

820122

13

24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA JE CREGEN

AVITAMINOSIS EN PACIENTES
CON PROTESIS TOTAL Y PARCIAL

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

ADELA ALEJANDRA CALVO BRAUJO

ASESOR: DRA. CAROLINA HEYER BANDA

GUADALAJARA, JALISCO, 1989.



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.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

- Generalidades

- a) Definición de nutrición..... 1
- b) Aspectos generales de las vitaminas..... 3
- c) Clasificación de las vitaminas..... 6

CAPITULO II

- Manifestaciones bucales por avitaminosis..... 13
 - a) Queilosis y Glositis..... 15
 - b) Dolor y Ardor Lingual..... 18
 - c) Xerostomía..... 19
 - d) Gingivitis y Periodontitis..... 21

CAPITULO III

- Influencia de la dieta en los tejidos que soportan dentaduras..... 23
 - a) Agua como elemento nutricional..... 24
 - b) Requerimientos nutricionales..... 25
 - c) Sugerencias dietéticas para el nuevo usuario de dentaduras..... 29

CASUISTICA..... 34

CONCLUSIONES..... 39

BIBLIOGRAFIA..... 40

INTRODUCCION

Las vitaminas son compuestos indispensables en la vida para que el metabolismo corporal sea normal.

Las vitaminas se encuentran en pequeñas cantidades en los alimentos y por eso es indispensable tener una dieta balanceada. La carencia de éstas nos provoca la avitaminosis que da importantes manifestaciones bucales.

Es necesaria la salud e integridad de los tejidos que soportan una prótesis parcial removible o completa así como el hueso subyacente para que se logre un funcionamiento satisfactorio y la comodidad del paciente. Si estos tejidos están nutridos deficientemente, la prótesis será un fracaso por muy bien que esté construída. La prótesis parcial removible debe tener unos dientes pilares estables, firmes e intactos como una mucosa sana y el hueso subyacente normal.

Los tejidos mal nutridos que soportan la prótesis probablemente son tan responsables de los fracasos como un diseño imperfecto, especialmente en el paciente de edad media y en el anciano.

Antes de que se tome las decisiones finales para el diseño de la dentadura, deben tenerse en cuenta los tejidos orales, y si se encontrara una debilidad nutricional, el dentista debe estar preparado para dar un tratamiento adecuado así como una dieta bien balanceada.

CAPITULO I

GENERALIDADES:

a) Definición de nutrición

Es la combinación de fenómenos por los que el organismo vive, recibe y utiliza los nutrientes exógenos, para conservar sus funciones y para la formación y conservación de tejidos. Cuando el cuerpo no recibe o no utiliza los nutrientes esenciales, aparece la desnutrición.

Investigadores han demostrado la presencia y necesidad de algunos "factores alimentarios accesorios" llamados después vitaminas.

Desde la segunda guerra mundial, los científicos de países con tecnología avanzada se han preocupado cada vez más por los problemas de alimentación mundial. Se han hecho estudios en muchos países en desarrollo, en un esfuerzo para conocer sus problemas específicos de producción, - distribución y conservación de alimentos y se han estudiado el contenido de nutrimentos de los alimentos locales. - Pero para que un programa de lucha contra la desnutrición sea eficaz, debe tomar en consideración muchas causas interrelacionadas. La dieta diaria del hombre depende de lo que puede cultivar, de lo que puede adquirir, y de las - - prácticas alimentarias de sus antepasados. Hay un factor en común: la tradición. Para acelerar la mejoría dietéti-

ca en pueblos desnutridos, es mejor comenzar con los recursos alimentarios a los que han estado acostumbrados, la introducción de nuevos hábitos debe hacerse con toda paciencia y cuidado. (8)

Las deficiencias nutricionales del individuo afecta al estado del periodonto, y los efectos lesivos de los irritantes locales y las fuerzas oclusales excesivas pueden agravarse por las deficiencias nutricionales. Sin embargo, ninguna deficiencia causa por sí misma gingivitis o bolsas periodontales; es preciso que haya irritantes locales para que esas lesiones se produzcan.

Sin embargo, la magnitud con que el estado nutricional debe ser agravado para que afecte a los tejidos bucales es una cuestión individual, para lo cual no hay medidas.

A veces las alteraciones bucales proporcionan los primeros signos de la existencia nutricional deficiente. Los factores locales pueden inducir deficiencias nutricionales condicionadas en el periodonto de pacientes con estado nutricional satisfactorio. Los cambios degenerativos de la inflamación crónica y el trauma de la oclusión reducen la capacidad de los tejidos para utilizar los elementos nutritivos disponibles. (2)

Es especialmente importante una buena nutrición du-

rante el desarrollo de los tejidos bucales duros y blandos. Se cree que los fenómenos que tienen lugar durante los períodos de desarrollo y crecimiento del individuo condicionan en gran parte la salud general de este individuo en el futuro. Las sustancias nutritivas destinadas al mantenimiento, la reparación y la substitución continua de encías y tejidos de sostén en general provienen de la alimentación diaria. Es especialmente necesaria una buena nutrición en pacientes operados, en particular después de cirugía de tejidos blandos. Una pérdida de sangre, por maniobras quirúrgicas bucales, pueden asimismo requerir un suplemento nutricional posoperatorio. Estos casos pueden verse beneficiados por una terapéutica nutricional suplementada con ciertas vitaminas con hierro.

Para el dentista, cobra importancia especial los problemas nutricionales del anciano, en especial cuando se plantea una atención de tipo prótesis completa. Se aplica en los ancianos los mismos principios de diagnóstico y tratamiento, respecto a problemas nutricionales, que en otros grupos de edad. De hecho, la mala nutrición podría haber sido uno de los factores responsables de la anodoncia tan frecuente en los individuos de edad avanzada. (5)

b) Aspectos generales de las vitaminas

Funk en 1911 fue el primero en proponer el término vitamina, que denota amina vital. En el comienzo, las vitami-

nas se nombraron por letras o según sus propiedades curativas o preventivas, pero en la actualidad se tiende a emplear el vocablo que describa la substancia. No obstante, todavía se usan letras para designar algunas vitaminas, especialmente en comentarios semicientíficos del tema.

