestivos³.

La depresión senil se acompaña de involución cerebral, se trata de un déficit mental irreversible; intervienen muchos factores psicológicos típicos de la edad, que van desde el significado social, hasta la crisis de la jubilación y el aislamiento progresivo con pérdida de la propia identidad.

En los síndromes depresivos del anciano dominan la sintomatología una triada característica: dificultad del pensamiento, depresión del ánimo y disminución psicomotriz. Aparecen ideas delirantes de tipo hipocondriacas, de rutina, pobreza, culpa o persecución y manifestaciones de irritabilidad.

Los pacientes tienden con frecuencia al agotamiento, por pérdida del apetito y rechazo de alimentos⁴.

5.6 Alcoholismo

Es la más frecuente de las toxicomanías del anciano, que a menudo se refugia en el alcohol para huir de la realidad, el aislamiento y la marginación. El abuso se inicia entre los 30 y 50 años y lleva progresivamente al alcoholismo crónico, con graves consecuencias en el sistema nervioso e hígado y así mismo el estado psíquico, con trastornos de la conducta y el carácter, cuadros alucinatorios, desintegración de la personalidad y por último la demencia. Al parecer la frecuencia del alcoholismo es menor en quienes viven en familia⁴.

Una de las consecuencias del abuso del consumo de alcohol es el riesgo de padecer cáncer bucal y faríngeo, el cual va aumentando con la edad¹⁹.



CAPÍTULO VI SALUD BUCAL EN PACIENTES GERIÁTRICOS

En Latinoamérica los individuos mayores de 60 años tienen una deficiente salud bucodental, visitan con menor frecuencia al dentista y pierden los dientes., no como efecto de la edad, sino por la aparición de enfermedades crónicas mal controladas y una higiene bucal deficiente.

El estado bucodental es el bienestar físico, psicológico y social en relación con el estado de la dentición, así como tejidos duros y blandos de la cavidad bucal.

Los dientes de los adultos mayores están expuestos a niveles altos de microorganismos, ya que existe disminución de la protección que proporciona el flujo salival y a consecuencia de los múltiples medicamentos que frecuentemente se prescriben en esta población, por consiguiente aumenta el riesgo de presentar diferentes padecimientos bucales, con repercusiones en su calidad de vida.

Las enfermedades bucodentales manifiestan disfunción, falta de bienestar y discapacidad.

La condición nutricional reducida tiene repercusiones notables en la salud de la población geriátrica, debido a que esto antecede al desarrollo de la afección dental. Las condiciones dentales afectan a los adultos mayores en la selección de alimentos, consumo y calidad nutricional, por lo que mantener una dentición natural y funcional requiere una dieta saludable¹⁰.

Los problemas bucales pueden tener un gran impacto en la nutrición, comunicaciones y las interacciones sociales a cualquier edad, pero a medida de que aumenta la debilidad, el abandono bucal puede contribuir a condiciones que amenazan la vida tanto en el sistema respiratorio, cardiovascular y endocrino^{7,20}.

Existen cambios normales de envejecimiento en la boca como es pérdida de la elasticidad de la mucosa asociada con la edad, tejido de la submucosa y sensibilidad táctil alrededor de la boca. La sensación del



gusto también disminuye un poco, al igual que la más y la fuerza de los músculos de la mandíbula. Dentro de la pulpa de los dientes vitales, hay una disminución en el número de vasos sanguíneos. Hay una ligera reubicación de la inserción periodontal y la pérdida de soporte óseo alrededor de los dientes. Las superficies de los dientes muestran signos de desgaste, debido a la masticación, así como cambio de color de los dientes.

Existe una tendencia fácil a la resequedad y procesos inflamatorios, lo cual depende de la atrofia de la mucosa bucal y de las glándulas salivales.

Las personas con dentición deficiente tienden a seleccionar los alimentos blandos, y debido a que muchos de ellos han perdido los dientes por caries, pueden tener una preferencia también por los alimentos dulces. Los adultos mayores con discapacidad suelen tener inflamación de la mucosa gingival y periodontal debido a la dificultad con la higiene bucal, y tienen dificultades para manejar las prótesis debido a sus músculos oro faciales se han debilitado^{4,7}.

Con la edad, el esmalte y la dentina sufren cambios por efecto de la creciente mineralización y el depósito de elementos químico. A pesar de su mayor dureza, el uso cotidiano de una dentición natural produce progresiva atrición dental^{6,21}.

