

# Odontogeriatría

*Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención*



**SEMAR**

**SALUD**

**SEDENA**

**GOBIERNO  
FEDERAL**



## DIRECTORIO

**Dr. José Ángel Córdova Villalobos**

Secretario de Salud

**Dr. Mauricio Hernández Ávila**

Subsecretario de Prevención y Promoción a la Salud

**Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández**

Director General del Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades

**Dr. Cuauhtémoc Mancha Moctezuma**

Director del Programa de Salud del Adulto y el Anciano

## AUTORES

**Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera**

**MSP María de Lourdes Mazariegos Cuervo**

**Dra. María Esther Lozano Dávila**

**C.D.O.G. Alejandro Quiroz Pavón**

**C.D.O.G. Angélica de Jesús Luna Bañuelos**

**C.D. Carlos Sanz Beard**

## COAUTORES

**Dra. Lylia Berthely Jiménez**

**Dr. Rafael Camacho Solís**

**Dr. Carlos Humberto Gámez Mier**

**Dra. Ana María Olivares Luna**

**Dra. Yolanda Osio Figueroa**

**Dr. Armando Pichardo Fuster**

**Dra. Carolina Rayón Rangel**

**Dr. Antonio Rosales Piñón**

**Cap. 1° C.D. Héctor León Ángeles**

**Cap. 1° C.D. Carlos Enrique Romero Ángel**

## CRÉDITOS

**Fotografías. MSP María de Lourdes Mazariegos Cuervo y C.D.O.G Alejandro Quiroz Pavón.**

**Cartel de la Portada:**

**Título: "El secreto de la vida se lee entre líneas"**

**Cortesía: Concurso de carteles CONAEN y UVM**

**Alumnos: David Pulido Gallardo, Tania G. Caballero Monroy y Andrea Hernández Rojas**

## AGRADECIMIENTOS

**Dra. Araceli Arévalo Balleza**

**T.S. Rogelio Archundia González**

**Lic. José Luis Barragán Estévez**

**Lic. Erica Tania Chaparro González**

**C. Evangelina Escobar Moreno**

**Lic. Ger. Edgar Alejandro García Fuentes**

**T.S. Lucía Luna Sánchez**

**Lic. Javier Llanos Viveros**

**Lic. Ger. Lucía Mercedes Medina Sevilla**

**Lic. Claudia Elena Sequera Quielhé**

Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud  
Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades  
Programa Nacional de Atención al Envejecimiento  
Publicación del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento

Si desea mayor información favor de comunicarse a:  
Tels: (55) 26 14 64 39 y (55) 2614 64 40  
E – mail: adulto\_anciano@salud.gob.mx  
www.salud.gob.mx

SECRETARÍA DE SALUD  
© 2010 CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS  
PREVENTIVOS Y CONTROL DE ENFERMEDADES.

Guía de Consulta para el Médico y el Odontólogo de  
Primer Nivel de Atención  
"Odontogeriatría"

ISBN 978-607-460-032-2

Coordinadores de Obra:  
Dra. María Esther Lozano Dávila.  
Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera.

Calle: Benjamin Franklin # 132, 2°. piso.  
Col: Escandón 2ª sección.  
Del: Miguel Hidalgo. México D.F. 11800

## Guía de Consulta para el Médico y Odontólogo de Primer Nivel de Atención

# Odontogeriatría

Programa Nacional de Atención al Envejecimiento  
Programa de Salud Bucal

## INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente la salud bucal es considerada como parte de la salud integral de los individuos, sin embargo, el personal médico no le da la importancia que amerita y por ende no trabaja en relación estrecha con el odontólogo, desafortunadamente, esta situación no se ha modificado en los últimos años. En la actualidad sabemos que es necesario el trabajo en equipo conformado por médico, odontólogo y paciente.

En los adultos mayores, la cultura de la prevención toma una importancia capital, debido a que es un grupo vulnerable desde distintas ópticas: física, psicológica, económica y social. No obstante lo anterior, también hay que comentar que la salud bucal en el adulto mayor ha persistido a través de la historia con una serie de mitos inaceptables en la actualidad, por ejemplo: se considera como algo natural llegar edéntulo a la vejez, desafortunadamente, en nuestro país no se ha generado una cultura de la prevención y el autocuidado, por lo que hace falta reconocer que es más económico invertir en prevención que en la atención a los daños a la salud y rehabilitación, ya que mediante la prevención y autocuidado podemos y debemos conservar durante toda la vida la salud bucal. Por lo tanto, la pérdida de la salud bucal, jamás deberá ser considerada como parte inevitable de la vejez, sino que es sin duda una consecuencia y reflejo de factores que intervinieron durante toda la vida, es decir la historia familiar, socioeconómica y cultural, agregándose los cambios propios de la biología del envejecimiento.

Debido al rápido crecimiento del grupo de adultos mayores en la población general de nuestro país, es posible predecir que los requerimientos en la atención odontológica serán mayores en los próximos años, por lo que la prevención y atención en Odontogeriatría se considera una necesidad del presente y futuro inmediato, ya que de no llevarse a cabo de forma pronta y oportuna, los servicios de salud se verán rebasados por los gastos excesivos que esto generaría.

Si bien es cierto que en el envejecimiento se presentan una serie de cambios anatómicos y fisiológicos esperados, debe quedar claro,

que habrá de diferenciarlos de aquellas manifestaciones clínicas asociadas a diversas alteraciones tanto localizadas como sistémicas y que en el afán de dar una atención integral de calidad a los adultos mayores deberán ser del conocimiento del equipo multidisciplinario de atención a la salud.

Es en el primer nivel de atención, donde se encuentra el reto más importante y la mayor posibilidad de alcanzar un impacto en la salud de los adultos mayores, por ello debemos considerar que la revisión cotidiana de la cavidad bucal en el consultorio médico es una medida eficaz y de bajo costo, que no debe ser exclusiva del odontólogo. Mediante la exploración de la cavidad bucal es posible la detección oportuna de padecimientos odontológicos y sistémicos ya que esta es una ventana clínica que nos aporta información valiosa sobre alteraciones hematológicas, metabólicas, inmunológicas, ortopédicas, procesos infecciosos, uso crónico de fármacos, deficiencias nutricionales, entre otras. Por ello, la atención en Odontogeriatría tiene gran relevancia en la prevención y atención de la salud general del adulto mayor, ya que es en este grupo poblacional donde coinciden dos conceptos que deben ser motivo de intervención temprana en los pacientes geriátricos: la polipatología y la polifarmacia. Vale la pena comentar la importancia de fomentar una estrecha relación entre médico y odontólogo, con el propósito de mantener una adecuada referencia y contrarreferencia de los pacientes, así como hacerles saber la importancia de conocer el proceso de envejecimiento, diferenciarlo de patologías bucales comunes en este grupo de edad, además de las medidas de prevención y autocuidado que coadyuven a mantener y/o mejorar la salud de los adultos mayores.