Cuando se encuentra que una vitamina, que se suponía era indivisible, incluye desde el punto de vista químico y fisiológico varios compuestos sin relación alguna. Se incorpora término complejo como identificación adicional V. gr.: en el caso del complejo vitamínico B. (8)

Las vitaminas son substancias orgánicas indispensables a la vida, la carencia parcial de su aporte alimenticio conduce a cuadros clínicos bien característicos, llamados avitaminosis; su carencia total es incompatible con la vida. Estas son de origen vegetal, el organismo humano o de los animales no pueden formarlas. El animal es capaz de derivar algunas vitaminas de las provitaminas de origen vegetal, como sucede en la formación de vitamina A a partir de los carotenos; algunas vitaminas las forman las bacterias intestinales, como sucede con la vitamina K.

Las vitaminas intervienen fundamentalmente en el mantenimiento de las funciones metabólicas, en forma semejante a las hormonas, por lo que pueden denominarse hormonas exógenas. Las vitaminas forman generalmente el grupo-protético de diversos sistemas enzimáticos, por lo que ac-

túan al igual que ellos en muy pequeñas cantidades; dichos sistemas enzimáticos intervienen activamente en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos y se comprende cómo una deficiencia vitamínica es capaz de llevar a graves trastornos orgánicos.

Debe señalarse que los síndromes de avitaminosis -- clásicos no son muy frecuentes en nuestro medio, pero en cambio se encuentran con relativa frecuencia carencias leves (subclásicas o subclínicas) más difíciles de reconocer y que cede rápidamente con la administración de vitaminas. Eso no quiere decir que cualquier proceso cuya etiología sea indeterminada (anemia, adelgazamiento) obedezca a una avitaminosis y así se ve diariamente abusar de la administración de vitaminas. Estas sólo pueden actuar como placebo impuros y caros. El paciente tiende a creer que si -- una pequeña dosis es buena en un momento dado, será todavía mejor una cantidad mayor. Por fortuna, los síntomas -- de intoxicación relacionados con la sobremedicación son -- bastante raros y sólo se encuentra en la vitamina A o D.

Las causas de la avitaminosis puede originarse en dos formas, a) Carencia primaria, debida a un aporte insuficiente, y b) Carencia condicionada, que se observa en pacientes sometidos a una dieta normal, pero que por trastornos de absorción o bien por aumento de los requerimientos -- necesitan mayor cantidad de vitaminas que en condiciones --

habituales. En todos esos casos está indicada la administración de vitaminas a dosis terapéutica conveniente. (1,4)

c) Clasificación de las vitaminas

Antiguamente se asignaron las distintas vitaminas por letras del alfabeto y luego cuando se aislaron y se determinó su composición química se les dio nombres químicos y genéricos, como llevan las otras drogas; se han descubierto hasta el presente 20 vitaminas, pero sólo se estudiarán las de importancia fisiológica y farmacológica en el hombre. Las vitaminas se clasifican en liposolubles (solubles en grasa) hidrosolubles (solubles en agua) debiendo señalarse que esta división no está en relación con su papel fisiológico y acción farmacológica. Se consideran las vitaminas en el orden que siguen:

- Vitaminas liposolubles: Vitamina A, Vitamina D, Vitamina E, Vitamina K.
- Vitaminas hidrosolubles: Complejo B, Tiamina, Riboflavina, Niacina, Piridoxina, Acido pantoténico, Vitamina B12, Acido fólico, Biotina, Acido ascórbico. (3)

Vitamina A

Sinónimos.- Xeroftol, Vitamina Antixeroftálmica, Caroteno, Retinol.

Fuentes.- Las provitaminas A son de origen vegetal se encuentran asociadas a los pigmentos (clorofila), las frutas son pobres en esta vitamina, aceite de hígado de pe

ces contienen en abundancia la vitamina A.

Numerosos estudios en animales de laboratorio indican que la deficiencia puede predisponer a la enfermedad periodontal.

Vitamina D

Sinónimos.- Calciferol, Ergosterol Irradiado, Vitamina Antirraquítica.

Fuentes.- Se encuentra en forma de provitamina en la leche y lácteos, y como vitamina en el hígado de diversos animales, en especial de los peces.

La vitamina D guarda relación principalmente con la absorción de calcio y fósforo por el intestino, y con la formación y persistencia del esqueleto, los dientes y maxilares.

Vitamina E

Sinónimos.- Tocoferol Antiestéril.

Fuentes.- En el reino vegetal se encuentra en el germen de semillas de trigo, maíz, en las levaduras y aceites vegetales.

No se demostró que haya relación entre las deficiencias de vitaminas E y la enfermedad bucal.

Vitamina K

Sinónimos.- Menadiona, Vitamina Antihemorrágica.

Fuentes.- Se encuentran en las hojas verdes como alfalfa, coliflor, espinacas, lechuga, tomate, etc. En el humano su principal fuente es la síntesis bacteriana intestinal.

La deficiencia de vitamina K puede causar hemorragia gingival excesiva después del cepillado de los dientes o espontáneamente. Los antibióticos y sulfas que inhiben la acción bacteriana puede interferir la síntesis de la vitamina K. (1)

Complejo de Vitamina B

Es raro que la enfermedad bucal se deba a deficiencia de un solo componentes del complejo B. Por lo general la deficiencia es múltiple. Las alteraciones bucales comunes a deficiencias del complejo B son gingivitis, glositis, queilosis e inflamación de la totalidad de la mucosa bucal. La deficiencia de vitamina B en la gingivitis es inespecífica, causada por irritantes locales, no por deficiencias, pero está sujeta al efecto modificador de las últimas.

Tiamina

Sinónimos.- Vitamina B1, Aneurina, Vitamina Antineurítica.

Fuentes.- Todos los vegetales son ricos en esta vitamina, germen de cebada, de centeno, levadura de cerveza. En las semillas se encuentran en la cáscara y pan integral.