6.1 Pérdida dental

En la actualidad los adultos mayores se presentan con los dientes restaurados o perdidos a causa de los trastornos de la caries durante muchos años⁷.

Las principales enfermedades que afectan a los adultos mayores son la caries dental y las enfermedades periodontales y como consecuencia presentan un alto porcentaje de dientes perdidos. Estas enfermedades son influenciadas por factores como la edad, género, enfermedades sistémicas, consumo de múltiples fármacos, factores socio demográficos (urbanización, estado socioeconómico bajo), forma de vida (fumar,

consumo de alcohol, visitas dentales irregulares), factores psicológicos y sociales (depresión, tensión, aislamiento social) y carencia de servicio dental¹³.

Más del 90% de las extracciones son atribuidas a la caries y a la periodontitis (figura 8).



Figura 8 Paciente que presenta caries dental y periodontitis, lo que impide masticar adecuadamente los alimentos, malnutrición, anemia, estomatitis y úlceras bucales²⁴.

En el aumento de la actividad de la caries en el adulto mayor influye que existe una menor higiene dental. Los factores retenedores de placa, tales como obturaciones mal ajustadas, superficies radiculares expuestas, superficies de dentina desgastadas y mal posición dental contribuyen a acelerar los procesos cariosos. Este tipo de desmineralización del tejido puede ser muy rápido y destrozar un diente sano en menos de un año (figura 9). Esto ocurre, cuando se produce un repentino y fuerte aumento en la cantidad de sacarosa ingerida. Muchas personas mayores, comienzan a saborear caramelos para aliviar la sensación de sequedad en la boca⁶.



Figura 9 Caries cervical del cuello del diente. Este tipo de caries es más frecuente en adultos mayores. Paciente de 83 años.



LOS RETOS DE LA ODONTOLOGÍA FRENTE A UNA POBLACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS EN MÉXICO.



Por falta de dentición, pero así mismo por las alteraciones de los músculos y las articulaciones, aparecen repercusiones en las funciones digestivas y la nutrición⁴.

La pérdida de los dientes naturales puede limitar la gama de alimentos consumibles¹⁰.

A fin de evitar la pérdida dental, son importantes la higiene dental para conservar la dentición, el uso de prótesis adecuadas y la vigilancia constante de las mucosas⁴.



CAPÍTULO VI MANIFESTACIONES PATOLÓGICAS MÁS FRECUENTES RELACIONADAS CON LOS PACIENTES DESDENTADOS

Las prótesis constituyen una alternativa para la pérdida de la dentadura, debido a los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal y, en especial, la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad²².

Existen trastornos relacionados con la colocación de dentaduras completas, y la frecuencia de lesiones o factores iatrogénicos predisponentes por esta causa.

Las prótesis totales tienen un periodo de eficiencia limitado que está sujeto a los cambios y cuidados de los tejidos de soporte para que éstos no se conviertan en factores patógenos.

Las bases protésicas son realizadas de resinas acrílicas termopolimerizables, resinas de fraguado lento o acondicionadores de tejidos.

Mientras mayor sea la permanencia del material en la boca, más profunda es la penetración de los microorganismos en el interior de esto se favorece con el déficit de higiene de las prótesis, el uso nocturno de las mismas¹.

La presencia de *Cándida albicans* en la superficie interna de las bases protésicas, ya que estas presentan espacios o nichos que permiten la acumulación de restos alimenticios, microorganismos y células muertas, constituyéndose así la placa bacteriana²³.

6.1 Lesiones de tejidos blandos

Las superficies constituidas por tejidos blandos en la cavidad bucal son la parte vestibular de los labios y los carrillos, el piso de la boca, la lengua, la

mucosa, las zonas de los paladares duro y blando, el istmo de las fauces y la oro faringe.

El epitelio de revestimiento es de tipo escamoso estratificado. Su espesor es mayor que el del epitelio cutáneo. La queratinización sólo afecta las zonas más expuestas a la fuerza de la masticación como el epitelio de la mucosa, el paladar duro y el dorso de la lengua¹.

6.1.1 Hiperplasia papilar

Lesión benigna que se localiza en la mucosa del paladar duro en portadoras de dentaduras completas superiores (figura 10). Permanecer con la prótesis en la boca durante la noche aumenta el riesgo de estas afecciones, las cuales son más frecuentes en el sexo femenino.

