

## **SALUD ORAL DEL PACIENTE ADULTO MAYOR**

Cuando se hace mención a las enfermedades que pueden afectar al adulto mayor, suelen venir a la mente una serie de sistemas que pueden estar comprometidos. Es así como casi en forma automática, se recuerdan el sistema cardiovascular, músculo esquelético y genitourinario entre otros, olvidando comúnmente uno, que en cualquiera de sus estructuras puede comprometer en diversos grados la salud oral del adulto mayor: el sistema estomatognático.

El sistema estomatognático está definido como un grupo de órganos que participan en importantes funciones como son la masticación, deglución y fonación, que está integrado por diversas estructuras compartiendo un pequeño territorio. Así en él encontramos huesos, músculos, articulaciones, glándulas salivales, dientes, mucosas y piel.

Probablemente debido a su pequeña extensión y a que con poca frecuencia puede llegar a comprometer la vida del paciente, a es relegado es a un segundo plano y hasta omitido del examen rutinario.

A pesar de que la salud oral del paciente adulto mayor está determinada por diversos factores tanto propios como ambientales, es un útil indicador de los cuidados odontológicos recibidos por el paciente durante toda su vida. Al respecto, hoy se sabe que en un alto porcentaje, la población geriátrica presenta condiciones de salud oral bastante precarias, reflejadas en el hecho de que la condición de mayor prevalencia es la ausencia de todos los dientes o edentulismo total.

La patología que es posible encontrar en la boca del adulto mayor es variada, pero claramente existen cuadros más frecuentes, que debieran orientar en cuanto al énfasis preventivo y al tratamiento de elección. Como todo sistema, éste puede presentar alteraciones de orden degenerativo, patología tumoral, traumatismos y enfermedades de origen infeccioso. Dentro de estas últimas, existen dos que merecen especial análisis por constituir ambas problemas de salud pública; la caries y la enfermedad periodontal.

Es esencial entender que aparte de todos aquellos factores que convierten a cualquier paciente en un individuo propenso a sufrir alteraciones de la salud oral, existen en el paciente geriátrico una serie de características que aumentan este riesgo y que con frecuencia dificultan que todas las medidas preventivas y terapéuticas disponibles puedan llevarse a cabo en forma ideal. Este hecho evidentemente puede alterar el curso de una enfermedad, prolongando su duración o empeorando el pronóstico, posibilidad que debe ser conocida por el paciente.

A continuación se presentan los principales factores que pueden influir en la salud oral del adulto mayor y en el resultado de las terapias a realizar:

### **-Presencia de una o más enfermedades de base**

Las enfermedades de base que debemos considerar por su directa o indirecta relación en la salud oral son la diabetes, hipertensión, osteoporosis, enfermedades hematológicas y coagulopatías, alteraciones hepáticas, insuficiencia renal, alteraciones visuales y motoras, alteraciones nutricionales, alteraciones de origen mental y cuadros que provoquen algún grado de inmunosupresión.

Cuando un paciente presenta alguna de estas patologías, es primordial que el cirujano dentista determine si el paciente está en tratamiento y si el cuadro se encuentra estabilizado, antes de ejecutar cualquier maniobra odontológica, por sencilla que ésta pueda ser. Si las circunstancias lo ameritan, el paciente debe ser remitido al médico tratante para su evaluación, aunque ello implique la postergación del tratamiento dental.

En el caso de pacientes que presentan afecciones hepáticas y renales, las precauciones deben centrarse en las alteraciones sistémicas que generan estos cuadros, especialmente a nivel circulatorio, hematológico e inmunológico y que pudiesen complicar el tratamiento dental. Además es de rigor el ajuste de las dosis de cualquier fármaco a indicar, pues éstos casi sin excepción se metabolizan en el hígado y excretan vía renal, con lo que inevitablemente las concentraciones de fármaco que recibe el paciente sufren modificaciones.

Pacientes con alteraciones motoras, visuales y mentales, indiscutiblemente se encuentran limitados para mantener una adecuada higiene oral. En ellos es fundamental indicar técnicas de aseo simplificadas, de lo contrario la terapia no tendrá los resultados esperados y redundará en incumplimiento y frustración por parte del paciente.

### **-Terapia farmacológica variada y con frecuencia de larga duración**

Todo fármaco administrado a un paciente, junto con ejercer su acción farmacológica benéfica, lleva asociada la capacidad de producir efectos secundarios y reacciones adversas en el organismo, especialmente en tratamientos de larga duración. Además se ha determinado que son capaces de interactuar con otros fármacos administrados en forma concomitante, pudiendo modificarse el metabolismo de ambos y por ende su acción final en el paciente. Estos fenómenos deben ser ampliamente conocidos por el profesional que los indica, para controlar su efecto y contrarrestarlos cuando sea posible y su eventual aparición debe ser explicada al paciente antes de iniciar la terapia, para que esté prevenido en caso de que ocurran.