La carencia de tiamina produce hipersensibilidad de la mucosa bucal. La mucosa de la boca, la lengua y los tejidos de la encía pueden tener un aspecto satinado con un color rosado peculiar, rara vez son lo bastante graves para que el paciente busque atención especial.

Riboflavina.

Sinónimos.- Vitamina B2, Vitamina G, Lactoflavina.

Fuentes.- Se encuentra en la cáscara de las semillas, los salvados, levaduras. La síntesis bacteriana intestinal es de importancia.

La deficiencia de riboflavina incluye glositis, - - queilosis, dermatitis seborréica y una queratitis vascularizante superficial. La glositis se caracteriza por una coloración magenta y atrofia de las papilas.

Niacina

Sinónimos.- Vitamina B5, Acido Nicotínico, Nicotina mida.

Fuentes.- Legumbres, levaduras, cereales, leche y - en menor proporción hígado y carne.

Las lesiones bucales debidas a deficiencia de niacina suelen ser más variadas y más graves que las ocasionadas por deficiencias de otros miembros del grupo B. En los casos más graves o de mayor duración, la lengua es dolorosa, de color rojo intenso y carece de papilas, las mu-

cosas son muy rojas y dolorosas.

Piridoxina

Sinónimos.- Vitamina B6, Piridoxamina, Adermina.

Fuentes.- Se encuentra en las legumbres, levaduras, salvado de arroz y de trigo, yema de huevo, hígado, las bacterias la sintetizan en pequeñas escalas.

Las personas con deficiencia de piridoxina presentan queilosis angular, glositis con hinchazón, atrofia de las papilas, color magenta y malestar. (2,5)

Acido Pantoténico

Sinónimos.- Factor filtrado.

Fuentes.- Legumbres frescas, levaduras, salvado de arroz, trigo y maíz, yema de huevo, leche, hígado.

El ácido pantoténico guarda relación con el aprovechamiento de otras vitaminas, en especial la riboflavina.

Aunque en animales de experimentación se han señalado lesiones de mucosa bucal, encía y hueso alveolar, no hay pruebas de que la deficiencia de ácido pantoténico dé lesiones en el hombre.

Vitamina B12

Sinónimos.- Cobalamina, Factor Antianémico, Factor extrínseco de castle, Cianocobalamina.

Fuentes.- Se almacena en el hígado, los vegetales -

contienen muy pequeña cantidad, su principal fuente es la síntesis bacteriana.

Como la necesidad diaria es tan pequeña, raramente se observa deficiencia, excepto en vegetarianos, en infecciones graves, en casos de malabsorción intestinal o cuando falta el factor intrínseco causa anemia perniciosa.

Acido Fólico

Sinónimos.- Acido Pteril Glutámico, Vitamina M.

Fuentes.- Se encuentra en los vegetales, en especial en las hojas verdes, hígado, leche y derivados.

La deficiencia puede provenir de ingreso inadecuado absorción deficiente, o demandas excesivas por los tejidos del cuerpo. La alimentación equilibrada posee mucho más ácido fólico del necesario para una buena nutrición. (2,5)

Vitamina C

Sinónimos.- Acido ascórbico, Vitamina Antiescorbútica.

Fuentes.- Los vegetales son ricos en esta vitamina en especial las frutas cítricas.

La vitamina C es esencial para la síntesis del colágeno. Este forma la estructura básica de los tendones y del ligamento periodontal y es fundamental para la cicatrización de las heridas. En el anciano la cicatrización lenta de las heridas y la hipermovilidad de los dientes pue--

den estar relacionados con un aumento en la necesidad de -
vitamina C. Esto es evidente en el enfermo, después de --
tratamientos quirúrgicos y durante períodos continuos de -
estrés. La terapia mediante fármacos parece aumentar tam-
bién las necesidades de vitamina C. La deficiencia de áci-
do ascórbico origina retraso en la curación de las heridas
y disminución de resistencia a las infecciones.

CAPITULO II

MANIFESTACIONES BUCALES POR AVITAMINOSIS

Los tejidos y estructura de la boca presentan a menudo signos precoces de una enfermedad debida a una mala nutrición. La boca es un lugar frecuente para las manifestaciones clínicas de las enfermedades de la nutrición y -- por el que las lesiones resultantes son a menudo graves. -- La boca es humedecida de continuo por un líquido que contiene diversas variedades y un número abundante de microorganismos, potencialmente patógenos, así como no patógenos. Por ello, los tejidos de la boca cuya resistencia ha sido reducida por la mala nutrición, son más fácilmente presa de una infección. Por desgracia, las lesiones bucales de los trastornos nutritivos no son específicos más que en pocas excepciones.

Así por su aspecto, el dorso liso, enrojecido y -- atrófico del dorso de la lengua, asociado con la deficiencia de uno o más componentes del complejo vitamínico B, se asemeja a la lengua afectada de moniliasis o alergia. La queilosis de la mala nutrición es muy similar, si no idéntica, a la pseudoqueilosis o a la infección por hongos.

Por consiguiente, el profesional no sólo deberá conocer bien los signos bucales sugerente de un trastorno nutritivo, sino que deberá estar también familiarizado con --

muchas otras enfermedades, etiológicamente diferentes de la resultante de una mala nutrición, que puede producir lesiones bucales similares a las debidas a una deficiencia nutritiva.

Cuando las lesiones bucales presentes sugieren la existencia de una enfermedad por mala nutrición se recomienda la siguiente pauta:

1. Se excluirán de la consideración diagnóstica todas aquellas enfermedades cuyos signos bucales simulen trastornos por deficiencias, tales como a) una inflamación de origen local, b) causas alérgicas y tóxicas, y c) moniliasis, etc.

