



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**Facultad de Odontología**

**PROBLEMAS GERIATRICOS EN ODONTOLOGIA**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**CIRUJANO DENTISTA**  
**P R E S E N T A :**  
**FRANCISCO RODOLFO RUIZ BERMUDEZ**

**México, D. F.**

**1985**





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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## INDICE

Contenido:	Págs.
Introducción.....	1
División de la Estomatología Geriátrica.....	2-8
Alteraciones geriátricas de la lengua.....	9-14
Hipersensibilidad frente a los medicamentos.....	15-16
Alteraciones de la flora bucal por la edad.....	17-19
Anestesia de los dientes en la senectud.....	20-22
La extracción de dientes en la senectud.....	23-25
La odontología conservadora en la senectud.....	26-30
Las enfermedades de la pulpa en edad avanzada.....	31-32
Progresión de la infección dental en la edad senil.....	33-34
Parodontopatía senil.....	35-36
Las enfermedades de la mucosa bucal en la edad senil.....	37
Prótesis Geriátrica.....	38-40
Los tumores malignos en la edad senil.....	41-44
Las lesiones traumáticas en la edad avanzada.....	45-48
Tiempo y movimiento.....	49
Alimentación y dentadura.....	50-52
Profilaxis de la estomatología geriátrica.....	53-55
Conclusión.....	56
Bibliografía.....	57

## INTRODUCCION

Así como en la segunda mitad del siglo pasado, la Pediatría evolucionó hasta constituir una especialidad, así en nuestros días ha sido la Geriátría la que a su vez ha llegado a constituir también un campo especializado dentro de la Medicina.

Por lo que se refiere a la especialidad que trata de la boca, de los dientes y de los maxilares, constituye la Estomatología geriátrica, que tiene por objeto el estudio de los fenómenos buco dentales de la edad senil, a fin de que, con los conocimientos adquiridos, elaborar una profilaxis y terapéutica adecuadas.

Por lo consiguiente he escogido este tema, ya que lo veo de suma importancia para mí y todas aquellas personas que ejersan esta profesión, para servir más y mejor a las personas mayores que recurran a un consultorio dental.

## DIVISION DE LA ESTOMATOLOGIA GERIATRICA

La Estomatología Geriátrica, se divide en cuatro partes:

- 1a. El terreno social, que se ocupa de las condiciones de vida de la persona que va envejeciendo y de la persona anciana (condiciones personales, profesión, ocupación, jubilación, etc.).
- 2a. La delimitación entre los fenómenos fisiológicos debidos a la edad y los de origen patológico (Fig. 1).
- 3a. Los problemas de la terapéutica.
- 4a. La profilaxis.

Quisiera hacer preceder un breve comentario, destinado a los diferentes aspectos del problema, con la comprobación de que en el sistema dentario se pueden distinguir siete periodos biológicos:

- 1.- El periodo embrionario del desarrollo del diente.

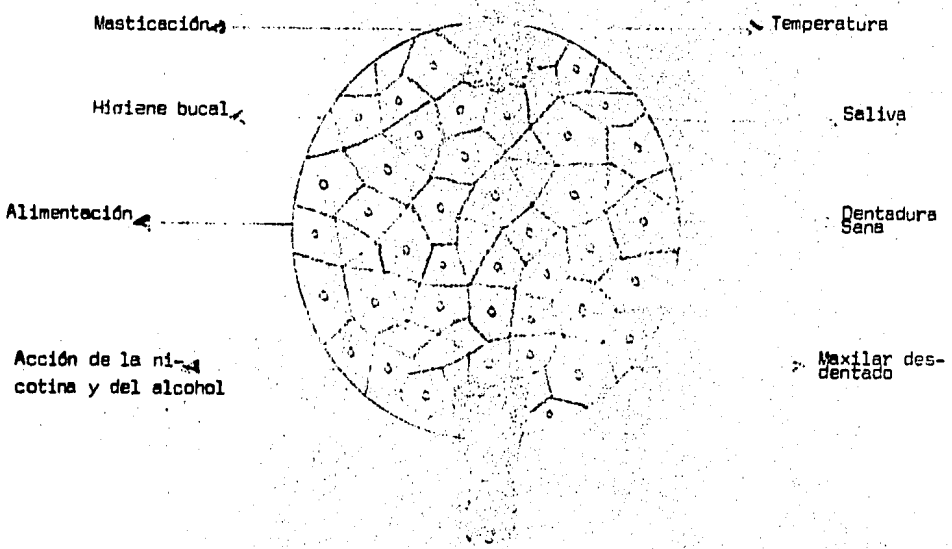


Fig. 1. Los factores externos actuales sobre los dientes y la mucosa bucal.

- 2.- Del lactante desdentado.
- 3.- De la erupción de la dentadura temporal.
- 4.- De la dentadura temporal.
- 5.- Del cambio de dientes y de la dentadura mixta.
- 6.- De los dientes permanentes.
- 7.- De las alteraciones debidas a la edad.

Esta subdivisión facilita el conocimiento y la diferenciación de las alteraciones según la edad; pero también ofrece una buena base para estudios antropológicos y forenses.

Las alteraciones fisiológicas características de la edad en la zona dental y oral se pueden resumir de la siguiente manera:

Entre los tejidos del diente, el esmalte sufre con el progreso de la edad tanto en los bordes incisales, como en las caras oclusales, y también en sus zonas proximales, un desgaste lento y progresivo (abrasión). Su magnitud depende de la consistencia de la alimentación habitual, del mecanismo masticador y de la dureza del esmalte.

Otra alteración importante debida a la influencia de la edad, la constituye la calcificación progresiva del esmalte, que lo convierte en más

quebradizo y seco, rebajando su permeabilidad.

La dentina, asimismo, sufre un proceso esclerosante. La aposición de dentina secundaria conduce al estrechamiento del canal radicular y, con ello, a una disminución de la sensibilidad y de la elasticidad de la dentina. Esto nos explica el hecho de que la sensibilidad al fresado en los pacientes de edad más avanzada se ve disminuida. La aposición de dentina secundaria comienza primero en la cámara pulpar, pero asimismo se van engrosando las paredes de los canales radiculares, de modo que en la edad senil, éstos pueden llegar a obliterarse casi en su totalidad.

El desgaste creciente de la corona dentaria se ve compensado por la aposición de cemento secundario que va progresando lentamente en la región apical y en la bifurcación de las raíces de los dientes multirradiculares, y que perdura durante toda su vida. Sin embargo, al interpretar la deposición de cemento secundario como síntoma de senilidad se debe proceder con cautela, porque, como es sabido, podemos hallar una hipercementosis como consecuencia de una actividad creciente de los tejidos mesenquimatosos también en dientes más jóvenes.

En la pulpa tienen lugar, a lo largo de la vida, alteraciones crecientes de naturaleza histoquímica. En el transcurso del cambio regre-



sivo sufre una degeneración grasosa, cálcica e hialina. El lugar de las células pulpaes se ve ocupado por elementos fibrosos y, después de la reducción, tanto de los elementos sanguíneos, como los nervios, se llega a una atrofia reticular. Nakamura y Kohári, consideran la degeneración grasosa - más allá de los cuarenta años como constante, y piensan que ésta sea responsable de la atrofia reticular, así como del origen de los dentículos. Según nuestro criterio, igualmente puede participar en la presentación de una neuralgia de trigémino sintomática. Pasados los cuarenta años se va reduciendo paulatinamente el número de las ramificaciones apicales y laterales, probablemente a causa de la calcificación.

A medida que avanza la edad, se va estrechando el espacio desmodontal por razones fisiológicas en el diente sometido a un trabajo funcional; en casos excepcionales, incluso puede llegar a soldarse la raíz con el hueso alveolar. Sin embargo, la reducción del espacio desmodontal no se realiza tanto por la hipercementosis, como por el engrosamiento óseo de la pared alveolar interna.

El borde del proceso alveolar se va atrofiando y el hueso se torna quebradizo. Debido al metabolismo reducido y a la disminución de la vascularización se va reduciendo su capacidad regeneradora. En las zonas marginales generalmente se presentan inflamaciones (parodontitis marginal). El

estrechamiento del espacio desmodontal limita en edades avanzadas la movilidad del diente; como asimismo se reduce la elasticidad del alvéolo, la extracción de un diente presentará mayores dificultades y se llegará a producir una fractura con mayor facilidad.