Los factores etiológicos son¹:

- Prótesis totales superiores desajustadas
- Usos prolongados de la prótesis (noche)
- Higiene bucal y protésica deficiente
- Disminución de la secreción salival

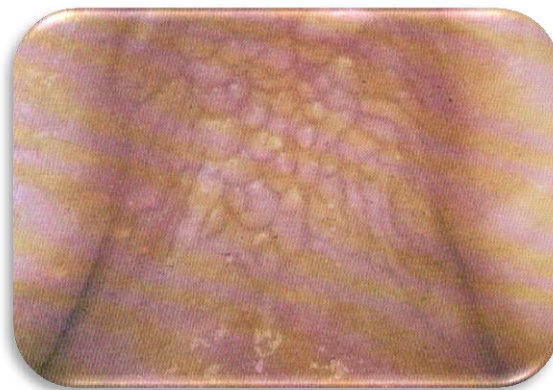


Figura 10 Hiperplasia Papilar, localizada en el paladar duro en personas portadoras de dentaduras completas superiores.

6.1.2 Úlceras traumáticas

Estas lesiones son ocasionadas por prótesis y bordes dentarios cortantes. Se produce una zona eritematosa, cuyos límites corresponden a los del agente que produce la agresión; después se lesiona y aparece como una

ulceración cubierta de fibrina con los bordes enrojecidos y agrandados, muy dolorosa, debido a que la sintomatología es aguda el paciente se encuentra en la etapa de adaptación, el problema se resuelve con desgaste en la prótesis.

Si el traumatismo es leve, y provoca pocas molestias, las úlceras se adaptan bajo la irritación. La mucosa se observa irritada, eritematosa; comenzando a engrosar, hipertrofiando, hasta llegar a producirse tumoraciones diagnosticadas como fibromas. Éstas tienen una zona de implantación alargada en el fondo del vestíbulo, con una ulceración central, frecuentemente colonizada por *cándida* (figura 11)¹.



Figura 11 Úlcera traumática localizada en el borde residual superior.

El tratamiento que debe seguirse incluye eliminar la causa traumatizante y aplicar antiséptico, eventualmente algún anti fúngico, como la nistatina. Si la lesión es pequeña se realiza la biopsia (figura 12); si la lesión es grande para llegar a un diagnóstico, se realiza la citología exfoliativa, que diagnostica si la lesión es benigna o maligna¹.

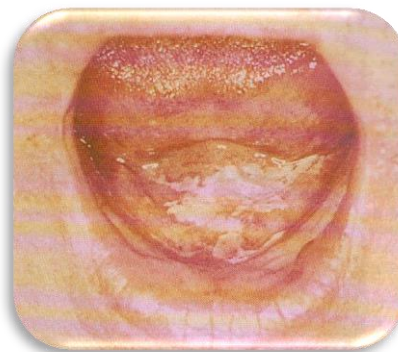


Figura 12 Se realizó la biopsia del tejido hipertrofiado para examen histopatológico.

Las úlceras traumáticas de la mucosa de la cavidad bucal generalmente se asocia con dentaduras completas con muchos años de uso sin recibir adecuada revisión y los cuidados periódicos de los tejidos de soporte¹.

6.1.3 Hiperplasia marginal

Lesión gingival también llamada *épuhis fisurado*, es generalmente asintomático y se asocia a la irritación crónica de bordes periféricos sobre extendidos o desadaptados de una dentadura completa sobre el epitelio del surco vestibular, por resorción del reborde alveolar (figura 13)¹.



Figura 13 Hiperplasia marginal en el vestíbulo labial inferior producida por prótesis.

El epitelio del fondo vestibular reacciona a la irritación produciendo tejido hiperplásico de reparación, el cual ocasiona una serie de pliegues ulcerosos. El tejido prolifera en la zona del surco entre el contorno periférico de la prótesis y la mucosa vestibular, reteniendo residuos alimenticios.

Existen dos tipos de hiperplasia marginal: la fibromatosa y la papilomatosa. La patogenia de ambas depende de la rapidez de su evolución, del diseño y la acción del borde periférico, de los movimientos funcionales.

El tratamiento consiste en retirar la prótesis que causó la lesión o desgastar el borde periférico incrustado en la zona hipertrófica a fin de

permitir el descanso de los tejidos y su recuperación. El descanso de los tejidos debe permitir la cicatrización completa de la lesión.

La cirugía seguida por la sutura logra disminuir la profundidad del vestíbulo. Las dentaduras completas en uso deben ser correctamente rebasadas y ajustadas, corrigiendo el esquema oclusal con balance bilateral, esto evita que la lesión tenga tendencia a la recidiva¹.