2. Se intentará establecer, por la recomendación completa de los antecedentes personales y la utilización de los exámenes de laboratorio, cual sea la causa responsable de la enfermedad por deficiencia que se sospeche. Por ejemplo a) una historia de ingestión inadecuada de los elementos nutritivos esenciales, tal como la revelan los que siguen una dieta caprichosa, los alcohólicos, las mujeres embarazadas, los ancianos, b) los antecedentes de estado patológico de mala absorción, como los asociados con trastornos gastrointestinales, etc., y c) los exámenes de laboratorio, que permiten excluir la diabetes sacarina, el hipertiroidismo, y estados similares. (10)

a) Queilosis y Glositis

La queilosis comienza como una área pequeña, viva roja y dolorosa en la comisura de los labios, en la unión mucocutánea. La queilosis angular (boqueras) depende muchas veces de deficiencia de riboflavina. Las lesiones intertriginosas maceradas en los ángulos de la boca se consideraba específica de deficiencia de riboflavina, sin embargo también se encuentra en las deficiencias de ácido pantoténico y clohidrato de piridoxina.

La queilosis angular ligada a las deficiencias nutricionales consta de lesiones bilaterales, que suelen extenderse algunos milímetros a partir de los ángulos de la boca sobre la mucosa de la mejilla y hacia afuera en la piel peribuca]. El fondo de las lesiones tienen aspecto húmedo y macerado. Se observan también pequeñas fisuras verticales de los bordes cutáneomucosos de labios y zonas cutáneas vecinas, no hay inflamación en la periferia de la lesión.

La queilosis angular secundaria a deficiencia nutricional de complejo vitamínico B no debe confundirse con otras lesiones de aspecto semejante. Pueden aparecer lesiones del mismo tipo a consecuencia del hábito de humedecer con la lengua los ángulos de la boca, o por disminución del espacio intermaxilar (dimensión vertical). Es común la infección por monilias de las lesiones de queilosis.

La prótesis "bien ajustada" y las que condicionan un espacio intermaxilar correcto no producen "fisuras" de los ángulos de la boca; sin embargo, un paciente con prótesis -- completa quizá ingiera una alimentación inadecuada, al escoger mal sus alimentos o por dificultades en el uso de la prótesis. La alergia contra la base de la dentadura es -- una causa muy rara e improbable de queilosis angular.

Las lesiones de pseudoqueilosis producidas por disminución del espacio intermaxilar suelen mostrar una inclinación hacia abajo y afuera, en tanto que la queilosis verdadera por falta de riboflavina es más horizontal. La pseudoqueilosis consiste en fisuras profundas, con remisiones y exacerbaciones espontáneas. Estas lesiones de pseudoqueilosis son más comunes en ancianos anodontos, en personas cuyas prótesis no fueron objeto de las revisiones aconsejables, o en casos de importante abrasión de los dientes. La colocación de una prótesis que de un espacio intermaxilar adecuado, y la restauración de la eminencia canina suelen lograr la desaparición de estas lesiones. En un anciano, la de las comisuras bucales, a veces expuestas a irritación salival, es más sensible a los cambios tróficos y a la infección secundaria. Siempre deben tener presente los distintos agentes etiológicos susceptibles de producir lesiones de queilosis cuando se vaya a establecer un tratamiento. La queilosis debida a deficiencia de complejo B no debe confundirse con la que depende fundamentalmente de

disminución del espacio intermaxilar, o de un hábito de -- "relamerse". También cabe encontrar en los ángulos de la boca lesiones de herpes, así como la "papula seca" de la sífilis secundaria.

La unión cutáneomucosa de los labios, la lengua, y en menor medida la mucosa de las mejillas, muestran un color púrpura o magenta característico en la deficiencia de riboflavina, y el clínico puede tener a veces la impresión de una ligera cianosis.

La mucosa de las mejillas y de los labios muestran un lustre opalescente especial distinto de la translucidez normal de estos tejidos. Las papilas fungiformes están hipertrofiadas y edematosas, y comunican al dorso de la lengua un aspecto granuloso. Hay atrofia completa o parcial de papilas filiformes. Son frecuentes las alteraciones inflamatorias, en especial en la punta y los bordes de la lengua. También es común observar depresiones debidas a los dientes en dicho borde.

La deficiencia de ácido fólico se caracteriza por la lengua hinchada con crecimiento y prominencia de las papilas fungiformes. Pueden aparecer "fisuras" superficiales en la lengua, y son comunes muchas pequeñas lesiones vesiculares herpéticas. En ocasiones, se observan graves úlceras de lengua y mucosa. Estas manifestaciones bucales pueden aparecer una vez instalado el esprue. (2,5)

b) Dolor y Ardor lingual

Las afecciones con mayor frecuencia con el dolor y ardor de la lengua son las anemias nutricionales asociadas con deficiencias de ácido fólico, vitamina B12, niacina o hierro.

La deficiencia de vitamina B12 (anemia perniciosa), observada con mayor frecuencia en personas de edad avanzada especialmente mujeres, se caracteriza por una triada de síntomas, debilidad generalizada, lengua adolorida y falta de sensación o cosquilleo en las extremidades. En algunos casos, los síntomas linguales constituyen la primera señal de la anemia perniciosa. La lengua se describe como roja y no de color rosa normal ya sea en su totalidad o en zonas diseminadas sobre el dorso y bordes laterales. Suele presentar una atrofia gradual de las papilas linguales, terminando como una lengua lisa. En ocasiones, la sensación de ardor y la inflamación se extienden para afectar toda la mucosa bucal, aunque en mayor frecuencia la porción restante de la mucosa bucal presenta sólo la coloración amarillenta pálida característica en la piel. No es raro que las membranas mucosas bucales en los pacientes anémicos no toleren las dentaduras.

Las manifestaciones bucales de la anemia por deficiencia de hierro son glositis y fisuras en las comisuras de la boca. Las papilas de la lengua están atrofiadas, --

dando así a la lengua un aspecto liso rojo y brillante. - El tratamiento nutricional consiste en la ingestión de alimentos ricos en hierro o enriquecidos, como hígado, huevos y cereales, así como suplementos de hierro (1 gr. de sulfato ferroso dividido en cuatro dosis cada día).