Este documento pretende ser una guía de consulta donde el médico de primer contacto y el odontólogo puedan adquirir una serie de conocimientos sobre la prevención y atención de patología común en Odontogeriatría que les permita hacer la identificación temprana y oportuna de entidades nosológicas comunes en el adulto mayor, así como la toma de decisiones sobre el abordaje terapéutico o la referencia oportuna del paciente.

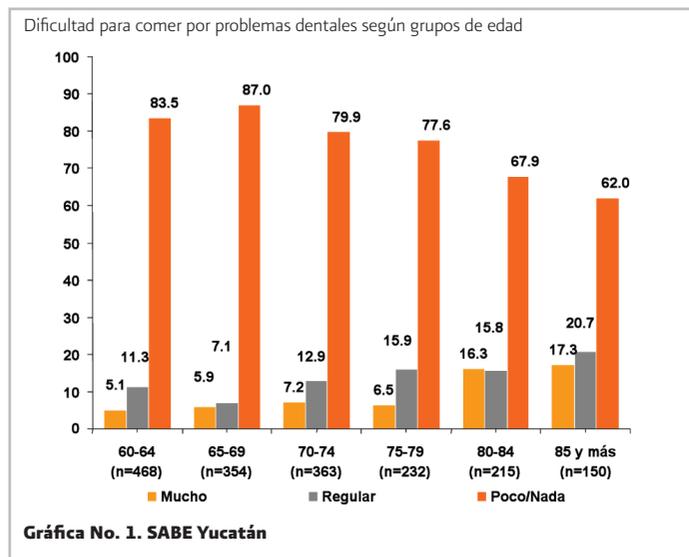
## MARCO EPIDEMIOLÓGICO

Las cifras que se plasman a continuación nos dan una idea de la relevancia de la salud bucal en el grupo de adultos mayores:

No obstante que en la literatura médica universal se hace alusión al incremento, en los últimos cuarenta años, de la demanda de atención odontológica en los servicios de salud, por los adultos mayores, en nuestro país se comienzan a sentar las bases para el reporte y registro de información al respecto a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucales (SIVEPAB), en el cual se refleja que durante el año 2007, en el grupo de 65 y más años, el 74% presentó algún grado de enfermedad periodontal y un promedio de 10.2 dientes perdidos. Sin embargo, una proporción significativa de adultos mayores no son valorados regularmente por personal de salud que les proporcione información sobre medidas preventivas y atención a la salud bucal. Si bien es cierto que los adultos mayores buscan atención odontológica más hoy que hace 40 años, también es cierto que en promedio los adultos mayores de 65 años tuvieron su última revisión de cavidad bucal por un profesional de la salud cuando menos hace 5 años.

Con relación a la morbilidad, en el grupo de 60 y más años, la Secretaría de Salud reporta a la enfermedad periodontal como la séptima causa.

Datos aportados por el Proyecto Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE Yucatán), revelan que la prevalencia de "dificultad para comer por problemas bucales" en adultos mayores es de 8.2% y muestra una tendencia a incrementarse con la edad, sin que se encuentre diferencia estadísticamente significativa con respecto al género (Gráfica No. 1).



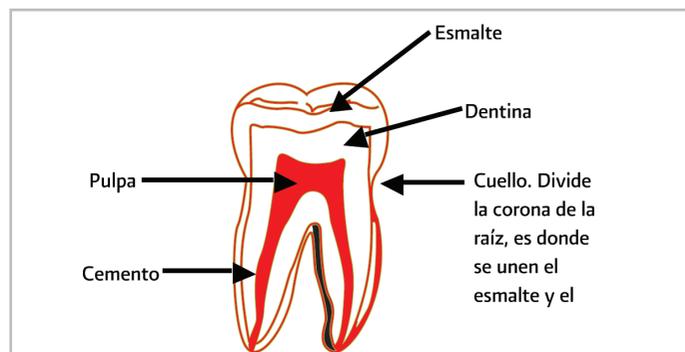
## BIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO EN LA CAVIDAD BUCAL

La cavidad bucal, al igual que el resto del organismo, no escapa al proceso del envejecimiento. A continuación se describen los cambios morfológicos y fisiológicos atribuibles al proceso de envejecimiento que ocurren en el sistema estomatognático. Este término utilizado comúnmente en el área de la Odontología tiene sus raíces etimológicas provenientes del griego: estomodeo (boca primitiva del embrión originada en el 3er arco braquial) y gnatos que significa mandíbula. Se refiere a un sistema integrado por diversos aparatos y no sólo aquellos relacionados a la cavidad bucal como son: los músculos de la masticación, articulación temporomandibular, los del cuello y cara, así como la relación de la cavidad bucal con el resto del organismo.

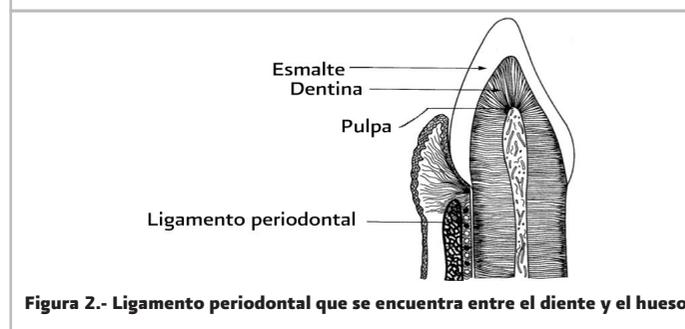
Tomando en cuenta que el proceso de envejecimiento es universal pero al mismo tiempo individualizado e irreversible, podemos encontrar una amplia variabilidad biológica interindividual, por lo que debemos estar familiarizados con aquellos cambios que se dan en los órganos y tejidos de la cavidad bucal de los adultos mayores, lo que hace necesario describirlos.