La mucosa bucal, con el avance de la edad, acusa el cuadro de una atrofia, se torna lisa y sin brillo, y debido a la desaparición de las fibras submucosas y elásticas, también se va reduciendo su elasticidad. Como consecuencia de la degeneración reciente de las glándulas salivales submucosas, pero sobre todo debido a la secreción decreciente de las glándulas salivales mayores, puede llegar a presentarse una xerostomía seguida de una hiperqueratosis y formación de manchas blanco-grisáceas en la lengua. La disminución del riego sanguíneo en la mucosa reduce la capacidad regeneradora de los tejidos orales.

Con frecuencia hallamos pacientes de edad avanzada que consultan al médico por sus molestias radicadas en la articulación temporomaxilar, debidas a que la superficie cartilaginosa de las superficies articulares, pasados los cuarenta años, van presentando alteraciones degenerativas. Asimismo pueden presentarse trastornos en la articulación temporomaxilar, ya sea por una mordida demasiado baja, debido a una pérdida prematura de todos los dientes, o de los molares, o también por una mordida excesivamente alta. Los --

síntomas del síndrome temporomandibular son sensaciones dolorosas, crepitación en la articulación temporomandibular, trastornos disfuncionales al abrir y cerrar la boca.

Resumiendo, podemos asegurar que las alteraciones debidas a la edad, de naturaleza funcional fisiológica y biológica, tanto en los dientes como en el alvéolo se manifiestan de manera muy característica, ya que ellas nos permiten conocer aproximadamente la edad del paciente. También la forma y el color, así como la composición química y la estructura del diente, sufren una alteración importante. Van aumentando los elementos anorgánicos del diente, a costa de los orgánicos, el alvéolo y el hueso maxilar se deshidratan, y se va reduciendo el número de fibras elásticas y colágenas.

## ALTERACIONES GERIÁTRICAS DE LA LENGUA

En las alteraciones de la lengua tanto en su morfología como en su aspecto se refleja el estado de salud de cada momento de la persona. - Con frecuencia, en el epitelio superficial del dorso de la lengua de pacientes de edad avanzada, las papilas filiformes y fungiformes están atrofiadas o se hallan cubiertas por una capa saburrosa. Participa en la formación de la capa saburrosa la circulación sanguínea, las enfermedades febriles, las emociones, el fumar, etc. Mientras que esta capa saburrosa se disuelve más rápidamente en edades menos avanzadas, en las personas mayores, permanece fuertemente adherida a la lengua y resulta difícil su eliminación, que puede realizarse por frotamiento con un cepillo de dientes mojado. Es conveniente utilizar al mismo tiempo una solución de agua oxigenada del 1 al 3 por 100. La limpieza de la boca mejora la sensibilidad gustativa, el apetito y el estado general; por esta razón es aceptada con agrado por pacientes en estado febril. Según observaciones propias la mucosa de la lengua y las papilas de personas que llevan algún tiempo desdentadas y que no son portadoras de prótesis de ninguna clase no presentan ninguna señal de atrofia. Asimismo la musculatura, y con ello el volumen de la lengua, conserva su tamaño primitivo, porque en la persona desdentada, en parte, es la lengua la que desempeña el trabajo realizado ante

riormente por los dientes: aplastando la comida, la mezcla con la saliva y - la prepara para ser deglutida. Algo exageradamente, se podría decir que las personas desdentadas "mastican" con la lengua; de todos modos, en ellos la lengua -desde luego el órgano de mayor movilidad- ejerce una función incrementada.

La exploración de la lengua, en cuanto a su sensibilidad táctil y dolorosa, mostró que las alteraciones siempre aparecen como secuela de una enfermedad fundamental debida a la edad. Se puede observar una disminución táctil en la lengua pilosa negra y en la leucoplasia de la mucosa lingual. Se han quejado de sensaciones dolorosas personas ancianas que, a causa de una hipersensibilidad, no pudieron habituarse al uso de la prótesis.

Exámen de la sensibilidad gustativa en la lengua de personas ancianas:

Pasados los sesenta años, va desapareciendo la sensibilidad al sabor dulce y salado, en cambio se agudiza la sensibilidad al sabor amargo en el sector de las papilas circulantes.

Los fumadores y portadores de prótesis reaccionan, sobre todo, a los sabores ácidos y amargos. Asimismo la sequedad de la lengua reduce las

sensaciones gustativas. Los trastornos de esta índole son debidos, en primer lugar, a las capas saburrosas, a inflamaciones de la mucosa lingual, por ser portadores de prótesis y por alteraciones debidas a la leucoplasia.

Por tanto, resumiendo, podremos indicar como característico en la lengua senil:

- 1.- La hiperqueratosis de las papilas filiformes.
- 2.- La hiposalivación.
- 3.- La hipo y la disgusia (trastornos gustativos).
- 4.- La hipertrofia de los músculos de la lengua en la boca desdentada.
- 5.- La lengua escrotal.

Este complejo sintomático recibe el nombre de síndrome gerolingual.

#### La estimulación de la secreción salival

Es frecuente hallar en las personas ancianas una reducción en la secreción salival, circunstancia que les perturba en la ingestión de alimentos, tanto como para llevar una prótesis, e incluso en su estado general.— La secreción salival se estimula por medio de un tratamiento medicamentoso,

y mecánico. En el primer caso se puede avivar la secreción salival mediante la administración de la pilocarpina parasimpático-mimética (0.15 mg. de hidrocloreto de pilocarpina, por vía oral, un cuarto de hora antes de la comida, dos veces al día). En casos menos frecuentes se puede pensar también en una implantación de hipófisis.

Son sobre todo los estimulantes de naturaleza química, como las sales y los ácidos en forma soluble, los que provocan la secreción salival. Por esta razón recomendamos a nuestros enfermos que se enjuaguen varias veces al día con una solución de 1 a 2 g. de sal común en un vaso de agua. — Igualmente resulta estimulante la toma de una limonada natural.

La secreción salival también puede ser provocada por la acción mecánica, es decir, el masaje de las glándulas salivales grandes (la parótida, las glándulas sublinguales, las submandibulares). Este masaje es efectuado por el paciente con los dedos húmedos, enjabonados o dados con crema, dos veces al día durante cinco minutos. También resulta conveniente recomendar al enfermo la ingestión de alimentos que exijan un cierto trabajo masticatorio, porque con ello se obliga a trabajar a los músculos masticadores.

Glosodina, glosopirosis, glosalgia y neuralgia lingual

La mayoría de los trastornos linguales se presentan en las mujeres en el climaterio. En este caso se trata de un síntoma procedente de trastornos del sistema neuroendocrino reflejados en la lengua. Los hombres muy rara vez presentan molestias en la lengua.

El fondo psíquico de las molestias linguales está constituido -- por varios factores:

- 1.- La cancerofobia. Los pacientes vigilan con más o menos frecuencia su lengua ante el espejo y llegan a pensar que las papilas, sobre todo las foliadas y las circunvaladas, son formaciones malignas.

Es característico el hecho de que la lengua en aquellos enfermos, objetivamente mirada, no aparece enferma, y que acaso pueda observarse una capa suburrosa o una descamación -- del epitelio. Con frecuencia se observa una disminución de la secreción salival, cuya normalización, según nuestras observaciones, constituye una de las condiciones previas para la curación.

- 2.- La monofobia, la sensación de encontrarse abandonado, el -- miedo anormal ante la soledad (depresión).



- 3.- La entrocofobia, evitar el trato con las personas y hacer vida de relación, que puede llegar a exacerbarse hasta producir terror ante la idea de la proximidad de personas extrañas.
- 4.- La disminución, atonía o la pérdida completa de vitalidad — (falta de fuerza vital).
- 5.- El aumento de susceptibilidad o capacidad de reacción psíquica del organismo.