6.1.4 Estomatitis protésica

La etiología de esta lesión se debe a factores traumáticos, tóxicos, microbiológicos, alérgicos y sistémicos (figura 14)¹.

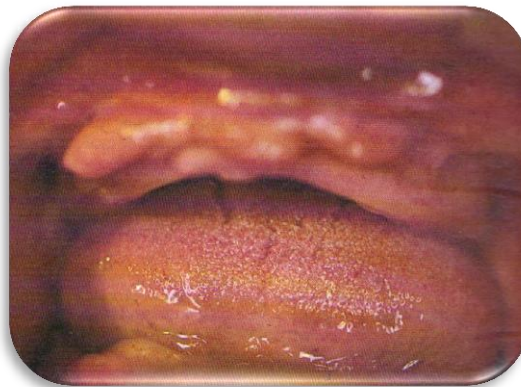


Figura 14 Estomatitis protésica localizada en el proceso alveolar superior.

Newton (1962) clasificó la estomatitis protésica de la siguiente forma:

- Tipo I. Es una inflamación simple localizada, incluye puntos de hiperemia e inflamación difusa de un área limitada de la mucosa palatina.
- Tipo II. Una inflamación simple más generalizada, incluye un eritema difuso en la mayor parte o en la totalidad de la mucosa de soporte.
- Tipo III. Es una inflamación de tipo granular.

Para el tratamiento de la estomatitis protésica existen fármacos inespecíficos, como el azul de metileno o la violeta de genciana¹.

6.1.5 Queilitis angular

La lesión consiste en una serie de manifestaciones inflamatorias, erosivas, ulcerosas y costrosas situadas en los ángulos de la boca (figura 15). La causa de dichas lesiones se ha atribuido a múltiples factores: enfermedades sistémicas, deficiencias nutricionales, disminución de la distancia maxilomandibular, prótesis completas inadecuadas o estímulos irritativos locales; y las de origen alérgico a fármacos, cosméticos, acrílicos, etc.

Los pacientes tratados con anti fungicidas presentan una desaparición de las lesiones al cabo de seis días de tratamiento¹.

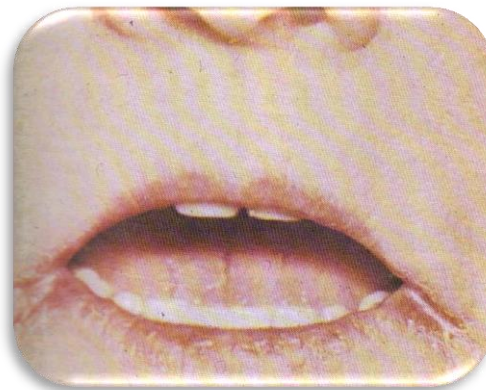


Figura 15 Paciente que presenta Queilitis angular, localizada en las comisuras labiales.

6.1.6 Hiperplasia fibrosa

Esta afección es consecuencia de la resorción del reborde residual ante una dentadura completa desajustada debido a las fuerzas oclusales desequilibradas y constates en una zona localizada (figura 16)¹.



Figura 16 Palpación instrumentada de los bordes de reborde alveolar del maxilar y mandíbula, los cuales están atróficos en "filo de cuchillo".

También puede presentarse el traumatismo ocasionado por fuerzas excesivas; se localiza en la región anterior a consecuencia de una dentadura completa superior que ocluye contra una prótesis parcial, donde se ha presentado resorción bajo sus bases de soporte. Las fuerzas excesivas anteriores también llegan a presentarse cuando se emplean dientes anteriores de porcelana con dientes posteriores de resina. La escasa resistencia al desgaste de la resina causa una hiperoclusión de los dientes anteriores de porcelana (figura 17).

El tratamiento requiere de escisión quirúrgica o vestibuloplastía. Este procedimiento quirúrgico puede incluir además injertos¹.



Figura 17 Hiperplasia fibrosa, causada por las fuerzas excesivas de los dientes anteriores de porcelana.

6.2 Lesiones de tejidos duros

Un requerimiento del soporte ideal es la presencia de tejidos que sean resistentes a los cambios de remodelado y resorción ósea. Las dentaduras completas dentomucosoportadas reducen la pérdida de hueso, se debe tener consideración para el mantenimiento de la altura del reborde alveolar en la dentadura completa convencional del paciente.