### DIENTE

El diente es un órgano enclavado en los alvéolos de los huesos maxilares. Su estructura está formada por esmalte, dentina, pulpa y cemento. (Fig. No. 1) La estructura especializada que recibe el nombre de ligamento periodontal permite la unión entre el diente y hueso alveolar. (Figura 2)



**Figura 1.- Anatomía del órgano dentario**



**Figura 2.- Ligamento periodontal que se encuentra entre el diente y el hueso**

Los dientes en su conjunto tienen funciones múltiples como participar en la masticación, fonética, expresión facial e implicación en la estética, por lo que en su ausencia puede verse afectada la nutrición y autoestima. La modificación estructural del órgano dentario asociada al envejecimiento puede presentarse como sigue:

### **ESMALTE**

Esta estructura semitraslúcida sufre un desgaste natural como resultado de la masticación sin ocasionar molestia. Otro cambio, es su opacamiento, lo que ocasiona que el diente se vea mate, sin brillo y más oscuro.

### **DENTINA**

Sirve de sostén al esmalte, el cambio en su coloración es debido al propio proceso de envejecimiento y la sustitución de la dentina original por la denominada "dentina de reparación", lo que ocasiona que los dientes adopten un tono amarillo.

### **PULPA**

Desempeña funciones múltiples: nutricionales, sensitivas, de respuesta inmune y defensa a estímulos externos como la formación de dentina. Constituye también parte de la defensa contra las infecciones, por medio de la producción de macrófagos altamente especializados. Debido a su capacidad de producir dentina ante estímulos nocivos externos, las capas nuevas acumuladas durante años disminuyen su función sensitiva, ocasionando en los adultos mayores disminución en la sensibilidad del diente. Otra situación que suele contribuir a la disminución de la sensibilidad dental en el adulto mayor es la fibrosis del tejido pulpar.

La pérdida en la elasticidad vascular pulpar asociada al envejecimiento promueve dicha fibrosis. Se anticipa que se formarán en la pulpa acumulaciones de material calcificado, similar a la dentina de reparación, estas se denominan cálculos pulpares que suelen adoptar diferentes tamaños.

### **CEMENTO**

Este tejido corresponde a un tejido óseo especial, sin irrigación ni innervación. Se une al hueso alveolar gracias al ligamento periodontal. Se circunscribe únicamente a la raíz del diente, se compone en un 55% de hidroxiapatita cálcica y en un 45% de agua, por lo tanto tiene una consistencia dura (en cierto modo similar al tejido óseo). El cemento es la cubierta radicular de la dentina confiriéndole protección. (Figura 1)

Como personal de salud, es imperioso hacer saber a la población general la importancia que representa la conservación de los órganos dentarios,

en todas las etapas de la vida, ya que su pérdida significará disminución de la funcionalidad general del individuo, aumento en la dependencia y afección a su salud general, por lo tanto es indispensable hacer saber a los adultos mayores y sus familiares que con autocuidado y atención odontológica preventiva, es posible la conservación de los dientes aún a edades muy avanzadas.

### **ENCÍA**

Tiene como funciones cubrir y proteger al hueso de los maxilares tanto superior como inferior y apoyar la función de soporte y fijación de los dientes al hueso. En adultos jóvenes a menos que haya una enfermedad agregada tiene una coloración rosa salmón y la textura asemeja el puntilleo de la cáscara de naranja. En adultos mayores el color es rosa pálido debido a la disminución en la irrigación sanguínea, perdiéndose el puntilleo. Otra situación común es el desplazamiento discreto de la misma, dejando descubierta parte de la raíz.

### **PERIODONTO**

Se llama así al tejido de soporte, nutrición y protección que rodea la estructura radicular del diente, está conformado por hueso alveolar, encía, fibras periodontales y cemento radicular. En el adulto mayor existe una disminución en la sensibilidad de las fibras periodontales que en ocasiones no permite reconocer la presencia de patología agregada por disminución en la percepción de dolor.

### **MUCOSA BUCAL**

La mucosa bucal es un tejido de revestimiento y protección de la cavidad bucal, que cubre carrillos, encía, lengua y paladar, a menos que haya un padecimiento que la afecte, es de color rosado o rojizo, dependiendo de su ubicación. Sus funciones son múltiples, entre ellas tenemos la de identificar el sabor de los alimentos y sustancias que pasan por la cavidad bucal. También es responsable de la absorción de medicamentos y otras sustancias, así como de conservar la hidratación del aire inspirado y regular su temperatura. La protección que ofrece la mucosa a la cavidad bucal es de dos tipos: física al conferirle revestimiento e inmunológica a través de la producción salival rica en factores quimiotácticos, además de enzimas como la amilasa que permite el procesamiento del bolo alimenticio. En los adultos mayores, la mucosa se presenta pálida por disminución u obliteración de capilares submucosos, se encuentra adelgazada y frágil debido a un tejido conectivo deficiente, por lo que tiende a lesionarse con mayor facilidad.

## LENGUA

Es un órgano impar, móvil, ubicado dentro de la cavidad bucal, desempeña importantes funciones como llevar el alimento a las arcadas dentales para su masticación, así como proyectarlo hacia el esófago iniciándose la deglución. Conocida es su importancia en la articulación de las palabras, percepción de los sabores y producción de saliva.

Un cambio esperado del proceso de envejecimiento, es la disminución del número de papilas gustativas que se encuentran en la cara dorsal de la lengua (también llamada dorso de la lengua) lo que ocasiona que disminuya la percepción de los sabores, fenómeno que es dependiente de la edad. Esto toma especial importancia en pacientes portadores de padecimientos crónico degenerativos como diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, ya que comúnmente los adultos mayores debido a este fenómeno aumentan su ingesta de sal o azúcar haciendo más difícil el control de su patología. Las modificaciones del aparato vascular asociadas a la edad se ejemplifican con la presencia de várices sublinguales (también llamadas flebectasias) las que se observan en el cara inferior de la lengua.