Muchos de los fármacos utilizados por pacientes geriátricos provocan como efecto secundario una disminución del flujo salival o xerostomía. Dentro de ellos están algunos analgésicos y antidepresivos, antihistamínicos, antipsicóticos, antihipertensivos, anticolinérgicos en general y derivados de los alcaloides opiáceos.

La principal complicación derivada de xerostomía de larga duración es el aumento de incidencia de caries radicales y de candidiasis oral, además de la aparición o aumento de las molestias en pacientes portadores de prótesis removible.

Cuando un paciente padece esta alteración del flujo salival, es prioritario determinar la causa que la genera, antes de indicar cualquier producto. Así, en el caso de alteraciones reversibles como el stress y la ansiedad, pacientes con deshidratación, casos de diabetes no compensada o cuando la xerostomía es debida a determinados fármacos, la resolución del

problema a menudo radicaré en estabilizar la condición primaria, por ejemplo disminuyendo la dosis de un fármaco o reemplazándolo por uno no xerostomizante, cuando sea posible.

Existen, sin embargo ocasiones en que la solución del problema es más difícil porque existe pérdida irreversible de elementos necesarios para el reflejo salival, por ejemplo a causa de la disminución de estímulos debida al deterioro senil, o más complicado aún, en las destrucciones de parénquima salival en pacientes con síndrome de Sjögren o pacientes irradiados por tumores de cabeza y cuello. En estos casos o cuando el tratamiento con fármacos xerostomizantes se extienda por períodos largos, es altamente recomendable indicar productos que estimulen la secreción salival o bien otros que actúen humectando la mucosa bucal.

Pacientes bajo terapia con anticoagulantes, requieren la suspensión temporal del fármaco, cuando el odontólogo requiera realizar procedimientos que provoquen algún grado de hemorragia. Todo el proceso ha de efectuarse en estrecha comunicación con el médico tratante, pues es él quien determina cuándo y por cuánto tiempo el paciente suspenderá la terapia.

### **-Limitaciones de orden socio-económico**

Es muy importante recordar, que aquellos pacientes que desde el punto de vista médico se definen como “adulto mayor”, han sido también caracterizados en el ámbito social como un grupo que en su gran mayoría se encuentra en condiciones de dependencia económica y bajos ingresos. Este hecho debe considerarse al momento de indicar tratamientos dentales, pues suelen ser de alto costo, limitando su accesibilidad a gran parte de los pacientes.

Por su parte los elementos de higiene dental, sin ser extremadamente caros, suelen ser a menudo considerados artículos menos prioritarios por muchos pacientes, en relación a otros productos de carácter indispensable.

Es conveniente entonces, analizar tratamientos dentales alternativos de menor costo y adecuar al presupuesto del paciente los artículos de higiene oral a indicar.

## **CARIES DENTAL**

La caries dental se define como la pérdida de estructura del diente debida a una desmineralización de las estructuras duras que lo componen.

Para que este fenómeno se produzca es necesaria la presencia de placa bacteriana, entidad definida como una película de bacterias adherida al diente, y de hidratos de carbono, sustrato sobre el cual la placa bacteriana ejerce su metabolismo. Cuando se inicia este proceso metabólico, da como resultado productos ácidos que en contacto con el esmalte dental, provocan una sucesiva pérdida de minerales y posterior formación de una cavidad, por todos ampliamente conocida como “caries”.

La caries dental, es por lo tanto una enfermedad **infecciosa**, ya que es producida por microorganismos, **multifactorial**, debido a que deben coincidir varios elementos para que se produzca y en función de esta última característica, también es **prevenible** pues existen varios niveles dentro de su curso, en los cuales se puede intervenir.

Cabe destacar que la caries es la primera causa de pérdida dentaria y que en el caso de los pacientes adultos mayores su ubicación es predominantemente a nivel radicular.

La caries dental se ha estudiado extensamente, determinándose con certeza ciertos factores que aumentan el riesgo de que se produzca. Así, mientras mayor sea la concentración de

microorganismos cariogénicos en la boca de un paciente, mayor será su probabilidad de tener caries. Por otro lado, mientras más frecuente sea el consumo de hidratos de carbono fermentables, mayor también será el riesgo de caries en ese paciente, riesgo que disminuye proporcionalmente de acuerdo al número de veces con que realice su cepillado dental.

Además existen factores que modifican la incidencia de caries:

**-Flujo salival.** Un buen flujo salival ejerce un efecto de barrido constante sobre la superficie dentaria y gracias a las propiedades neutralizantes de la saliva, contrarresta el pH ácido del metabolismo bacteriano.