El disminuir las presiones en aquellas regiones que son más susceptibles y dirigir las fuerzas hacia las regiones resistentes a la resorción pueden ayudar a mantenerlos rebordes residuales sanos¹.



CONCLUSIONES

- Debe existir mayor número de servicios médicos, con mejor calidad de atención para la población mexicana adulta, ya que en la actualidad estos son insuficientes, debido al incremento de población que se estima vaya en aumento.
- Los hábitos que ha adquirido la persona a lo largo de su vida, influyen en mejorar, o agravar su esperanza de vida.
- Es necesario un mayor control de enfermedades crónico-degenerativas, desde el primer nivel de atención; con esto se podrá mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, y se reducirán costos de atención.
- En la odontología geriátrica es indispensable que se escuchen las necesidades del paciente, para que él se sienta cómodo con su tratamiento, ya que esto beneficiara para que el individuo se desarrolle en el entorno social, en que se encuentre.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ozawa JY. Estomatología geriátrica. 1ª edición, México. Editorial Trillas; 1995.
2. Avila FM. Definición y objetivos de la geriatría. El residente 2010, 5(2): 49-54.
3. Robledo L, Lugo A, Pérez U, et al. Envejecimiento Humano, una visión transdisciplinaria. 1ª edición, México 2010 Instituto de Geriatría.
4. Nicola P. Geriatría. 1ª edición, México. Editorial Manual Moderno, 1985.
5. Coni N. Geriatría. 3ª edición, México. Editorial Manual Moderno, 1990.
6. Franks AS. Odontología geriátrica. 1ª edición, España. Editorial Labor, 1976.
7. MacEntee M, Muller F, Wyatt C. Cuidado de la salud bucal y el anciano frágil. 1ª edición, México. Editorial Amolca, 2012.
8. Gutiérrez LM, Avila FM, Montaña M. La geriatría en México. El residente 2010, 5(2): 43-48.
9. Hallado en: <http://www3.inegi.org.mx/>
10. Sánchez S, Juárez T, Reyes H, et al. Estado de la dentición y sus efectos en la capacidad de los ancianos para desempeñar sus actividades habituales. Salud pública de México 2007, 49(3): 173-181.
11. Esquivel R, Jiménez J. The effect of the use of dental prostheses on perceptions of oral health. ADM 2012, 69(2): 69-75.
12. Bates JF, Adams D, Stafford G. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. 1ª edición, México. Editorial Manual Moderno, 1986.
13. Casanovas M, Fernández I, Padró L, et al. Alimentación y Alzheimer. 1ª edición, Barcelona. Editorial ACV, 2004.



14. García M, Rascovsky K, Montalvo Mc, et al. Diagnóstico clínico de las demencias. 1ª edición, Bogotá. Editorial Elsevier, 2000.
15. Lima C, Zardo F, Sgavioli EM, et al. La influencia de factores sistémicos en el uso de prótesis totales. Revista cubana de estomatología 2009, 46(1): 1-10.
16. Barrera A, Rodríguez A, Molina MA. Escenario actual de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2013, 51(3): 292-299.
17. Pichardo A, Fernández B, Nieto P, et al. Morbilidad y Mortalidad encontrada en la clínica de geriatría del hospital general de México. Archivo Geriátrico 2002, 5(3): 77-80.
18. Flores M, Cervantes G, González G, et al. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. Revista de psicología IMED 2012, 4(1): 649-661.
19. Cohen H. Valoración odontológica y médica en el paciente geriátrico. Revista cubana de estomatología 2009, 45(3): 65-68.
20. Sáez R, Carmona M, Jiménez Z, et al. Oral changes in the older adult. Revista cubana de estomatología 2007, 44(4): 1-10.
21. Divaris K, Ntounis A, Marinis A, et al. Loss of natural dentition: multi-level effects among a geriatric population. The Gerodontology Society and John Wiley & Sons 2012, 29: 192-199.
22. García B, Benet C, Castillo E. Dental prosthesis and buccal lesions in the elderly. Revista cuba de estomatología 2009, 32(2): 60-63.
23. Lee X, Gómez L, Vergara C, et al. Association between Presence of Candida Yeasts and Elderly Patient Factors with and without Denture Stomatitis. Int. J. Odontostomat 2013, 7(2): 279-285.
24. Kamal A. Ilustraciones diagnosticas en Medicina geriátrica. 1ª edición, España. Editorial Interamericana McGraw Hill, 1991.