## GLÁNDULAS SALIVALES

Estos órganos, encargados de la producción de saliva, se disponen en tres pares de glándulas mayores (parótidas, submandibulares y sublinguales) y numerosos grupos de glándulas de menor tamaño con ubicación labial palatina y bucal. La producción de saliva es indispensable para el adecuado funcionamiento de la cavidad bucal, entre sus funciones más destacadas se encuentran: protege al esmalte fungiendo como defensa y coadyuva en la remineralización, lubrica, regula el pH, otorga protección inmunológica a los órganos dentarios y neutraliza el ácido producido tras las comidas ya que si se produce un pH ácido se provoca la desmineralización del esmalte, mientras que si se produce un pH básico se producen cálculos dentarios conocidos como sarro. Con el proceso del envejecimiento disminuyen los elementos de protección y estructura de la saliva tornándola más acuosa y perdiendo mucina por lo que es de menor calidad. Aunque asociada a la edad hay una disminución en la producción de saliva, no es una regla en todos los adultos mayores. La cantidad de saliva se verá reflejada proporcionalmente a la ingesta de agua por parte del adulto mayor.

## MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y AUTOCUIDADO EN LA PERSONA ADULTA MAYOR

Es muy importante que el personal de salud enfatice a los adultos mayores la necesidad de que reconozcan y valoren la salud bucal como parte de su salud general, informándoles y orientándolos con respecto a la relación que existe entre la pérdida de ésta y la génesis de otros padecimientos.

La inspección general de los pacientes geriátricos es importante para evaluarlos integralmente, observando su estado de despierto, cognición, capacidad física, deficiencias orgánicas, pérdidas y discapacidades, valorando la red de apoyo familiar y social, así como la habilidad que tienen para autoexplorar la cavidad bucal y realizar la higiene. Todo esto dará una impresión preliminar sobre el nivel de independencia del paciente y los cuidados específicos que se deben recomendar.

Como parte de la consulta a todos los pacientes de 60 años y más, se les debe otorgar y orientar sobre el “Esquema Básico de Prevención en Salud Bucal para Adultos Mayores” el cual consiste en: Detección de placa bacteriana; Instrucción de técnica de cepillado; Instrucción de uso del hilo dental y Revisión de tejidos bucales e Higiene de prótesis. Estas actividades se detallan a continuación con el propósito de que el personal de salud oriente y apoye a los adultos mayores en su realización. (Fotografía 1)



**Fotografía No. 1.** No olvide referir a los adultos mayores al servicio de estomatología con una periodicidad de entre cuatro a seis meses al año (de 2 a 3 veces al año)

## DETECCIÓN DE PLACA BACTERIANA

La placa bacteriana se forma mediante dos factores: la acumulación de restos de alimento y una deficiente higiene bucal que conllevan a la aparición de la caries dental y enfermedad periodontal.

Se debe informar a los pacientes que detectar la presencia de placa bacteriana nos permite identificar las zonas de los dientes, encía y lengua que no han sido cepillados correctamente.

La placa bacteriana es invisible, pero se puede detectar utilizando pastillas reveladoras, colorantes vegetales, betabel, moras o azul añil. Las zonas que tienen más color indican una mayor acumulación de placa bacteriana. Esta tinción se puede eliminar mediante el barrido con cepillo e hilo dental.

No olvide referir a los adultos mayores al servicio de estomatología, con la finalidad de detectar la placa bacteriana, así como para que el personal de salud les otorgue la instrucción de la técnica, con la finalidad de realizar esta actividad en casa.

### INSTRUCCIÓN DE TÉCNICA DE CEPILLADO

Recuerde a los adultos mayores que la higiene bucal es la clave para prevenir y mantener la salud de los dientes, encía y lengua. Existe en el mercado una gran variedad de cepillos dentales que deben ser seleccionados para su uso de acuerdo a las características de cada adulto mayor; por ejemplo, el primer cepillo que aparece en la fotografía número 2, es un dedal pediátrico que también puede ser utilizado para auxiliar en el cepillado dental de un adulto mayor que se encuentra postrado en cama, facilitando al cuidador la tarea de higiene bucal. Otra opción en caso de pacientes con disminución de la movilidad articular, podría constituir la el uso de cepillos eléctricos también observables en la fotografía número 2.

La existencia de múltiples técnicas de cepillado permiten utilizarlas en cada caso en particular, mismas que serán recomendadas por el odontólogo, ya que la instrucción debe ser individualizada, en virtud de que cada paciente cuenta con necesidades específicas y en cada uno de ellos se pueden detectar diferentes errores en el cepillado que deben ser corregidos por el odontólogo. Sin embargo, los médicos de primer contacto pueden hacer las siguientes recomendaciones: Instruya a los pacientes que coloquen el cepillo dental sobre la encía y diente haciendo movimientos de barrido sobre las superficies de los mismos. Los dientes superiores se cepillan hacia abajo, los inferiores hacia arriba, tanto por fuera como por dentro, por último, se debe cepillar la lengua suavemente con movimientos de barrido de atrás hacia delante. Debemos recomendar al adulto mayor siempre cepillar en el mismo orden las estructuras anatómicas de boca con el propósito de no olvidar la limpieza de ninguna de estas.

En los casos de pacientes que tengan disminuida la fuerza de prensión en las manos, resultado de un padecimiento osteoarticular o neurológico, se pueden colocar en los mangos de los cepillos adaptaciones o "auxiliares para la higiene" que aumentan su grosor para asir mejor el cepillo, como es el caso de los pacientes que presentan enfermedad articular degenerativa, secuelas de enfermedad vascular cerebral o alteraciones físicas que no permiten su correcto aseo, asimismo se debe contemplar la educación al

familiar o cuidador sobre la técnica de cepillado en caso de que al adulto mayor no pueda realizar la actividad por sí solo.



Fotografía No. 2. Diferentes tipos de cepillos dentales que pueden ser usados por adultos mayores.

### INSTRUCCIÓN DE USO DEL HILO DENTAL

Aconseje al adulto mayor que debe usar hilo dental después del cepillado por lo menos una vez al día, de otra manera solo se realizará la mitad del trabajo para mantener una boca sana. Otras alternativas en caso de no disponer de hilo dental son el uso de hilo para coser o nylon. Infórmeles que el uso del hilo dental es indispensable para el cuidado de los dientes ya que el cepillo por el grosor de sus cerdas no llega a limpiar los espacios interdentarios y que las primeras veces que se use, la encía puede doler o sangrar un poco, ya dominada la técnica esta molestia desaparece.