La lengua en la deficiencia aguda de ácido nicotínico es de color rojo carne y dolorosa con ardor (glosopirosis). En la deficiencia crónica de ácido nicotínico, la lengua está adelgazada y fisurada, con surcos superficiales, rugosidades marginales y atrofia de las papilas fungiformes y filiformes. Es posible que en la aniacinosis esté atacada la encía, con cambios en la lengua o sin ellos. (9,2)

c) Xerostomía

La resequedad resultante en la cavidad bucal, que es denominada xerostomía o asialorrea, produce otros síntomas. - Entre los que encontramos; sensaciones gustatorias anormales, "ardor" en los tejidos bucales y de la lengua, presencia de grietas y fisuras en los labios y la lengua. La mucosa bucal se tornará seca, lisa y translúcida y la lengua toma un recubrimiento anormal. No es raro el dolor en la cavidad bucal.

La xerostomía es común en el grupo de mayor edad, - especialmente en las mujeres postmenopáusicas. Es casi imposible para los pacientes tolerar una prótesis perfecta--

mente equilibrada y cuidadosamente construida si la boca - está seca los tejidos queman (especialmente la lengua) y - se desmenuzan (especialmente la mucosa bucal y lingual). - Una cuidadosa inspección de los tejidos orales y de la envoltura oral es, por consiguiente, importante antes de hacer el diagnóstico final y el pronóstico para la dentadura. De esta manera, la consideración de la nutrición (o malnutrición) de los tejidos orales se convierte en un aspecto importante de la capacidad del paciente para tolerar un objeto extraño en la boca. Cuando el flujo salival es deficiente y hay xerostomía, el alimento debe ser preparado - en forma líquida o semilíquida antes de que pueda ser tragado. En xerostomías severas la boca debe ser lubricada - con saliva artificial.

La acción adhesiva de una pequeña capa de saliva entre la base de la dentadura y los tejidos blandos subyacentes se considera como uno de los principales factores para la retención de la dentadura. La delgada capa de saliva - también funciona como un lubricante y amortiguador entre - la base de la dentadura y los tejidos a eliminar la irritación por fricción. Una disminución en el flujo salival interferirá en la retención de la dentadura y hará la masticación y deglución más difíciles.

El tratamiento de la xerostomía suele ser poco exitoso. Si la disminución en el flujo salival se debe a de-

ficiencias nutricionales, puede emplearse una dosis terapéutica de nicotinamida.

d) Gingivitis y Periodontitis

Como signo clásico de la deficiencia de vitamina C, se describe a la gingivitis y el agrandamiento hemorrágico rojo azulado de la encía, pero la deficiencia de vitamina C por sí misma, no causa gingivitis, sólo en presencia de irritantes locales.

Las alteraciones de los tejidos periodontales de soporte y la encía en la deficiencia de vitamina C, fueron documentadas con amplitud en animales de laboratorio. La deficiencia aguda de vitamina C produce edema y hemorragia en el ligamento periodontal, osteoporosis en el hueso alveolar y movilidad dentaria; en la encía hay hemorragia, edema y degeneración de las fibras colágenas, pero la deficiencia aguda de vitamina C no causa la frecuencia de la gingivitis, ni la aumenta. Irritación local habrá de estar presente para que aparezca la gingivitis en animales de laboratorio con deficiencia aguda de vitamina C. La deficiencia de vitamina C no causa bolsas periodontales, se requieren factores irritantes locales para que haya formación de bolsas. Sin embargo, cuando hay bolsas periodontales en la deficiencia de vitamina C, son de mayor profundidad que las que normalmente se producen en condiciones locales comparables. El que haya bolsas periodontales y des

trucción de tejidos subyacentes en la deficiencia de vitamina C no es atribuible únicamente a la deficiencia, sino que es una indicación de presencia de un factor local complicante.

CAPITULO III

INFLUENCIA DE LA DIETA EN LOS TEJIDOS QUE SOPORTAN DENTADURAS.

Para el éxito de la prótesis debe tenerse en cuenta lo siguiente:

Dientes pilares.- La debilidad y movilidad de los dientes pilares con poco hueso de soporte normalmente lleva al fracaso en las prótesis parciales. Los tejidos por examinar incluyen el ligamento periodontal, cemento y lámina dura del hueso alveolar. Estos tejidos deben ser sanos con el fin de que puedan resistir la multitud de fuerzas que les imponen las prótesis.

Zona desdentada.- El epitelio fino y friable que cubre la zona desdentada puede ser incapaz de resistir las fuerzas impuestas por la base metálica o acrílica dura y rígida del aparato parcial. Además, el tejido conectivo entre el hueso subyacente y el epitelio puede no ser lo bastante grueso para absorber las fuerzas que va a recibir esta región.

Envoltura oral.- Si la prótesis es cómoda, la envoltura oral debe ser húmeda y templada y la mucosa oral debe ser firme, elástica y capaz de resistir las abrasiones medias.

a) Agua como elemento nutricional.

El agua es importante y esencial en la dieta de los humanos. El cuerpo puede sobrevivir durante semanas sin proteínas, carbohidratos, grasa o minerales y sin vitaminas - durante meses o años pero la falta de agua durante dos semanas lleva a la muerte. El agua es esencial a todos los humanos a las funciones corporales inclusive a la actividad celular, a todas las secreciones (saliva, respiración para el control de la temperatura y las funciones digestivas) a la absorción de alimentos y la eliminación de catabolitos.

El anciano es especialmente sensible a un equilibrio negativo de agua, normalmente causado por una pérdida hídrica excesiva debida a unos riñones ineficaces o alterados. En consecuencia, el paciente anciano deshidratado estará cansado y desganado, la piel, los ojos y la mucosa oral estarán secas y fácilmente irritables.

El agua en forma de saliva es esencial durante la masticación del alimento. El alimento se mezcla con saliva durante la masticación y se forma un bolo lubricado y humedecido por la lengua. Entonces el bolo se traga y se digiere en el tracto gastro-intestinal.