Por medio de una simple influencia psíquica tranquilizadora - no siempre resultará posible curar estas molestias variadas. Unicamente en los casos de cancerofobia le será posible al médico obtener éxitos completos mediante un tratamiento de su— gestión. Por lo visto, en los trastornos en la lengua tam— bién las condiciones sociales del enfermo y la alimentación - correcta desempeña su papel, debido a que ambos son importan— tes para la conservación del interés y la alegría de la vida.

## HIPERSENSIBILIDAD FRENTE A LOS MEDICAMENTOS

Los medicamentos, tanto si son suministrados por vía bucal o parental, pueden conducir también en el anciano a alteraciones tróficas o alérgicas en la mucosa bucal (estomatitis tóxica, alérgica).

Mientras, de un lado, el mismo medicamento puede desencadenar individualmente distintos síntomas patológicos, de otro lado, el suministro de distintos medicamentos a la misma persona es capaz de provocar la presentación de síntomas parecidos. Las alteraciones aparecen en general en forma de erupciones o de eritemas con formación de ampollas. Es de todos conocida la acción alérgica de los antibióticos.

Una hipovitaminosis con carencia del complejo B puede dar lugar a una hiperplasia en forma de lengua pilosa negra. La causa inmediata radica en la falta de flora intestinal necesaria para la síntesis de las vitaminas. Ciertos antibióticos pueden atacar el sistema hematopoyético, especialmente el leucopoyético (agranulocitosis, etc.) y dar lugar a la aparición de alteraciones graves ulcerosas y necrotizantes, que avanzan en profundidad.

En determinados casos se manifiesta una hipersensibilidad, por ejemplo debido a la acción de las prótesis acrílicas, abarcando la inflamación precisamente en la zona que cubre la prótesis. La zona inflamada presenta rubefacción, está dolorida con sensación de ardor. En ocasiones este cuadro va acompañado de alguna úlcera de decúbito y formación de ampollas. En estos casos no se debería insertar la prótesis hasta la curación de la inflamación. Al paciente se le ordenarán enjuagues con infusión de manzanilla. También la negligencia en la higiene bucal puede dar lugar a inflamaciones, el portador de la prótesis deberá ser instruido ampliamente, por razones de profilaxis, en la limpieza de la prótesis y de la boca. En general se deberá limpiar la prótesis por lo menos dos veces al día: por la mañana y por la noche, y, a ser posible, después de cada comida, con cepillo y polvos o pasta dentífrica. Igualmente se deberá enjuagar la boca cuidadosamente con agua clara. En personas ancianas, tropezamos en este sentido con negligencias sorprendentes.

## ALTERACIONES DE LA FLORA BUCAL POR LA EDAD

La composición de la flora bucal depende también, en la boca sana, de la alimentación, de la masticación, de las condiciones cuanti y cualitativas de la saliva y sus oscilaciones a lo largo del día. Igualmente, también va cambiando con la pérdida progresiva de las piezas dentarias, — porque ya no existen bolsas gingivales en las que de preferencia pueden albergarse las bacterias.

Según Berger, la flora bucal de los portadores de prótesis presenta doble cantidad de especies, aerobios y anaerobios, que aquellos pacientes que están absolutamente desdentados. En cambio, en las bocas parcialmente desdentadas, con espacios libres, disminuye la cantidad de las bacterias fusiformes y de espirilos; tampoco aumenta en los portadores de prótesis, incluso en éstos pueden faltar ambas clases de bacterias. Esto explica el hecho de que las úlceras por decúbito ocasionadas por la presión de la prótesis se curan más rápidamente y mejor que las ulceraciones estomatogingivales debidas a otras causas. En los casos de pérdida parcial de los dientes asimismo se reduce la cantidad de los lactobacilos, a veces incluso llegan a aparecer de nuevo, alcanzando en ocasiones otra vez su número primitivo. Las micobacterias presentan un comportamiento análogo.

## Candidiasis Oral

El incremento del número de portadores de prótesis, así como la - introducción de los antibióticos, de la cortisona y de la terapéutica citotóxica, ha hecho aumentar la frecuencia de los casos de inflamaciones de la mucosa bucal de origen micótico. Resulta biológicamente interesante, que - el mayor número de casos de candidiasis se presenta en lactantes y ancianos. En la producción de estas condiciones fisiopatológicas, parecidas entre sí, concurren los siguientes factores:

- 1.- La falta de dientes.
- 2.- La secreción salival escasa, es decir, la falta de autolimpieza de la boca.
- 3.- Según Wannermacher, el aumento de la temperatura local a causa de la fermentación en el interior de la boca cerrada.
- 4.- La oscilación de la concentración de hidrogeniones entre los valores pH de 5 a 6, en la superficie de la mucosa cubierta por la prótesis.
- 5.- En los lactantes, la infección se ve relacionada, sobre todo con la alimentación láctea.

Terapéutica: Se deberá practicar una higiene cuidadosa de la boca con limpieza y desinfección de la prótesis; resulta más conveniente la susti

tución de la prótesis por otra nueva. Desleír en la boca tres tabletas de Nystatin al día, durante un período de diez a catorce días.

Advertencia: La presencia del *Candida albicans* en el frotis obtenido de las zonas de mucosa localizadas debajo de la prótesis deberá ser comprobada tanto por examen microscópico como en la placa de agar de Saburad; en caso necesario se ha de iniciar inmediatamente el tratamiento con medios fungicidas.

Con frecuencia se recomiendan la pincelación con una mezcla de bórax-glicerina o los enjuagatorios con Neomagnol, por ser el *Candida albicans* sensible a los desinfectantes. Asimismo se puede hallar con frecuencia un ángulo infeccioso en ambas comisuras labiales acompañado de grieta y fisuras combatibles con éxito mediante la aportación parenteral de vitaminas B y C.

## ANESTESIA DE LOS DIENTES EN LA SENECTUD

Para las intervenciones, generalmente efectuadas en régimen de ambulatorio, en la región dental y bucal, es completamente suficiente la anestesia local. Prescindiendo de algunos pacientes hipertensos o con trastornos más importantes del sistema cardiovascular, las personas de edad más avanzada toleran bien la anestesia. En la anestesia por infiltración en las regiones corticales maxilares hay que tener en cuenta que el anestésico se difunde más lentamente en los tejidos más viejos, por ser menor el número de orificios óseos en la cortical. De otro lado, la encía, debido a la atrofia alveolar senil, presenta una sensibilidad más reducida, incluso en los dientes frontales. La dentina se halla ampliamente esclerosada, la pulpa retraída, y también la sensibilidad del diente se halla reducida, detalle claramente perceptible en la preparación de cavidades y al tallar algunos dientes.

Al aplicar el anestésico local habrá que tener en cuenta también las alteraciones de la mandíbula con falta múltiple de dientes o de la pérdida de todos ellos. No solamente está alterado por atrofia el hueso alveolar en el aparato fijador del diente, sino también el cuerpo de la misma mandíbula con sus ramas ascendentes. Con la pérdida progresiva de los

dientes, se reduce el tamaño del maxilar inferior; sin embargo, la lengüeta (o espina de Spix) mantiene su posición relativa en la mitad de altura entre el cóndilo y ángulo. La rama ascendente se halla tan estrechada, que la profundidad de la punción al anestesiar el nervio alveolar inferior queda reducida a 1 ó 1.5 cm. (Fig. 2).

En la mandíbula desdentada falta generalmente el pliegue pterigo mandibular, así como el triángulo retromolar, sobresaliendo en cambio claramente la tuberosidad mandibular. Al depositar el anestésico se trata de realizarlo por encima de la lengüeta mandibular (espina de Spix) y detrás del ligamento esfenomandibular. Para alcanzar con la aguja el espacio pterigomandibular no será preciso dirigirla desde los premolares del lado opuesto, porque el espacio puede ser alcanzado desde el mismo lado en que se ha de efectuar la punción.

Un método práctico para alcanzar el punto de la punción consiste, en palpar la rama ascendente dentro de la boca con el pulgar, y el ancho de la mandíbula en cambio, a través de la piel con el índice y el dedo medio.