Si el adulto mayor tiene enfermedad articular degenerativa, alteraciones físicas que dificulten el movimiento de los dedos o prótesis fija en la boca, se puede utilizar aditamentos auxiliares como el "porta hilo". (Fotografía 3)



Fotografía No. 3. Se puede observar la forma correcta de la utilización del auxiliar para usar hilo dental.

## REVISIÓN DE TEJIDOS BUCALES

Instruya a los adultos mayores o en su caso al familiar o cuidador, sobre cómo realizar el autoexamen de los tejidos de la cavidad bucal ya que es muy importante para prevenir lesiones o alteraciones y dar tratamientos oportunos.

Se debe recomendar al paciente lavarse las manos y colocarse frente a un espejo con una fuente de luz adecuada para observar y palpar (Fotografías 4 y 5):

- Ambos labios tanto por dentro como por fuera
- Los dientes
- La encía
- Cara interna de las mejillas
- Las caras dorsal, ventral y laterales de la lengua
- El piso de la boca y
- El paladar



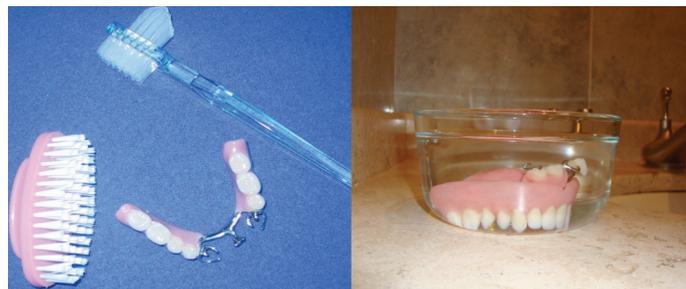
**Fotografía No. 4 y 5.** Se puede observar a un adulto mayor lavándose las manos frente a un espejo, previo a la inspección y palpación de los tejidos bucales.

Aclare a sus pacientes que si detectan alguna anomalía como: encía roja, inflamada o sensible, la raíz de los dientes se encuentra expuesta, tiene mal aliento, mal sabor de boca, manchas blancas o rojas en la encía, presencia de una tumoración, cambios en el ajuste de las prótesis o dolor, deben acudir lo antes posible al servicio de estomatología del nivel de atención correspondiente. Asimismo infórmele sobre la importancia de que acudan cada cuatro a seis meses con su odontólogo, esta observación es importante ya que el adulto mayor debido a los cambios de la biología del envejecimiento, como ya se revisó con anterioridad está sujeto a un riesgo aumentado de sufrir de complicaciones tanto bucales como sistémicas.

## REVISIÓN DE HIGIENE DE PRÓTESIS

En caso de que los adultos mayores usen prótesis dental removible (prótesis que el paciente puede retirar de la boca y colocar nuevamente por sí mismo), infórmeles sobre algunos aspectos tales como: La importancia de lavar la prótesis después de cada comida para evitar la acumulación de restos de alimento, con cepillo dental convencional, un cepillo especial para prótesis que se puede adquirir en cualquier farmacia, o bien con un cepillo de los que se usa en casa para usos diversos (en la fotografía 6 se observan algunas opciones de cepillos para limpiar las prótesis dentales removibles, asimismo se aplica jabón de cualquier tipo (de tocador, líquido para lavavajillas, etc.) y se enjuaga muy bien con agua. El uso de pasta dental en las prótesis removibles está contraindicado ya que provoca la opacidad y deterioro de la capa externa de la prótesis eliminando con el paso del tiempo su brillo original, provoca la porosidad del material que a su vez facilitará la acumulación de bacterias a la prótesis.

Para dormir, se deben retirar las prótesis con el propósito de que los tejidos bucales descansen de la presión a la que se ven sometidos y mientras las prótesis se mantengan fuera de la cavidad bucal se deben conservar en agua limpia (fotografía 6 bis) para conservar mejor los materiales con los que fueron elaboradas y también para evitar golpes y deformaciones. Además se deben revisar las prótesis con el propósito de observar si tienen rasgaduras, fisuras o puntos ásperos.



**Fotografía No. 6.** Las prótesis dentales se pueden lavar con un cepillo diseñado especialmente para éstas o con cualquier cepillo convencional.

**Fotografía No. 6 bis.** Prótesis dental removible en agua.

## ALTERACIONES Y LESIONES ASOCIADAS AL ENVEJECIMIENTO

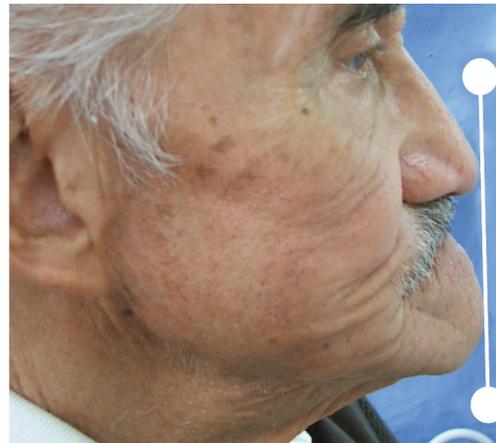
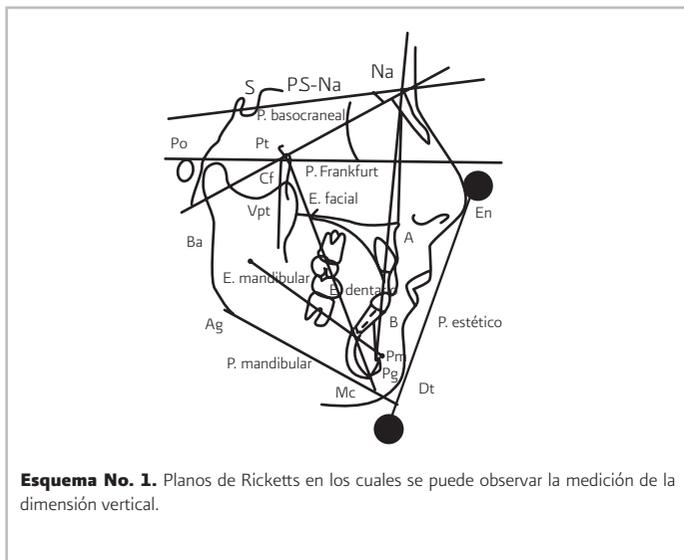
El envejecimiento normal de la cavidad bucal no debe considerarse como sinónimo de enfermedad. Sin embargo, debido a que la homeostasis se encuentra disminuida en los adultos mayores con relación a individuos más jóvenes, las acciones encaminadas a preservar la salud bucal, buscan evitar su deterioro. A continuación se describen las alteraciones y lesiones que frecuentemente se encuentran en la etapa de la vejez.