El equilibrio hídrico negativo en las personas de edad se produce cuando la pérdida del agua través de la orina, heces, hígado y la transpiración es mayor que la --

cantidad de agua ingerida. Los efectos de los tejidos son evidentes rápidamente.

En el anciano los medicamentos así como los tranquilizantes, contribuyen también a la sequedad de la boca.

La lengua también cambia en la atmósfera seca de la boca. La acumulación de restos epiteliales en el dorso -- origina una lengua saburral en el anciano. Esta saburra se mancha de pigmentos alimenticios, especialmente de los pigmentos sanguíneos de la carne.

El edema del tobillo se debe a una retención de -- agua en los tejidos. Normalmente el edema palatino se presenta por la noche. El apretamiento de la dentadura superior es seguido por una contracción durante el día, momento en el que cede. El edema palatino aumenta en tanto permanece el paciente en cama. La actividad durante el día reduce el edema palatino y cede la presión de la dentadura.

(7)

b) Requerimientos nutricionales

Las vitaminas existen en cantidades relativamente pequeñas en los alimentos y en consecuencia, se producen carencias dietéticas de una o más de ellas.

Las necesidades varían considerablemente, según el estado metabólico de cada persona. Por ejemplo; cuando mayor el volumen del individuo, mayor la necesidad de vitami

nas; los individuos que están creciendo, cuando el sujeto hace ejercicios, durante enfermedades, cuando hay fiebre, cuando se metabolizan hidratos de carbono mayores que los normales, aumentan las necesidades de tiamina y quizá también de algunas vitaminas del complejo B.

Vitamina A. Para el adulto es suficiente de 1.5 a 2 mg. que equivalen a 2,500 a 3,000 unidades de vitamina - (una unidad internacional UI es equivalente a 0.6 microgramos de beta caroteno) ó 3 mg de provitamina (equivalentes a 3,000 UI) este requerimiento se eleva en el embarazo, -- lactancia, enfermedades hepáticas.

Vitamina D: Una persona adulta requiere de 400 a -- 600 U.I. de provitamina por día. La administración debe - hacerse con cuidado ya que existe la hipervitaminosis D.

Vitamina E: A pesar de no conocerse su influencia - en el humano se recomienda la ingestión de 30 mg diarios.

Vitamina K: No se sabe con exactitud, en síndromes de mal absorción intestinal la administración parentenal - de 2 mg cada 24 horas es suficiente para evitar su carencia.

Tiamina: La administración de tiamina es de 5 a 10- mg tres veces al día, la deficiencia aislada de tiamina es rara.

Hay muy poco peligro si se administran grandes dosis de tiamina junto con otros elementos del complejo B, ya que cualquier exceso es eliminado rápidamente con la orina.

Riboflavina: La carencia de riboflavina se trata por administración de 5 mg de esta vitamina dos veces al día, junto con otros componentes del complejo vitamínico B y de vitamina C. Hay que corregir también la dieta. Está indicada en la administración parenteral en caso de deficiencia grave o de absorción difícil. Quizá se requiera una medicación bucal o parenteral de larga duración, aunque los síntomas suelen desaparecer a los pocos días, y las lesiones en unas semanas.

Cualquier exceso en la ingestión de riboflavina se excreta por vía renal.

Niacina: Su necesidad de 24 horas, se cubre con una dosis de 5 mg en el niño y hasta 20 mg en el adulto. Se puede formar en el organismo animal a expensas del triptófano, pero esta síntesis carece de importancia práctica.

Piridoxina: Se prescribe para pacientes con queilosis angular. Las dosis terapéuticas son del orden de 25 a 50 mg al día junto con otros elementos del complejo B y vitamina C. No se han señalado efectos perjudiciales después de la administración terapéutica de esta substancia.

Acido Pantoténico: Rara vez se utiliza esta fracción del complejo B salvo como parte del complejo en su totalidad.

Vitamina B12: Su requerimiento diario es de 5 microgramos. Su concentración sanguínea normal es de 0.01 a 0.04 microgramos por 100 ml.

Vitamina C: Requerimiento diario de 80 a 110 mg. cifra que aumenta en procesos infecciosos, embarazo, lactancia, etc. Su concentración en sangre es de 0.5 a 2 mg. por 100 ml.

Acido Fólico: La dosis terapéutica diaria de ácido fólico es de 5 mg. Deben prescribirse al mismo tiempo - otros elementos del complejo vitamínico B y vitamina C. - La incorporación de Acido fólico en preparados multivitamínicos de tipo suplemento de la alimentación, para el uso diario, puede enmascarar los datos clínicos y de laboratorio de la anemia perniciosa, impidiendo un diagnóstico temprano.

Los únicos dos minerales que son dignos de una revisión seria por parte del dentista, son el calcio y el hierro.

Calcio: El calcio es fundamental para la transmisión nerviosa, para el tono muscular y para la coagulación de la sangre, y es fundamental para casi todas las células

en pequeñas cantidades. Casi la mayor parte de las 2 6 3 libras que están presentes en el cuerpo, se concentran en los huesos y en los dientes. El hueso esponjoso es el almacén desde el cual el calcio debe ser enviado si la ingestión es deficiente, lo cual origina una osteoporosis. La leche y los productos lácteos son las mejores fuentes de este mineral.

Hierro.- El hierro es fundamental para la capacidad de transporte de oxígeno de la hemoglobina sanguínea. La anemia y la hipotermia son comunes en el anciano. El hígado, los productos cárnicos, el pescado y los vegetales verdes son excelentes fuentes de hierro. El dentista deberá conocer perfectamente si su paciente anciano tiene una deficiencia de hierro, así como de qué manera puede afectar esta deficiencia a los tejidos orales. (3,1,5,7)

c) Sugerencias dietéticas para el nuevo usuario de dentaduras.

Con el paciente que es usuario nuevo de dentaduras, la capacidad para manejar la consistencia física de los alimentos es una consideración importante. El proceso de comer implica en realidad tres pasos: cortar o incidir, masticar o pulverizar y, finalmente, deglutir.