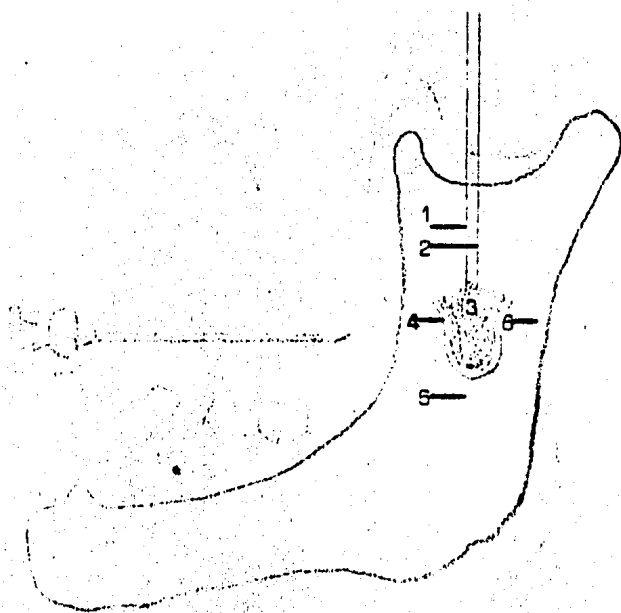


Fig. 2. Anestesia del nervio alveolar inferior en la mandíbula dentada y desdentada (dibujo esquemático). La solución anestésica infiltra: 1. La rama del nervio alveolar inferior y el foramen, señalado con el número 2 (con efecto anestésico positivo). 3. La zona del orificio mandibular y la zona perilingual (con efecto positivo). 4. La zona delante del foramen mandibular (con efecto nulo). 5. La zona debajo del foramen mandibular (sin efecto anestésico). 6. La zona situada detrás del foramen mandibular (sin efecto anestésico).

## LA EXTRACCION DE DIENTES EN LA SENECTUD

En edades más avanzadas, con frecuencia el hombre descuida el saneamiento más elemental de la boca y de los dientes. Una de las razones para ello la constituye su miedo a la anestesia, a la intervención quirúrgica y a las posibles hemorragias postoperatorias. Como, en general, el estomatólogo no se ve obligado a practicar intervenciones de importancia vital, en la mayoría de los casos dispone de tiempo y de la posibilidad para escoger el momento adecuado de la operación y tratar de tranquilizar psicológicamente al enfermo. Si fuera preciso, también podrá consultar a un internista y ordenar la puesta en práctica de todos los análisis de laboratorio necesarios.

En ciertas personas de edad avanzada, no se trata de los años que marca el calendario, sino de su estado biológico y de las enfermedades que padece en la actualidad; tomaremos en consideración los factores que en algún caso pueden señalar la contraindicación. Si en la anamnesis hallamos diabetes, tuberculosis, trastornos cardíacos, arteriosclerosis o hipertonías, habrá que consultar obligadamente con el internista.

En las personas de edad avanzada, las raíces y los dientes a extraer pueden estar movidos, siendo entonces su avulsión fácil. De otro la

do, se puede tratar de dientes denudados, quebradizos con hipercementosis, alojados en alvéolos esclerosados. En estos casos habrá que proceder con cautela extrema, porque se intentará en principio luxarlos lentamente en su alvéolo. Si esto no se consigue después de repetidos y suaves intentos de aflojamiento, habrá que levantar preventivamente un colgajo mucoperiosteal para conseguir poner al descubierto la mayor parte de la raíz. Con el colgajo levantado no se utilizará el escoplo, sino que con ayuda de una fresa quirúrgica o de una fresa redonda se pondrá al descubierto la raíz, tanto que ya con un movimiento ligero y poca fuerza sea posible la extracción del diente. De esta manera se evitan las fracturas de dientes y las inevitables destrucciones más amplias de tejidos, y las fracturas de la mandíbula, desde luego menos frecuentes.

En ocasiones, nos vemos enfrentados con el serio problema de dejar una raíz dentro del maxilar. Señalaremos que solamente en muy pocas ocasiones podremos estar de acuerdo con este proceder.

También sucede, en los portadores de prótesis, que, a consecuencia de la resorción alveolar y maxilar, aparecen parcialmente impac- tados, pero sobre todo, retenidos, desencadenando entonces una inflamación de las partes blandas vecinas. Esta situación puede llegar a ser entonces

especialmente crítica, si un diente se halla impactado en la mandíbula en sentido horizontal. Una vez aclarada la situación mediante una radiografía, se deberá efectuar la intervención, a ser posible, no en régimen ambulatorio, sino de hospitalización y de cuidados clínicos.

Las experiencias clínicas nos afianzan en la idea de que los dientes impactados y retenidos, siempre y cuando no sea de esperar una utilización funcional, deberían ser extraídos en una época asintomática, y, a ser posible, en edad juvenil (entre los dieciocho y los veinticinco años). Se sabe que el hueso en los años jóvenes de la vida posee una elasticidad mucho mayor y presenta una mayor capacidad regeneradora que en edades más avanzadas. El hueso esclerosado se cura mucho más lentamente, y al emplear una fuerza mayor, existe el peligro de una fractura de la mandíbula.

## LA ODONTOLOGIA CONSERVADORA EN LA SENECTUD

El individuo joven acude al estomatólogo para solicitar de él la conservación de sus dientes enfermos. En cambio la persona mayor lo hace para conseguir la reposición de los dientes, que ha perdido, lo que en realidad se debe considerar como completamente normal. La caries es una enfermedad de edad más juvenil, cuyo tratamiento abandonado o realizado sin éxito conduce a la pérdida prematura de los dientes.

Además de la caries, también existen otros motivos que pueden precisar el tratamiento conservador de los dientes, por ejemplo los defectos en forma de cuña debidos a erosiones en la región cervical de los dientes, la abrasión, así como las irritaciones de naturaleza química y los traumatismos.

La caries en la edad avanzada presenta las características siguientes:

- 1) La localización difiere en los distintos dientes de la que se observa en edades más tempranas según la denudación y la abrasión de los dientes y según la atrofia de la encía,

- 2) El desarrollo y la progresión discurren con lentitud.
- 3) Los síntomas debidos a la caries son menos intensos, y a veces todo el proceso discurre asintóticamente.
- 4) Todo lo característico que resulta para las edades juveniles la presencia de caries de fisura y en las fositas en los premolares y más tarde, las proximales, tan claramente se caracteriza la senectud por las caries de cuello en el límite del esmalte con el cemento (Fig. 3).
- 5) Muy frecuentemente hallamos en el cuello del diente el defecto en forma de cuña, que no debe ser considerado como consecuencia de una caries, sino que debe su origen al desgaste.- Schranz y Huszar han podido apreciar parecidas faltas de sustancia en los dientes frontales de cráneos prehistóricos, probablemente precedidas de una atrofia gingival.
- 6) Con el avance de la edad se van nivelando las frecuencias de caries relacionadas con los distintos grupos de dientes.

Las caries dentales aparecen con más frecuencia entre los cincuenta y los sesenta años. En esta edad su evolución es generalmente más lenta y más pobre en síntomas. En edades más avanzadas, sobre todo en personas que mastican bien o que son fumadores -incluso en casos en que el cuidado de la boca es más bien deficiente- se puede hablar de una relativa inmunidad a las caries. De otro lado se observa con frecuencia una manifiesta --