### EDENTULISMO

Puede ser parcial o total y se define como la pérdida de uno, varios o todos los órganos dentarios. Se presenta aproximadamente en el 90% de los adultos mayores. Entre sus causas principales se encuentran la caries dental y la enfermedad periodontal.

Cuando un adulto mayor presenta edentulismo se ve afectada la autoestima, estética y fonación. En ocasiones se presentan alteraciones del aparato digestivo como constipación por lo que se debe prevenir y atender oportunamente. Aunado a esto, se pierde la "dimensión vertical", término que se refiere a la medición de la altura facial que va de la punta de la nariz a la punta del mentón (Esquema No. 1). La pérdida de la dimensión vertical se puede asociar a dolor temporomandibular, colapso posterior de la mordida, y deformación estética del rostro. (Fotografías No. 7, 8 y 9)

Su tratamiento es la rehabilitación protésica bucal por parte del estomatólogo.



**Fotografía No. 7.** Paciente con pérdida total de órganos dentarios y en consecuencia pérdida de la dimensión vertical.



**Fotografía No. 8.** Edentulo parcial.



**Fotografía No. 9.** Edentulo total.

### CARIES CERVICAL

Se localiza en el cuello anatómico de los dientes donde el cemento radicular se ha hecho presente por sobre erupción o migración de la encía cuya complicación es el degollamiento de los órganos dentarios. (Fotografía 10)



**Fotografía No. 10.** Paciente con caries cervical, en el que podemos observar la migración de la encía y por ende la exposición del cuello anatómico del diente.

### HIPOSIALIA

Se describe como la disminución en la cantidad de producción salival, dentro de los factores etiológicos comunes de esta entidad nosológica se encuentran:

**Baja ingesta de líquidos.-** En los adultos mayores, un fenómeno dependiente de la edad, es la disminución progresiva del mecanismo de la sed. Este mecanismo responde en condiciones normales a dos factores de gran importancia: la osmolaridad plasmática y el volumen circulante; el aumento de la osmolaridad o la disminución del volumen circulante aumentan normalmente la sensación de sed. Sin embargo en los adultos mayores se pierde progresivamente la respuesta al aumento de la osmolaridad plasmática y posteriormente a la disminución del volumen sanguíneo circulante, lo que ocasiona disminución en la ingesta de líquidos y deshidratación.

**Polifarmacia.-** Los adultos mayores consumen cuando menos, tres medicamentos por diversos padecimientos principalmente crónico-degenerativos, de los cuales por lo menos uno produce disminución en la producción salival. Entre los grupos farmacológicos que tienen este efecto podemos incluir: antihipertensivos, antidepresivos, antipsicóticos, antiparkinsonianos, anticolinérgicos, antihistamínicos y diuréticos. (Cuadro 1)

### Medicamentos de uso común en el primer nivel de atención que causan hiposialia

Grupo Farmacológico	Principio Activo
Antihipertensivos	Propranolol Metoprolol
Antidepresivos	Amitriptilina Butriptilina Doxepina Nortriptilina
Antipsicóticos	Haloperidol
Antiparkinsonianos	Levodopa Carbidopa
Anticolinérgicos	Bromuro de ipatropio Oxibutinina Tolterodina Benzotropina Atropina
Antihistamínicos bloqueadores H <sub>1</sub>	Clorfenamina Dexclorfenamina Loratadina
Antihistamínicos bloqueadores H <sub>2</sub>	Famotidina Nizatidina Ranitidina Cimetidina
Diuréticos	Furosemide

**Cuadro No. 1.** En este se exponen fármacos que comúnmente son utilizados por el adulto mayor, algunos de ellos prescritos en el primer nivel de atención.

La presencia de hiposialia obliga al clínico a investigar en el paciente, la presencia de factores condicionantes como polifarmacia o deshidratación. En la fotografía 11 se pueden apreciar algunas de las manifestaciones clínicas de la hiposialia.

En pacientes que necesiten hidratar la mucosa bucal, se recomienda el uso de saliva artificial. El utilizar hierbas aromáticas como la menta o hierbabuena para aumentar la producción salival es una medida útil.

Se le denomina xerostomía a la sensación de boca seca, incluso en presencia de producción salival normal, puede estar presente o no cuando existe hiposialia.



**Fotografía No. 11.** Paciente con hiposialia, donde se puede observar lengua seca con acentuación de los surcos linguales y aplanamiento de las papilas gustativas.

### EPULIS FISURATUM

Se denomina así a la lesión hipertrófica de la mucosa bucal de base amplia localizada en la zona que rodea a la prótesis dental. También llamado épulis fisurado o hiperplasia por prótesis. Se origina de la irritación crónica causada por el uso continuo o permanente de prótesis totales o parciales cortas o largas y el no retirarlas durante la noche, situación que generalmente desconocen los pacientes.

Su tratamiento es la elaboración de nuevas prótesis o realizar el ajuste necesario. La remisión al servicio de estomatología es recomendable para la resolución del problema. (Fotografías 12 y 13)



**Fotografía No. 12 y 13.** Paciente al que se observa con epulis fissuratum causado por la irritación de la prótesis total.

### CANDIDIASIS BUCAL

Es la infección micótica causada por *Cándida*. Su localización más habitual en la cavidad bucal, es el dorso de la lengua, presentándose también en la mucosa de los carrillos y labios.

A la exploración de la cavidad bucal se observan placas blanquecinas cuando el agente etiológico es *Cándida albicans*, (Fotografía 14) donde es característico que la mucosa se denude al raspado con el abate lenguas, dejando una zona eritematosa. Cuando es causada por *Cándida glabrata* es más sensible a pigmentarse con los alimentos, por lo que regularmente adquiere un color café. (Fotografía 15)



**Fotografía No. 14.** Paciente con *Cándida albicans* como su nombre lo indica las placas de esta entidad nosológica son de color blanco.