El cortar o incidir el alimento es en realidad una acción de sujetar y cortar que implica abrir grande la boca, lo que podría causar el desalojamiento de la dentadura

por la acción de las inserciones musculares demasiado ten-
sas. Cuando la fuerza de palanca de la acción cortante es
ejercida en el segmento anterior, la única fuerza igual y
opuesta para evitar este desalojamiento de la prótesis se
encuentra en la compresión que hace el sello palatino pos-
terior sobre el paladar blando. Esto convierte al primer-
paso del acto comer, la acción cortante, es la más difícil
de las tres acciones masticatorias.

La masticación y pulverización del bolo alimenticio
es menos difícil, la coordinación de los diversos músculos
de la masticación que producen el movimiento de bisagra y-
deslizante de la mandíbula durante el acto de comer requie-
re cierta práctica y experiencia.

En realidad el paso más difícil y menos complicado-
en el proceso de comer es el de la deglución. Este acto,-
con la excepción de la propulsión inicial del bolo hacia -
la faringe, es una acción involuntaria.

Por lo tanto, aunque la secuencia lógica de comer -
es morder, masticar y deglutir, resulta más fácil para el-
nuevo paciente de prótesis total dominar este complejo de-
movimientos masticatorios en el orden invertido, o sea, --
primero deglutir, segundo masticar y al final morder. Por
consecuencia, deberán prescribirse alimentos cuya consis-
tencia sólo requiera deglutir, como líquidos, el primer --
día después de la inserción de la dentadura, los siguien--

tes días pueden consumir alimentos blandos, y una dieta -- firme o regular al final de la semana. No obstante la consistencia, la dieta puede hacerse variada.

Las sopas vegetales son enormemente recomendables - para el anciano, las sopas son de fácil preparación y relativamente baratas. Debe rechazarse la sopa con un alto -- contenido de sal, una sopa vegetal contiene todos los minerales y proteínas que requiere un anciano, puede enrique-- cerse la sopa vegetal añadiendo carne o pescado para aumentar el contenido protéico y algo de hueso para aumentar el consumo de calcio.

Las fibras vegetales son muy hidrofílicas y atraen- el agua hasta que ésta alcanza el intestino grueso. Este- actúa como una área de reabsorción del agua en el anciano, por lo que se previene la deshidratación. Frecuentemente, se añaden fibras en forma de salvado a los cereales secos- y pan para ayudar a la retención de agua, pero las fibras- vegetales son igualmente eficaces y menos costosas.

Procedimientos prácticos en el consultorio para dar atención nutricional personalizada a los de edad avanzada.

Paso 1.- Determinar lo que el paciente come en la - actualidad. Esto se hace pidiendo al paciente que lleve - un diario de cinco días de alimentación.

Paso 2.- Determinar algunos de los motivos de la se

lección de alimentos. Es importante comprender los factores en la vida del paciente que lo motivan a comer sólo -- pan tostado y té. ¿Se encuentra acaso solo? ¿Tiene problemas económicos? ¿Hay problemas digestivos?.

Paso 3.- Valoración de la calidad de la dieta. Se estudiará el diario de alimentos observando las anotaciones hechas cada día y se determina si la cantidad y tipo de alimentos ingeridos son mayores, iguales o menores que lo recomendado.

Paso 4.- Escribir una prescripción dietética. Con base en la información adquirida de la hoja de valoración de la dieta y de la historia médica y personal, el dentista deberá ser capaz de prescribir una dieta personalizada y aceptable que sea equilibrada, variada y adecuada. Por -- ejemplo, leche en vez de café.

La más importante fuente de proteínas en la dieta del anciano son las carnes y el pescado. Estos alimentos deben hervirse y no freírse. La cocción prepara a estos alimentos para el tracto gastrointestinal del anciano mediante el análisis del complejo proteico en las más fácilmente digestivas proteasas, en tanto que la fritura coagula las proteínas y las hace más difíciles de digerir.

Todos los dentistas deberían estar preparados para ofrecer un consejo dietético en su población. El gusto y-

el olfato son esenciales para una nutrición propia. En la gente mayor de edad, el receptor sensorial declina, causando que el apetito disminuya.

El sabor y el aroma son entrelazados, determinando el buen sabor de la comida por ejemplo durante una infección respiratoria, los receptores del olfato se bloquean.

Los mayores de edad seguido sufren de una pérdida de apetito debido a la común disminución de los sentidos del gusto y del olfato. La comida tiende a ser menos gustosa y sin sabor en la edad avanzada. El resultado es que el apetito se declina.

El paciente mayor de edad debería ser avisado que debe aumentar el cepillar su lengua a su rutina de cepillarse los dientes. Es especialmente importante el cepillarse la lengua en las personas mayores de edad, para aumentar la sensación del sabor. Además remueve los microorganismos del dorso de la lengua, y ayuda a prevenir posibles caries. Una boca sucia no puede distinguir los buenos sabores de una comida.

La dentadura deberá ser cepillada con un fuerte saborizante dentrífico, además debe estar cubierto el cepillo de esta solución.

La nutrición propia esencial en la salud de los tejidos orales. (9, 7, 6).

CASO No. 1

NOMBRE: María Teresa Araujo Chacón

EDAD: 60 años.

SEXO: Femenino

EDO. CIVIL: Casada

DIRECCION: Av. Labna No. 1219, Guadalajara, Jal.

OCUPACION: Hogar.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Padeció las enfermedades propias de la niñez.

PADECIMIENTO ACTUAL:

La paciente desea colocarse una prótesis parcial removible inferior, en el examen oral se observó que los labios estaban resecos, el borde alveolar estaba ligeramente rojo y mucosas; al tomarle la impresión le era muy doloroso, la paciente refiere que presentó úlcera péptica hace 14 meses y recibe tratamiento para esto.

DIAGNOSTICO: Deficiencia de Tiamina.

PRONOSTICO: Favorable.

TRATAMIENTO: Se le recetó 10 mg. de tiamina tres veces al día y también el resto del complejo B, y una dieta balanceada.