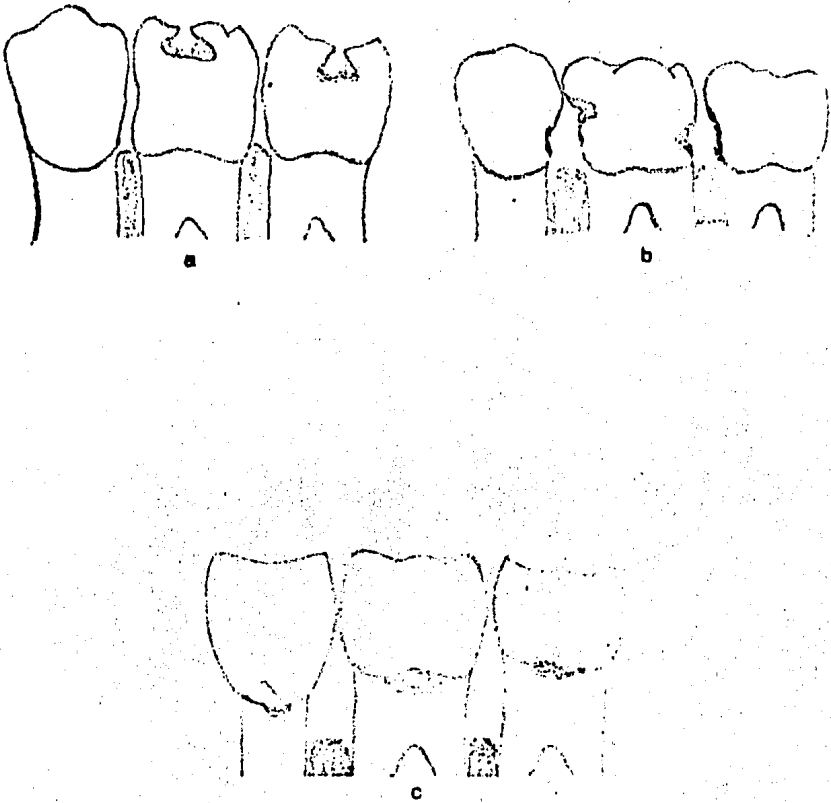


Fig. 3. Representación esquemática de la localización de las caries según la edad: a) caries en las caras triturantes en edad juvenil; b) caries - proximales en edad juvenil y en edad media de la vida; c) caries de cuello en la senectud (caries en el cemento).

presencia de caries cuando, por ejemplo en portadores de una prótesis parcial, debido a su configuración defectuosa, se reduce la ingestión de los alimentos, la correcta masticación, la secreción salival y la autolimpieza de los dientes.

Problemas de diagnóstico y terapéuticos de la caries dental en la edad avanzada

El diagnóstico de la presencia de caries dentales en senectud se ve dificultado:

- 1) Por la disminución de la sensibilidad al dolor.
- 2) Por la imposibilidad que surge, en algunas ocasiones, de comprobar la vitalidad del diente.
- 3) Por la aparición de caries en zonas ocultas, como, por ejemplo, debajo de obturaciones, coronas o sitios en contacto con la prótesis.
- 4) Por las circunstancias especiales que se presentan en los pilares de puentes coronados. Aquí, las caras triturantes pueden estar perforadas, debido al largo uso, lo que puede conducir a una pulpitis gangrenosa oculta.

Una atención especial merece la llamada caries húmeda protética de los portadores de prótesis, que da lugar a unas abrasiones extremas en super



ficie, seguidas de ablandamiento de la dentina, no solamente en los dientes portadores de corbatas, sino también en la cara lingual en los dientes del maxilar inferior o en la región palatina del maxilar superior.

En el tratamiento de la caries senil, según Black, el principio de la preparación de las cavidades, el de la extensión preventiva y también el de la restauración de los puntos de contacto en las obturaciones proximales requiere su adecuada interpretación.

#### La caries cervical

La caries cervical es la que presenta un mayor peligro para los dientes de las personas ancianas. A veces se halla extendida en superficie o abarca el diente denudado en todo su contorno. En estos casos se habla de una caries circular senil. Los dientes afectados se rompen y quiebran con facilidad. En estos casos no se puede pensar en una verdadera preparación de cavidades, por ello será conveniente aplicar a los dientes anteriores coronas del color de los dientes naturales, y a los dientes posteriores, en cambio, coronas metálicas. La experiencia nos muestra que los dientes protegidos por coronas metálicas son los que se conservan mejor a lo largo de la vida.

## LAS ENFERMEDADES DE LA PULPA EN EDAD AVANZADA

La pulpa senil se caracteriza:

- 1) Por una atrofia reticular, esclerosis y por una degeneración.
- 2) Por la poca frecuencia y la carencia total de inflamaciones - agudas exudativas (regresión en número de los vasos y de la - inervación de la pulpa).
- 3) Por su retracción gerofisiológica.
- 4) Por el estrechamiento de los canales radiculares (que a veces son inabordables para los instrumentos dedicados a su trata- miento).
- 5) Por su necrosis a veces no reconocida.
- 6) Por la calcificación intrapulpar (canalicular), respectivamen- te, por la aposición de sales cálcicas.

Todas estas características muestran claramente que el tratamien- to radicular en personas ancianas representa una intervención que exige por parte del estomatólogo mucha paciencia y tiempo.

El tratamiento radicular en las personas de edad avanzada

En la edad senil son relativamente escasos los tratamientos radicu

lares, sobre todo porque en una dentadura en la que ya faltan algunas piezas dentarias resulta más fácil decidirse por una extracción. De todos modos, el tratamiento debe ir precedido de la toma de radiografías, que nos orientarán sobre la permeabilidad, las curvaturas y la amplitud de la raíz, así como su retención en el hueso, suministrándonos las bases indicadores indispensables. Desde luego, es cierto que el tratamiento de nervio en la senectud es un trabajo relativamente agradecido, porque rara vez se presentan infecciones periapicales y por ello no surgen complicaciones debidas a parodontitis.

Un tratamiento radicular paliativo puede estar indicado como medida preventiva contra una fractura de una corona dentaria, por ejemplo cuando hay que tener que un proceso carioso que parte del límite esmalte-cemento o un defecto en forma de cuña, progresando lentamente, van a alcanzar la pulpa, siendo sus consecuencias más probables una pulpitis o una gangrena. En este caso se podrá pensar también excepcionalmente en una devitalización con ácido arsenioso. Sin embargo, habrá que tener en cuenta que la devitalización con arsénico obra con mayor lentitud en la persona senil. En los dientes monorradiculares, generalmente, el tratamiento radicular va seguido de éxito, mientras que en los dientes plurirradiculares está indicada la extracción.

## PROGRESION DE LA INFECCION DENTAL EN LA EDAD SENIL

En la edad senil hay que conceder menos importancia a las infecciones dentales, porque muestran una tendencia manifiesta a la localización. La pulpa se infecta con menos facilidad y la gangrena se produce casi insensiblemente. Por tanto, también se hallan con menos frecuencia focos periapicales, y tanto la osteítis como también la osteomielitis discurren con síntomas menos generalizados. La temperatura debida a una infección, generalmente es más baja, las defensas del organismo envejecido se hallan reducidas, condición ésta apreciable por la fórmula leucocitaria, en la que falta su desviación leucócica. Asimismo, en la edad avanzada, el sistema linfático presenta una actividad más reducida e igualmente se desarrollan más lentamente las adenopatías regionales.

Los focos locales: En la edad senil no se concede una gran importancia a la infección focal, en parte, porque el anciano ya ha perdido sus dientes alterados por inflamaciones, y solamente ha conservado sus consecuencias, en parte, porque las alteraciones óseas en el hueso esclerosado permanecen más aisladas y también porque la diseminación de las toxinas y de los alérgenos y su resorción por el sistema circulatorio se efectúa con menos facilidad.

El reconocimiento de unos cien reumáticos de edad avanzada condujo a la comprobación de que apenas existían algunos entre ellos a quienes, a causa de la sospecha de una infección focal, no les hubieran sido extraídos uno o varios dientes. A pesar de ello, solamente en uno de estos casos ha sido posible observar una curación espectacular, y únicamente en tres casos ha sido posible observar una ligera mejoría.

## PARODONTOPATIA SENIL

En la mayoría de los casos, el comienzo de la afección alveolar en personas de edad avanzada ha dado comienzo en la edad media de la vida. Estos estados patológicos deben ser considerados como progresivos, que conducen a la pérdida prematura de los dientes.

### Síntomas de las paradontopatías en la senectud

Con mucha frecuencia se hallan en la senectud las gingivitis marginales, así como los depósitos de sarro, la preferencia cuando, debido a la reducción de la función masticatoria, va fallando la autolimpieza. Frecuentemente, los dientes ya de por sí bastante aflojados, se ven fijados o bloqueados como con una férula por la capa gruesa de sarro que los cubre. Las dentaduras de pacientes femeninos presentan relativamente menos sarro, porque ellas se someten con mayor frecuencia a la tartrectomía y dedican una mayor atención a su higiene bucal. Además de la cantidad de sarro, hay que observar también su coloración. El sarro oscuro es generalmente más duro y existe en menor cantidad que el claro, que suele depositarse en mayor cantidad. La nicotina también colorea en tonos más oscuros el sarro blando. Las dos zonas predilectas para la deposición del sarro son las superficies linguales de los incisivos inferiores, así como las superficies vestibulares de

los molares superiores.