**-Uso de productos fluorados.** El flúor en adecuadas concentraciones actúa frenando el proceso de desmineralización dentaria, y produce una remineralización de lesiones incipientes que aún no han formado una cavidad.

## ENFERMEDAD PERIODONTAL

El término “enfermedad periodontal” es un nombre genérico, utilizado para describir un grupo de enfermedades que afectan los tejidos de soporte y protección del diente.

Estos tejidos, que incluyen el ligamento periodontal, hueso alveolar, cemento radicular y encía, reciben en conjunto el nombre de “periodonto”, nombre del cual deriva esta enfermedad. Cuando la inflamación se encuentra limitada a la encía, se habla de Gingivitis, mientras que la extensión del proceso al resto de los componentes del periodonto, se denomina Periodontitis.

La enfermedad periodontal es considerada la segunda causa de pérdida dentaria, sin embargo, en el adulto mayor puede igualar y en muchos casos superar a la caries dental como primera causa.

Aunque existen mecanismos inmunológicos estrechamente asociados a su génesis y progresión, su etiología primaria es bacteriana, por lo que al igual que la caries dental es clasificada como una patología infecciosa. En consecuencia las medidas terapéuticas tanto preventivas como curativas, están orientadas a eliminar la mayor cantidad de microorganismos que sea posible, básicamente a través de instrucción de técnicas de higiene adecuadas a cada paciente, en combinación con terapias de remoción de placa bacteriana y otros depósitos por parte del odontólogo.

Existen factores considerados predisponentes de la enfermedad periodontal porque pueden aumentar su riesgo de ocurrencia o favorecer su progresión cuando ya está presente, especialmente a través de un cambio en la respuesta del huésped a los microorganismos. Entre ellos cabe mencionar el tabaquismo, diabetes, tratamiento con fármacos inmunosupresores y

cambios hormonales, por ejemplo aquellos derivados de terapias farmacológicas. Esto debe considerarse porque un importante porcentaje de adultos mayores presenta alguna de estas condiciones.

También se ha descrito un fenómeno de agrandamiento gingival producido por ciertos fármacos como la fenitoína, nifedipino y cefalosporinas, que se manifiesta como un considerable aumento de volumen y cambio de forma de las encías, llegando incluso en algunos pacientes a cubrir por completo la superficie dentaria. A pesar de que por su apariencia esta condición puede semejar inflamación, no implica la presencia de enfermedad periodontal, aunque puede gatillar su aparición al dificultar un adecuado aseo dental.

Recientemente la enfermedad periodontal, a causa de la proliferación bacteriana que propicia, se ha reconocido como un factor que contribuye a agravar el curso clínico de enfermedades crónico-degenerativas como la enfermedad cardiovascular, diabetes y enfermedades respiratorias. Este hecho sin duda expone otro consistente argumento, para estimular terapias preventivas y programas de diagnóstico oportuno de esta enfermedad.

## **PACIENTES PORTADORES DE PROTESIS DENTALES**

Pese a que paulatinamente se ha experimentado un positivo cambio respecto a la importancia de las terapias preventivas y la conservación de los órganos dentarios, la ausencia parcial o total de éstos en pacientes adultos mayores es aún una condición que les es característica y que para gran parte de la población es un estado “propio y normal” de esta etapa de la vida.

Para que el sistema estomatognático pueda funcionar de forma óptima, es ideal la conservación de la mayor cantidad de dientes posibles en boca, no sólo para cumplir con una masticación eficiente y con los requerimientos estéticos del paciente, sino además porque los dientes tienen una importante función de sensibilidad propioceptiva, característica que se pierde cuando son reemplazados en su totalidad por elementos protésicos.

Al respecto, en determinados casos es conveniente conservar raíces dentarias para su utilización como soporte de prótesis fijas o removibles, preservando además de esta forma, el fenómeno de la propiocepción.

Cuando el paciente sufre la pérdida de uno o más dientes, es recomendable su reemplazo tan pronto como sea posible, por las razones ya mencionadas. Si el estado bucal existente o motivaciones de costo determinan que es candidato a ser portador de prótesis removible, es fundamental establecer el diseño protésico más adecuado a la cantidad y ubicación de los dientes que permanecen en boca. El objetivo es rehabilitar con un sistema que junto con devolver al paciente los dientes perdidos, permita proteger las estructuras remanentes. Se ha estudiado que una prótesis removible de diseño inadecuado o con una distribución poco equitativa de las cargas oclusales, es la principal causa de la pérdida progresiva del reborde alveolar, lo que genera desajuste de las prótesis y en no pocos casos la rápida evolución hacia la prótesis total.