**Fotografía No. 15.** Paciente con *Cándida glabrata* la cual tiene mayor sensibilidad para pigmentarse por lo que se observa de color café.

Estas lesiones se presentan en pacientes con deficiente higiene bucal, inmunosuprimidos, enfermedades sistémicas o crónico degenerativas en descontrol, hospitalizados con esquema de doble o triple antibacteriano, o bien, en aquellos pacientes con faringoamigdalitis que se ha cronificado por un uso inadecuado y prolongado de antibióticos. En el adulto la candidiasis bucal tiende a volverse crónica y la membrana algodonosa es más gruesa y menos friable que en los niños. En los pacientes hospitalizados, la frecuencia es de aproximadamente de 4% en los niños y 10% en los adultos mayores debilitados.

Puede cursar asintomática por lo que no se detecta en la mayoría de los casos. Generalmente los síntomas son leves, existe incomodidad en la boca, sensación de quemadura o ardor y sequedad. Cuando se realiza el diagnóstico, se buscarán intencionadamente aquellos factores que predispongan al paciente para el desarrollo de la candidiasis (infección por virus de la inmunodeficiencia humana, enfermedades neoplásicas, diabetes mellitus descontrolada, desnutrición, tuberculosis, uso de antibióticos de amplio espectro, edad avanzada, entre otras).

El tratamiento inicial consta de cambiar el pH de la boca, utilizando colutorios de bicarbonato tres veces al día por 5 días.

Si continúa la lesión, se recomienda la aplicación tópica de agentes antimicóticos como la nistatina en solución de 400,000 U.I. realizando colutorios 3 veces al día por 5 días u óvulos de neomicina y nistatina disueltos en boca, por la mañana y noche durante 3 días. El uso de antimicóticos sistémicos como el fluconazol o itraconazol pueden ser de utilidad en casos crónicos, severos o avanzados. Se recomienda observación constante hasta la desaparición de la lesión, pues suele ser recidivante.

### QUEILITIS ANGULAR

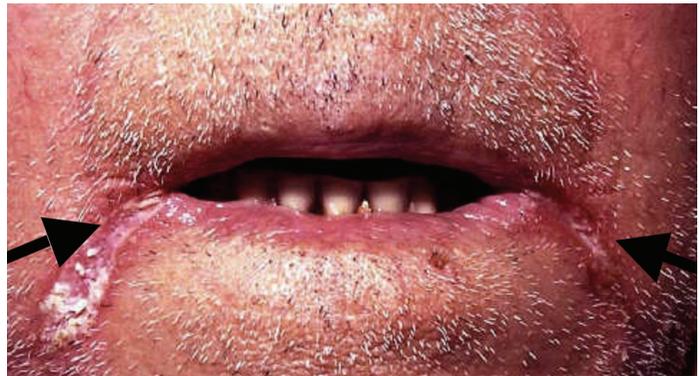
Es una lesión erosiva de la comisura labial. Se debe principalmente a la pérdida de tono muscular. Se presenta de forma unilateral comúnmente asociada a infecciones como el herpes simple o la deficiencia de complejo B. Cuando se presente de forma bilateral se asocia a pérdida de la dimensión vertical. Puede ocasionar sangrado, limitación de la apertura bucal y dolor.

El tratamiento se enfoca a la etiología y factores que pueden coincidir en un mismo paciente. Por ejemplo, en algunos casos, la recuperación de la dimensión vertical, por medio de la elaboración de prótesis dental, se lleva a cabo con la finalidad de devolver el tono muscular. En otros casos, la queilitis angular puede estar asociada con infecciones micóticas por *Cándida albicans*, en los cuales como terapia inicial se recomienda el uso de antimicóticos tópicos como nistatina.

Por otra parte, el uso de prótesis dental con una inadecuada higiene bucal, es un factor de riesgo para el desarrollo de estomatitis, cuyos agentes causales pueden dar lugar a una queilitis angular. (Fotografías 16 y 17)



Fotografía No. 16.



Fotografía No. 17. Pacientes con queilitis angular, nótese las lesiones en la comisura de los labios.

### ÚLCERAS TRAUMÁTICAS

Se denomina así a la lesión única o múltiple caracterizada por pérdida en la continuidad de la mucosa bucal con un proceso inflamatorio subyacente. Se presenta súbitamente con dolor.

La mucosa presenta una o varias erosiones con bordes eritematosos y un centro blanquecino. A la palpación de la lesión esta es dolorosa.

Su origen es desencadenado por trauma secundario al uso de prótesis desajustadas, dientes fracturados, restauraciones rotas, ganchos para retener prótesis removibles que se encuentren rotos, etc.

Su tratamiento es eliminar la causa. Es importante observar la evolución de la lesión y si no desaparece a los 15 días, deberá ser remitida al servicio de estomatología para ser biopsiada y analizada. (Fotografía 18)



Fotografía No. 18. Úlcera traumática.

## CÁNCER BUCAL

En las estadísticas mundiales el cáncer bucal representa del 2 al 5% de todas las neoplasias, contribuyendo a las estadísticas, con el 1% de la mortalidad asociada a cáncer. En México, el cáncer de la cavidad bucal ocupa el 21° lugar de todas las neoplasias malignas. Situando las estadísticas de acuerdo al género, el cáncer bucal ocupa el 14° lugar en cuanto a neoplasias se refiriere para el género masculino y el 22° para las mujeres mayores de 60 años. El 94% de los casos son debidos a carcinomas que se desarrollan en cualquier lugar de la mucosa bucal.

La importancia de detectar oportunamente el cáncer bucal es que hay una correlación estrecha entre las dimensiones de la neoplasia, su extensión y la sobrevida del paciente. Algo importante a considerar es que la epidemiología ha demostrado que cuando menos el 50% de los pacientes con cáncer de la cavidad bucal fallecen a consecuencia de una neoplasia diseminada 5 años después de haberse elaborado el diagnóstico.