La aparición simultánea de caries y parodontopatías se observa en el paciente senil con menos frecuencia.

#### Tratamiento de las parodontopatías en la edad avanzada

En el tratamiento se pondrá en práctica la tríada terapéutica usual: 1) Tratamiento local (limpieza, gingivectomía, masaje); 2) Bloqueo con férulas móviles o amovibles; 3) Medidas reconstituyentes generales (aplicando estimuladores biógenos). En los pacientes de edad más avanzada, no se recomienda la aplicación de una férula fija, sobre todo cuando va acompañada de una devitalización, porque ya el tratamiento de nervio resulta de pronóstico menos favorable, y además porque entre los dientes denudados y emigrados pueden existir considerables desviaciones en sus ejes, y finalmente porque faltan los dientes precisos para una ferulación complicada. Por estos motivos, resulta preferible la aplicación de férulas móviles, quizá combinadas con una prótesis parcial. Para la conservación del resto de la arcada dentaria, se puede actuar sobre uno u otro diente mediante el tallado selectivo, evitando con ello la sobrecarga actuante sobre algunos dientes en malposición.

## LAS ENFERMEDADES DE LA MUCOSA BUCAL EN LA EDAD SENIL

Las alteraciones de la mucosa bucal debidas a la edad también influyen sobre sus afecciones. En edad más avanzada se presenta un número menor de enfermedades infecciosas de la boca, debido a que las fibras colágenas del tejido conjuntivo sufren un aumento y, con ello, aumenta su capacidad de resistencia. Además, debido al incremento de la cornificación del epitelio la penetración de las bacterias se ve dificultada. En la boca dentada tampoco se puede desarrollar una gingivitis o una estomatitis. Si en el borde gingival de los dientes restantes se llegan a producir procesos inflamatorios, entonces éstos discurren generalmente con menos síntomas que en la edad juvenil. En algunas observaciones clínicas, la queilitis angular, la leucoplasia, el liquen ruber planus y el pénfigo, la candidiasis y el síndrome de Sjogren constituyen aquellos cuadros clínicos que son más frecuentes en la edad avanzada.



## PROTESIS GERIATRICA

En la inmensa mayoría de los casos, el estomatólogo tiene que insertar las prótesis a pacientes de edad más bien avanzada. Puede tratarse de personas parcial o totalmente desdentadas. Los últimos dientes se pueden perder en la edad juvenil, en la edad media o en edad más avanzada. Por ello distinguimos entre la anodocia juvenil (hasta la edad de treinta años), la anodocia adulta (entre los treinta y los sesenta años) y la anodocia senil (más allá de los sesenta años). La finalidad de la prótesis es—  
triba en:

- 1) La restauración de la capacidad masticatoria (rehabilitación dental) y con ello también la excitación de la secreción salival.
- 2) Con ayuda de la supresión de espacios desdentados visibles, — restaurar la armonía de la expresión de la cara (rehabilitación fisonómica).
- 3) La corrección de la articulación y de la pronunciación de los sonidos (rehabilitación de la fonética).

## La lengua y la prótesis

En algunos casos, la lengua facilita (en otros, dificulta) la adaptación a la prótesis. Esta se consigue con mayor rapidez cuando la lengua —

no se ve estorbada en sus movimientos y su función. Los factores más perturbadores son: 1) la hipertrofia de los músculos de la lengua; 2) la extensión excesiva de la prótesis, porque sus bordes irritan la mucosa y 3) los factores neuropsíquicos, que despiertan en el paciente una resistencia contra el uso de la prótesis, molestando su adaptación (aversión contra la prótesis movable, prejuicios sociales, factores sexuales, etc.).

#### Contraindicaciones de la prótesis

Basado en consideraciones sumamente interesantes, Schuchardt rechaza determinadas circunstancias de la reposición de los dientes perdidos en personas ancianas. Según opinión suya, la hipocidez de la persona anciana, —una consecuencia de los procesos atrofiadores en el tracto gastrointestinal— se halla absolutamente en consonancia con el intento de evitar en la persona anciana, desdentada, todo alimento de difícil digestión, es decir, toda comida que requiera una masticación más intensiva. Este equilibrio armónico lo ve amenazado por el uso de una dentadura artificial. En contraste con estos argumentos, la mayoría de los internistas defienden la opinión de que es precisamente la falta del trabajo masticador el causante de la producción frecuente de las gastritis, así como de las an- e hipocideces. Asimismo, opinan que se piensa equivocadamente que el alimento difícilmente masticable sea al mismo tiempo de difícil digestión. La manteca de cerdo, la nata, la mantequi

lla, se pueden comer con la cuchara, y sin embargo son todo, menos fácilmente digeribles. Si es cierto que los individuos de edad más avanzada se señalan por una falta de capacidad de adaptación funcional, entonces en la edad senil solamente se deberían confeccionar prótesis basadas en criterios individuales. Asimismo, su confección requiere una gran dosis de paciencia y una gran competencia por parte del profesional.

En general, la prótesis movable está contraindicada en los enfermos en los que ya la toma de impresión ha de ser considerada como una intervención que podría empeorar su estado general (dementes, epilépticos, tabéticos, etc.).

## LOS TUMORES MALIGNOS EN LA EDAD SENIL

Como tumoración maligna en la edad senil solamente hay que considerar el carcinoma, porque el sarcoma más bien se presenta en individuos jóvenes o de mediana edad. En edades avanzadas, el carcinoma discurre con una sintomatología más apagada que en épocas más tempranas de la vida, circunstancia que ha dado lugar a la opinión de que en edades avanzadas el carcinoma presenta una malignidad más reducida. Sin duda alguna, los procesos vitales en las personas ancianas presentan un ritmo más lento, y con frecuencia existe la inclinación de aplicar esto también al tumor. La célula neoplásica carcinomatosa, sin embargo, es autónoma y por ello no sigue las reglas generales del crecimiento. La comprobación de que la frecuencia del cáncer sufra una regresión, una vez pasados los setenta años, se basa en la interpretación equivocada de unas bases estadísticas. Agrupando éstas, con Dogliotti, según la participación de un determinado porcentaje de los casos de carcinoma en el número de habitantes de una determinada edad, se puede observar un incremento en la frecuencia de casos de cáncer al aumentar la edad. Desde luego, es cierto que al aumentar la edad, generalmente, el carcinoma tarda más tiempo en presentar metástasis, es decir, el pronóstico resulta relativamente más favorable.

En las edades comprendidas entre los cincuenta y los ochenta años, la frecuencia del carcinoma presenta una tendencia ascendente. Esto hecho debe ser atribuido, en primer lugar, a la suma de las influencias cancerígenas, pero no al envejecimiento de los tejidos.

Los carcinomas de la cavidad bucal y de los maxilares se pueden presentar en distintas formas, según en qué zona intraoral hacen su aparición (lengua, cavidad bucal, labios, paladar, etc.).

#### Profilaxis, reconocimiento en serie y diagnóstico precoz

Como el enfermo con alteraciones en su cavidad bucal acude generalmente el primer lugar al estomatólogo, éste tiene que llevar la responsabilidad de ser el primer facultativo que somete al paciente a un reconocimiento. Resulta decisivo para el pronóstico de la enfermedad el tiempo que transcurre desde su comienzo hasta su diagnóstico. Este problema básico en la lucha anticancerosa consiste, en el reconocimiento y diagnóstico de la enfermedad en el período más precoz posible y en evitar el peligro de una degeneración carcinomatosa. La eficacia del reconocimiento precoz depende ampliamente de la accesibilidad del tumor, de la eficacia de los especialistas, así como del servicio sanitario oncológico. Desde luego,

existen las premisas para los servicios de reconocimiento estomatológico en serie. Las alteraciones en la cavidad son fácilmente perceptibles, son absolutamente abordables a la inspección y palpación, y en caso necesario, -- también se pueden practicar reconocimientos de control estomatoscópicos. Pero sobre todo, la biopsia, fácilmente practicable en la boca, ofrece la posibilidad de un diagnóstico del carcinoma y de otros tumores, con una seguridad casi absoluta.