Para muchos pacientes, es una creencia arraigada que una buena prótesis total va a solucionar sus problemas dentales, funcionando mucho mejor que sus “feos y gastados” dientes. A ellos se les debe inculcar que ni el más avanzado sistema de rehabilitación protésico, por estético y sofisticado que pueda ser, va a poder reemplazar la perfección fisiológica y adaptativa

que los dientes verdaderos tienen por naturaleza. Y que en muchas ocasiones, será de inmenso valor conservar heroicamente algunos dientes, que por su ubicación estratégica prolongarán las características originales del sistema.

Finalmente es fundamental explicar al paciente que las prótesis dentales, en cualquiera de sus tipos, nunca son definitivas.

## ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria en el paciente adulto mayor, debe tener un enfoque esencialmente preventivo y estar orientada hacia la instrucción tanto del paciente como del personal o familiar que se encuentre a cargo de su cuidado. La educación impartida deberá incluir las diferentes medidas para el control de la placa bacteriana, el cuidado y correcto uso de las prótesis dentales, utilización de flúor en la prevención de caries radicular, control de afecciones de la articulación temporomandibular y detección precoz de cáncer orofacial.

## RECOMENDAR

- Cepillado, **idealmente** 5 veces al día (al despertar, después del desayuno, la comida, la cena y antes de acostarse) y **como mínimo** después de cada comida.
- Cepillos dentales de mango ancho y cerdas suaves.
- Utilización diaria de pasta dental fluorada
- Utilización diaria o semanal de enjuagues bucales con flúor
- De acuerdo a las capacidades y necesidades del paciente indicar aditamentos especiales como seda dental, cepillos interdentales y eventualmente cepillos eléctricos.
- Control odontológico mínimo una vez al año

En pacientes con pérdida de habilidades motoras o cognitivas, es recomendable la indicación de enjuagatorios o pastas dentales en base a clorhexidina, bajo supervisión del odontólogo.

En pacientes portadores de prótesis removible, se recomienda la limpieza de las prótesis con ultrasonido y pulido de la superficie cada seis meses a cargo del odontólogo y su mantención por parte del paciente a través de lavado con agua y jabón al menos tres veces por día, además de una desinfección semanal con productos especiales para ello, o bien mediante una solución de agua con cloro (10 gotas de cloro en un vaso con agua, durante 10 minutos). Si el paciente es desdentado total, debe realizar una delicada limpieza de la encía que cubre el reborde alveolar al menos después de cada comida, con un cepillo suave o una gasa, ésta última idealmente embebida en clorhexidina.

En pacientes que padecen xerostomía, dependiendo de la causa de origen, es recomendable la utilización de productos estimulantes de la secreción salival, como chicles libres de azúcar y productos cítricos e incluso de fármacos sialagogos como la pilocarpina y la neostigmina, estos últimos bajo estricto control por posibles efectos secundarios, o bien, la indicación de sustitutos salivales, basados en soluciones de mucinas, o de glucoproteínas, o de carboximetilcelulosa, o

soluciones acuosas o con algún contenido enzimático, con la función de humedecer y lubricar la mucosa bucal.

## **¿CUANDO REFERIR EL PACIENTE AL ODONTOLOGO?**

Ya se mencionó la necesidad de un control anual como mínimo en todos los pacientes adultos mayores. Pero en caso de pacientes portadores de cualquier elemento protésico, se hace necesario un control periódico de al menos dos o tres veces por año, para evaluar el funcionamiento y estado de las prótesis, detectar pérdidas óseas y compensarlas y evaluar la articulación temporomandibular.

Además, el paciente debe referirse a la brevedad con el odontólogo si nota la aparición de alguna sintomatología inusual o de algún cambio en la apariencia de su boca o bien si al realizar el examen físico general se aprecia alguno de los siguientes hallazgos:

- Sospecha de caries (dolor dental espontáneo o al alimentarse, aumento de sensibilidad con los cambios de temperatura, cambios de coloración en los dientes, aparición de cavidades)
- Desalojo de obturaciones
- Encías rojas, dolorosas o con tendencia a sangrar
- Halitosis (mal aliento)
- Movilidad o desplazamiento de los dientes
- Aparición de abscesos, herpes labial recurrente y aftas en las mucosas
- Alteración de la oclusión (mordida)
- Sangrado de mucosas espontáneamente o frente a estímulos considerados normales como el cepillado o la alimentación
- Exposición de la raíz del diente
- Aparición de nódulos, manchas, lesiones blancas o ulceradas en las mucosas
- Xerostomía
- Aparición de lesiones producidas por las prótesis
- Disfagia (Dificultad para tragar)
- Pérdida de la simetría facial
- Dolor y tensión muscular en cabeza, cuello y hombros
- Previo a cirugías invasivas, para descartar focos sépticos.