CASO No. 2

NOMBRE: Manuel González Lozano

EDAD: 62 años

SEXO: Masculino

EDO. CIVIL: Casado

DIRECCION: Roque Abarca No. 629, Guadalajara, Jal.

OCUPACION: Zapatero

ANTECEDENTES PERSONALES:

Padeció las enfermedades propias de la niñez.

PADECIMIENTO ACTUAL

El paciente refiere tener la lengua ardorosa, la -- lengua es roja con úlceras en los bordes laterales, tam- - bién las mucosas están muy rojas y duele. La prótesis to- tal superior que usa le queda un poco floja.

DIAGNOSTICO: Deficiencia de Niacina.

PRONOSTICO: Favorable.

TRATAMIENTO: Se le recetó 20 mg. diarios de niacina, el re vace a la prótesis, y una dieta balanceada.

CASO No. 3

NOMBRE: María del Carmen Bravo Casillas

EDAD: 57 años

SEXO: Femenino

EDO. CIVIL: Casada

DIRECCION: Liceo No. 254, Guadalajara, Jal.

OCUPACION: Maestra

ANTECEDENTES PERSONALES:

Padeció las enfermedades propias de la niñez.

PADECIMIENTO ACTUAL:

La paciente refiere molestarle la prótesis total su perior, tiene con ella 3 meses, la prótesis está bien elaborada. En el examen oral se observó que la lengua está algo agrandada, de color púrpura y mucosa bucal, no puede abrir mucho porque las comisuras y labios están muy resecos.

DIAGNOSTICO: Deficiencia de Riboflavina

PRONOSTICO: Favorable

TRATAMIENTO: Se le dio 10 mg. de riboflavina al día, junto con otros componentes del complejo B, y corregir la dieta.

CASO No. 4

NOMBRE: Jesús Díaz García.

EDAD: 54 años

SEXO: Masculino

EDO. CIVIL: Casado

DIRECCION: Hacienda de Tala No. 1250, Guadalajara, Jal.

OCUPACION: Comerciante.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Padeció las enfermedades propias de la niñez.

PADECIMIENTO ACTUAL:

El paciente presenta la lengua ardorosa y adolorida el dolor se presentó gradualmente en los 2 últimos meses, - el paciente pensó que era alergia a su prótesis dental, es to no puede ser posible ya que tiene con ella 2 años. En el examen oral se observó pérdida de las papilas filiformes en el dorso de la lengua, el paciente reveló que hace 1 año fue sometido quirúrgicamente del aparato gastroin--testinal.

DIAGNOSTICO: Deficiencia de vitamina B12.

PRONOSTICO: Favorable.

TRATAMIENTO: Se le recetó al paciente una pequeña dosis de 5 mcg. de vitamina B12 por vía parenteral.

CASO No. 5

NOMBRE: María López Ruvalcaba

EDAD: 90 años

SEXO: Femenino

EDO. CIVIL: Viuda

DIRECCION: Madero No. 92, Tlaquepaque Jal.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Padeció las enfermedades propias de la niñez.

PADECIMIENTO ACTUAL

La paciente presenta úlcera en las mucosas bucal, - la lengua está lisa, de color rojo intenso y le duele, los labios y comisuras tienen pequeñas fisuras, usa una placa-parcial desde hace 10 años, la cual le faltan piezas.

DIAGNOSTICO: Deficiencia de Niacina.

PRONOSTICO: Favorable

TRATAMIENTO: Se le dio 20 mg diarios de niacina y el resto del complejo B, la elaboración de una nueva prótesis y una dieta bien balanceada.

CONCLUSIONES

Los pacientes que solicitan una prótesis parcial removible o total, son con mayor frecuencia en la madurez y la vejez. Deben ser examinados los tejidos orales y el ambiente oral para asegurarse que los tejidos de soporte - - aceptarán la prótesis y la mantendrán en situaciones de comodidad. Esto se hará antes de realizar la prótesis.

En el anciano, la incapacidad para llevar una próte-sis parcial o total puede atribuirse a deficiencia de los-tejidos y no a una técnica deficiente.

Las deficiencias de los tejidos se derivan de un --equilibrio hídrico y de la xerostomía, de un desequilibrio de calcio, así como una deficiencia en vitamina C que pro-duce fallas en la formación de colágeno, como la ingestión deficiente de vitaminas liposolubles e hidrosolubles que -dan manifestaciones bucales importantes.

El dentista debe conocer estos factores nutriciona-les y las deficiencias que pueden provocar en los tejidos-orales de cada paciente que sobrepase los 50 años de edad-el cual busca colocarse una prótesis funcional y cómoda.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

1. Farias Martínez Guillermo
Química Clínica
Editorial U.A.G.
1980, pág. 273 a 321.
2. Glickman Irving
Periodontología Clínica
Editorial Interamericana
1972 pág. 356 a 366
3. Guyton Arthur C.
Tratado de Fisiología Médica
Editorial Interamericana
1980 pág. 972.
4. Litter Manuel
Compendio de Farmacología
Editorial El Ateneo
1976 Pág. 381
5. Lynch Malcolm A.
Medicina Bucal
Editorial Interamericana
1981 pág. 476 a 494

6. Mossler Maury DDS. M.S.
"Geriatric nutrition: The role of taste and smell in
appetite"
The Journal of Prosthetic Dentistry
Vol. 43 Núm. 3, 1980, pág. 347, 249.
7. Massler Maury DDS. M.S.
"Influencia de la dieta en los tejidos que soportan las
dentaduras"
Clínica Odontológica de Norteamérica
Vol. 2 1984 pág. 207 a 217
8. Rynbergen Mitchell
Dibble Anderson
Nutrición y dieta de Cooper
Editorial Interamericana
1972 pág. 5, 10, 60 a 63.
9. Winkler Sheldon
Prostodoncia Total
Editorial Interamericana
1982 pág. 435 a 445
10. Segarelli Edward V.
Kutscher Austin H.
Diagnóstico en Patología Bucal
Editorial Salvat
1972 pág. 531, 532.