#### Consideraciones como estado precanceroso:

- 1.- Todas las tumoreaciones e inflamaciones crónicas, aún cuando -parezcan completamente corrientes, siempre y cuando -sin razón aparente- no presentan síntomas de curación en el plazo de una semana.
- 2.- La leucoplasia irreversible.
- 3.- Las úlceras por decúbito debidas a la acción de las prótesis, cuando, una vez eliminada la causa de la irritación, no presentan ninguna tendencia a la curación.

La idea de que el fumar constituya una causa cancerígena es compartida por numerosos autores. Su exactitud parece estar apoyada por el hecho de que el carcinoma de boca se presenta de preferencia en fumadores. Al hecho de fumar y al descuido de la boca en su higiene, se une en la senilidad

un tercer factor negativo, el comportamiento biológico alterado de la mucosa bucal. La mucosa atrofica, solamente capaz de regeneración parcial, con inclinación a la sequedad y formación de grietas, de otro lado, sin embargo, - menos sensible al dolor, deben ser considerados como factores predisponentes a la formación de tumores. Por esta razón, consideramos indispensable la revisión bucal realizada cada medio año, aun en portadores de prótesis.

## LAS LESIONES TRAUMATICAS EN LA EDAD AVANZADA

El número de fracturas de la cara y de los maxilares (accidentes de circulación y del trabajo, etc.) va creciendo de año en año en todo el mundo. Su tratamiento resulta tanto más eficaz, si su fijación definitiva mediante una férula se realiza inmediatamente después de producirse la fractura. Si al practicar la cura de urgencia al paciente no existe la posibilidad para ello, se bloquearán provisionalmente los fragmentos para que, al transportar a éste al puesto de socorro, puedan ser evitados daños posteriores. Esta inmovilización, que también alivia los dolores del herido, puede ser realizada por vía extra o intraoral. Los vendajes contentivos externos generalmente sólo se utilizan como recursos de primera ayuda.

Como en el maxilar desdentado no existen las condiciones necesarias para la aplicación de una férula de alambre, y cuando no existe la posibilidad de aplicar un vendaje de calota, se deberá intervenir al paciente quirúrgicamente. Lo mismo sucede en los casos de amplia falta de dientes. Condición mínima para poder aplicar una fijación con alambres es que exista el número suficiente de dientes que permitan la confección de un puente con refuerzos circulares; en el caso extremo, por tanto, sería la presencia de por lo menos un molar fuertemente implantado en ambos lados, y de los dos caninos. Esto se refiere tanto al tratamiento del maxilar como de la mandíbula.



La mandíbula desdentada se halla expuesta en mayor grado al peligro de una fractura, en parte por su situación expuesta, y en parte por su involu- ción progresiva. El grado de su atrofia depende de la naturaleza de las cau- sas que condujeron a la pérdida de los dientes. Se halla expuesto a una re- sorción más rápida el proceso alveolar e incluso el cuerpo mandibular de unos dientes que sucumbieron a los efectos de una paradontopatía.

#### Fractura del maxilar inferior

La fractura de una mandíbula desdentada se distingue por las si- guientes particularidades:

- 1.- La encía y el parodonto frecuentemente no se desgarran, con lo que se llega a evitar una dislocación.
- 2.- Si la encía y el periostio llegan a desgarrarse, se producirá una dislocación muy acentuada, porque los dientes que podrían frenar o impedir la desviación vertical ya no existen.
- 3.- A lo largo de la línea de fractura solamente entran en contac- to unas superficies óseas muy reducidas, a causa de la atro- fia; lo que retrasa la curación.
- 4.- Dada la edad del paciente, las condiciones para la regenera- ción son desfavorables.
- 5.- En cambio, el proceso curativo se ve influido favorablemente, porque debido a la falta de dientes y una vez efectuada la re- ducción, no persiste ninguna comunicación entre la cavidad -

bucal y la línea de fractura.

Debido a estas particularidades, los fragmentos de la mandíbula desdentada, fracturada, generalmente se unen mediante una sutura alámbrica (osteosíntesis) o mediante una ligadura de alambre (circumferential wiring). Desde el punto de vista clínico, se considera también desdentados a aquellos maxilares cuyos restos dentales ya no son suficientes para poder aplicar una ferulación.

#### Luxación de la mandíbula

Un problema singular lo constituye, en las personas de edad avanzada, la luxación de la mandíbula, que en este sector de la vida halla todas las posibilidades anatómicas para su producción. La dilatación aumentada de las cápsulas articulares y de los ligamentos, la atrofia del menisco, la atrofia muscular y la falta de dientes pueden, cada una por sí o en conjunto, facilitar la luxación. Sin embargo, la luxación se produce menos en las personas de edad que en los jóvenes; este hecho se puede explicar por la disminución de los factores corrientes desencadenantes de ella (peleas, gritar, risas forzadas). La reposición de la mandíbula senil luxada, con ayuda de las manipulaciones corrientes, es muy sencilla.

Linghorne, habla de 62 casos, fruto de observaciones clínicas realizadas a lo largo de diez años, en los que las cefalalgias y dolores de la cara de presentación periódica, eran debidos a una disfunción motora a causa de una insuficiencia en el trabajo masticador. Una vez corregidos los trastornos funcionales, desaparecieron los dolores.

Como ya es sabido, el hombre pierde primero sus molares, lo que va conduciendo poco a poco a una reducción de su capacidad masticatoria; sin embargo, nos encontramos frecuentemente también con personas que mastican por un solo lado. Además de las dos causas enunciadas, desencadenante del dolor, contribuyen también factores emocionales, como el bruxismo y la contracción espasmódica de los músculos masticadores.

#### Neuralgia del trigémino

Según Kautkzy, el 80 por 100 de los enfermos afectados de neuralgia, de trigémino han sobrepasado los cincuenta años, el 25 por 100 incluso han pasado más allá de los setenta años. Las mujeres se ven atacadas con mayor frecuencia que los hombres; incluso en edades más avanzadas disminuye la frecuencia en los hombres. Según estadísticas obtenidas, enferma con mayor frecuencia la segunda rama que la tercera. Al avanzar la edad, quizá se pueda relacionar con esto el estrechamiento de los canales óseos, y su consiguiente aumento de presión.

## TIEMPO Y MOVIMIENTO

En el tratamiento de personas mayores habrá que tener en cuenta ya con el fin de conseguir un aprovechamiento más racional del tiempo, que en general poseen más paciencia y que son menos sensibles que las personas más jóvenes, que en cambio sus movimientos y su deambular se ven frenados, por lo que hemos de intentar el aprovechamiento al máximo de cada sesión en la clínica, realizando la mayor cantidad posible de trabajo en ella. La persona de edad avanzada prefiere al estomatólogo cargado de paciencia, comprensivo y capaz de adaptarse, por lo que habrá que dedicar a su tratamiento un mayor espacio de tiempo, por este motivo, quisiera encomendar encarecidamente se tenga en cuenta el principio de la simplificación del trabajo. Por el mismo motivo se deberá evitar el ensayo de métodos de tratamientos complicados aún no perfectamente conocidos y de éxitos no seguros, limitándonos, tanto al realizar obturaciones, tratamientos radiculares, como también en la confección de prótesis y en las intervenciones quirúrgicas, a los procedimientos más sencillos que aseguran los mejores resultados y que no perturban al paciente. El tratamiento más moderno, con el paciente en posición horizontal y con frecuencia recomendado, no es tolerado por los pacientes de edad.