La estirpe histológica que es causante de la mayor parte de los casos de cáncer de la cavidad bucal, corresponde al carcinoma de células escamosas. Se caracteriza por presentarse como una lesión que topográficamente es común en la lengua, piso de la boca, labios y paladar. Se relaciona estrechamente con lesiones premalignas como diversos tipos de leucoplasia o eritroplasia, que sólo en el 10% de los casos se malignizan.

La etiología del cáncer bucal es variada y es común que coincidan diversas causas en un mismo paciente. La irritación crónica parece ser un mecanismo fisiopatológico común para su desarrollo. Se asocia a una mala higiene bucal, tabaquismo, etilismo, deficiencias nutricionales, agentes biológicos como el virus del Ebstein-Barr y el virus del papiloma humano.

Por lo general, es asintomático en los primeros estadios y puede alcanzar dimensiones considerables antes de manifestar sintomatología, sin embargo, dentro de sus manifestaciones clínicas y dependiendo de la estirpe histológica, localización, tiempo de evolución, entre otras, podemos observar: engrosamiento de la mucosa, dificultad para realizar los movimientos de la lengua, boca seca, hipoestesia en el sitio de afectación, engrosamiento de la mucosa, etc.

(Fotografía 19)



**Fotografía No. 19.** Paciente con cáncer lingual, nótase la lesión infiltrante y vegetante en la cara ventral de la lengua.

Es conveniente reafirmar la importancia de la prevención, pues en estadios avanzados el tratamiento del cáncer bucal, puede requerir cirugía altamente mutilante, por lo tanto, la detección de lesiones premalignas es preponderante.

Dada la importancia de los conceptos vertidos en líneas anteriores, es trascendental que el personal de primer contacto realice una adecuada exploración de la cavidad bucal. En caso de encontrar una lesión sospechosa que no desaparece en un lapso de entre 7 y 10 días, es conveniente referir al paciente adulto mayor al especialista para la realización de una biopsia, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del caso.

## PERSPECTIVA GERONTO-GERIÁTRICA EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD BUCAL

Después de revisar que cambios se dan en la cavidad bucal como resultado del proceso de envejecimiento, así como sus patologías más frecuentes, se hace necesario reflexionar, con un enfoque geronto-geriátrico, sobre algunos puntos clave que deben tomarse en cuenta cuando se le brinde atención a los adultos mayores.

### Independencia en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

La independencia para la realización de las actividades básicas (ABVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD) como comer, levantarse de la cama, continencia de esfínteres, manejo del dinero, etc., deberá valorarse como parte del diagnóstico integral del adulto mayor, ya que estas tienen una implicación directa para el seguimiento de cualquier tratamiento estomatológico. Es decir, si un adulto mayor, ha perdido la independencia para la realización de las ABVD, es meritorio de contar con un cuidador que coadyuve en la realización de éstas y por lo tanto la terapéutica tendrá que explicarse a ambos.

### Redes de apoyo social

Es importante para el éxito de la terapéutica, saber el funcionamiento de las redes de apoyo del adulto mayor, tanto de tipo personal, institucional y comunitario. La importancia de ello radica en que constituyen un capital social para el paciente geriátrico ya que por medio de dichos elementos se puede solucionar problemática diversa.

El contar con seguridad social, una buena relación del adulto mayor con su familia o participar en grupos de ayuda dentro de la comunidad, permite establecer un pronóstico sobre el seguimiento del tratamiento y evolución de nuestro adulto mayor.

### Estado del cuidador primario

En los casos de que el adulto mayor requiere de un cuidador, es indispensable conocer si está informado adecuadamente sobre el padecimiento y alternativas de tratamiento para su paciente. También es importante conocer si el cuidador tiene un grado de depresión o colapso lo suficientemente significativo como para entorpecer o abandonar la terapéutica del adulto mayor. En caso necesario se deberá actuar y remitir al cuidador con el especialista competente.

### Fuentes de ingreso económico

Es posible que el paciente entienda la naturaleza de su padecimiento así como la terapéutica, que cuente con una adecuada red de apoyo personal y tenga buenas relaciones intrafamiliares pero si su ingreso económico es limitado, seguramente esto será un gran obstáculo para la terapéutica estomatológica.

### Motivación

El hecho de que el adulto mayor tenga confianza en el equipo de salud, permite que se facilite la atención integral del paciente. Hay que recalcar que el adulto mayor que es atendido con calidad y calidez se siente más motivado a iniciar y continuar con su tratamiento.

### Enfermedades generales

Se puede afirmar que existe una relación estrecha entre las enfermedades de la cavidad bucal y el control de enfermedades sistémicas sobre todo aquellas del tipo crónico-degenerativo, tanto cardiovasculares como metabólicas. Un ejemplo de lo anterior es que la presencia de focos infecciosos en la cavidad bucal, puede repercutir en el control glucémico del paciente diabético con la presencia de hipo o hiperglucemia. En estos casos el tratamiento estomatológico es la base del tratamiento general del paciente.

## MENSAJES FUNDAMENTALES QUE ESTA GUÍA PRETENDE REFORZAR

La salud bucal es parte de la salud general del adulto mayor y mucho más que dientes sanos

La atención a los adultos mayores debe tener un enfoque multidisciplinario donde se coordine la interacción entre el odontólogo y el médico para tener un panorama amplio del diagnóstico general del paciente y actuar en consecuencia.

El deterioro de la salud bucal no es atribuible al proceso de envejecimiento, sino es una consecuencia del estilo de vida adoptado por el individuo desde edades tempranas.

Los cambios del envejecimiento en la cavidad bucal, confieren al adulto mayor un aumento en la susceptibilidad para el desarrollo y complicación de patologías tanto locales como sistémicas, que obligan a que este sea meritorio de vigilancia estrecha y valorado con mayor frecuencia que otros grupos de edad.

No obstante que la odontogeriatría es una necesidad del perfil demográfico de nuestro país, el personal de primer nivel de atención debe estar informado sobre los cambios del envejecimiento y patologías bucales comunes en el grupo poblacional de adultos mayores.

Las medidas de prevención y autocuidado son pautas básicas de la atención integral del adulto mayor.



Programa Nacional de Atención al Envejecimiento  
Programa de Salud Bucal



[www.gobiernofederal.gob.mx](http://www.gobiernofederal.gob.mx)  
[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)  
[www.cenavece.salud.gob.mx](http://www.cenavece.salud.gob.mx)