## ALIMENTACION Y DENTADURA

La ingestión de los alimentos en las personas de edad avanzada con dentadura natural incompleta se ve dificultada y también requiere más tiempo. En la edad avanzada, la necesidad de calorías está por debajo de la que corresponde a personas más jóvenes, en cambio el anciano necesita más albúminas y sales minerales. Con cierta frecuencia se presentan en la edad senil, síntomas de hipovitaminosis verdaderas o latentes, que a su vez son atribuibles a una alimentación monótona y deficiente, así como al empeoramiento de la resorción debida a la atrofia de la mucosa intestinal. El factor fundamental de estos fenómenos reside en la falta de vitamina B<sub>1</sub>. La falta de la vitamina A puede dar lugar a queratosis y a las verrugas seniles; la falta de la vitamina B<sub>6</sub>, a trastornos de pigmentación y caída del cabello; la falta de vitamina B<sub>12</sub>, a la anemia carencial; la falta de vitamina D, a la osteomalacia, y la falta de las vitaminas C y P, finalmente, alteraciones hematológicas pseudoheмоfilicas.

En la edad senil, la mucosa bucal se ve afectada con mayor frecuencia de lesiones, cuyos motivos hemos de buscar en tres factores:

- 1.- En una disminución de la función renal, así como en las alteraciones en el metabolismo mineral y del agua.

- 2.- En un adalgamiento de los tejidos a consecuencia de la atrofia de la mucosa.
- 3.- En una disminución en la ingestión de alimentos y de la asimilación.

Parhon y Col. atribuyen a la novocaína una eficacia similar a la de las vitaminas. Basado en ensayos efectuados en animales, han elaborado un procedimiento para el tratamiento de personas ancianas. Consiste en una inyección intramuscular practicada tres veces a la semana, de 5 ml. de solución de novocaína cada una, a 2 por 100 (pH, 4,2). Cada cura comprende 12 inyecciones. Estas curas se repiten con frecuencia, con interrupciones más largas o más cortas. El tratamiento parte de la suposición de que la novocaína posee una acción trófica sobre la piel y el sistema nervioso central. En este tratamiento desempeña un factor importante la sugestión.

#### Las experiencias en las residencias para ancianos

Las personas de edad avanzada consideran la comida, la salud y la enfermedad como los problemas más importantes. La comida supone para ellos, también una distracción a la que gustosamente dedican largo tiempo. Por esta misma razón se recrean comiendo en compañía de personas de la misma edad. Para las personas de edad avanzada, las comidas deben ser preparadas en forma separada, y más blanda que para personas jóvenes. Su dieta debe ser rica

en albúmina y contener aminoácidos fácilmente resorbibles. Toman con fruición leche y productos lácteos, café con leche, fruta y zumos de fruta.

Asimismo les conviene tomar pan integral por aportar éste el organismo numerosas vitaminas y, en forma de celulosa, la suficiente sustancia de lastre para su sistema digestivo. En los moradores de residencias para ancianos se vuelve a demostrar que la dentadura completa de 32 ó 28 dientes de ninguna manera representa una necesidad fisiológica, sino que únicamente constituye un hecho biológico, y que, por tanto, el hombre también puede vivir y nutrirse con menos dientes. A pesar de ello, la falta de dientes en la persona anciana le lleva a una posición desfavorable y desventajosa, imprimiéndole el estigma de una sensación de inferioridad, disminuyendo su optimismo y alegría vital. Así, el anciano desdentado se convierte en una -- persona descontenta, agresiva y reñidora, porque debe prescindir del placer y del beneficio de que gozan las personas que comen masticando. Este hecho también se podrá formular de la siguiente manera: que la persona solamente puede vivir en estado desdentado en un ambiente vital primitivo, pero de -- ninguna manera lo podrá hacer en una sociedad cultivada.

## PROFILAXIS DE LA ESTOMATOLOGIA GERIATRICA

La prevención persigue el fin de asegurar una protección óptima a la salud y al deseo de trabajo del hombre y de alejar de él los agentes nocivos que pueden perjudicarlo. Sin duda alguna, una forma de vida y de alimentación sanas en unión de un ritmo de vida sano ejercen sobre la persona una influencia reguladora, influyendo igualmente sobre las funciones psico-somáticas de manera favorable. Resulta más fácil impedir las enfermedades, dentales que realizar su tratamiento, trabajoso, costoso en materiales, en instrumental y dedicación de tiempo. A pesar de ello, los estomatólogos lamentablemente no dedican a la profilaxis estomatológica aquella atención - que merece. Uno de los motivos lo constituye la falta de estomatólogos. A ello se añade que con frecuencia se tropieza con la opinión de que al no conocer completamente la etiología resulta inútil ocuparse del tratamiento - preventivo. Todo lo cómodo que resulta este punto de vista no es posible - compartirlo, porque ya los conocimientos actuales nos autorizan a la elaboración escalonada y la aplicación práctica de las medidas profilácticas; en primer lugar lo ocupa la educación para la práctica de una higiene bucal - sistemática y de una alimentación correcta y adecuada.

Aquí surge la pregunta de si la pérdida de dientes más allá de una edad determinada debe ser considerada como un hecho fisiológico o patológico.



En consideración a la propogación general de las caries y de las parodontopafías en cuanto a su amplitud y el número de casos, se ve justificada la conclusión de que la población de las naciones desarrolladas no suele perder los dientes por razones de edad, sino por causas patológicas.

El aumento que han sufrido los factores patológicos también ha sido estimulado por las alteraciones profundas que han sufrido los hábitos alimenticios de las personas civilizadas de la actualidad. La cocina, cuya preparación y condimentación también ha sufrido múltiples alteraciones, ofrece hoy un alimento que exige un trabajo masticador mucho menos intenso, mientras que el desarrollo y la elaboración de una profilaxis dental aún se hace esperar.

En la profilaxis estomatológica distinguimos entre prevención de la enfermedad y la prevención clínica y terapéutica. Esta última tiene como meta prevenir un empeoramiento de la enfermedad y ejercer sobre ella una influencia terapéutica.

El postulado de la profilaxis dentobucal dice: Mantener la boca y la dentadura limpias y libres de irritaciones nocivas (microbiológicas, físico-químicas). La puesta en práctica de este principio es de un lado misión de la sociedad y del Estado, de otro lado, obligación de cada persona. La --

profilaxis constituye un proceso en cadena, en el que no debe fallar ni uno - solo de sus eslabones.

Mientras el tratamiento preventivo no sea capaz de conseguir éxitos fundamentales, siempre irá en aumento el número de personas desdentadas. Los trabajos generales actuales intentan retardar el proceso del envejecimiento y crear con esto la premisa de que el hombre alcance la vejez biológica con buna salud. La misión especial de la profilaxis estomatológica, sin embargo, - consiste en conservar en el hombre la dentadura durante toda su vida con ayu- da de medidas preventivas, fiel al lema de la International Association of Ge- rontology, añadir vida a los años, no precisamente años a la vida.

## C O N C L U S I O N

Una vez concluido este trabajo, me he dado cuenta de la importancia que tiene esta carrera al servicio de la sociedad y en especial a la sociedad senil.

Puesto que las personas de edad avanzada son en particular las que tienen más problemas, ya que por lo regular son portadoras de prótesis, ya sean fijas o removibles, totales o parciales y si poseen dientes, estos por lo general se encuentran desvitalizados o quebradizos, con pérdida de caras oclusales y bordes incisales, debido a abstracciones. También se pueden encontrar con movilidad, debido a mucha reabsorción de tejido paradontal y a la pérdida de hueso, etc.

Todos estos problemas pueden deberse a diversas enfermedades, que por la edad, a las personas les repercute en cierta forma a los órganos de la masticación o puede deberse también a la mala atención de la cavidad bucal

Este trabajo los ayudará a que como profesionales, podamos resolver algunos de los muchos problemas que tienen las personas de edad avanzada. Ya que todos sabemos que la salud en general, comienza en la boca, la cual manteniéndola en función adecuada, ayudará al paciente a mantenerse en cierta forma saludable.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Editorial Alhambra, S. A. Odontología Práctica. Prótesis Odontología.
- 2.- Dr. Gustavo O Kruger  
Tratado de Cirugía Bucal  
Cuarta Edición. Editorial Interamericana.
- 3.- Dr. S. N. Baskar,  
Patología Bucal,  
Editorial El Ateneo.