

# EL PACIENTE ADULTO MAYOR:

## una revisión narrativa con visión médico-odontológica

*The older adult patient: a review with a medical-dental viewpoint*

POR

ALIDA **GARCÍA ORELLANA**<sup>1</sup>

ANDREÍNA **TEJADA**<sup>2</sup>

DARÍO **SOSA**<sup>3</sup>

**1** Departamento de Medicina Oral. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela

**2** Departamento de Medicina Oral. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

 [orcid.org/0000-0003-3862-0654](https://orcid.org/0000-0003-3862-0654)

**3** Departamento de Investigación. Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

 [orcid.org/0000-0001-6202-097X](https://orcid.org/0000-0001-6202-097X)

**Autor de correspondencia:** Andreina Tejada. Calle 24, edif del Rectorado. Facultad de Odontología, Mérida.

[od.andreinatejada@gmail.com](mailto:od.andreinatejada@gmail.com)

## Resumen

Los cambios fisiológicos producto del envejecimiento afectan al ser humano en todos sus sistemas, los cuales repercuten en su estilo de vida y deja al paciente adulto mayor en estado de vulnerabilidad. Con el paso del tiempo estos cambios ocasionan el deterioro físico, la exacerbación de enfermedades sistémicas y secuelas en el aparato bucal por la ingesta de los medicamentos prescritos para tratar enfermedades. Es por ello por lo que, se requiere una atención integral donde el médico y el odontólogo, con sus diferentes especialidades, atiendan las necesidades de este tipo de pacientes. Conocer las etapas de este proceso y su manejo multidisciplinario son importantes actualmente para el profesional de la salud.

**PALABRAS CLAVE:** adulto mayor, gerontología, manejo multidisciplinario, envejecimiento, aparato bucal.

## Abstract

The physiological changes resulting from aging impacts the human being in all his systems, which affects his lifestyle and leaves the elderly patient in a state of vulnerability. Over time, these changes cause physical deterioration, exacerbation of systemic diseases and sequelae in the oral apparatus due to the intake of medications prescribed to treat diseases. That is why comprehensive care is required where the doctor and the dentist, with their different specialties, meet the needs of this type of patient. Knowing the stages of this process and its medical-dental management are important for the current health professional.

**KEY WORDS:** older adults, gerontology, multidisciplinary management, aging, oral apparatus.

## Introducción

El proceso de envejecimiento es de los cambios más complejos en la vida del ser humano, existen alteraciones evidentes en el estado físico, cognitivo, nutricional, psicológico y emocional de estos pacientes, que afectan su forma de vida y los hacen propensos a la aparición de un gran número de enfermedades<sup>1</sup>.

La cavidad bucal no está exenta a los cambios que se generan durante el envejecimiento; por lo tanto, al entenderse que el adulto mayor atraviesa situaciones particulares es comprensible que su atención desde el punto de vista de salud bucal debería ser distinta y especializada, y que los odontólogos tienen que estar entrenados para ofrecer tratamientos acordes a estas demandas<sup>1,2</sup>.

En este sentido, la Gerontología se define como la rama de la Odontología que se ocupa de la atención de la salud bucal para personas de 65 años de edad en adelante. A medida que pasan los años, la gente es más longeva y conserva cada vez más sus estructuras dentarias, por lo que sus exigencias son cada vez mayores y requieren de profesionales preparados en aspectos médicos, gerontológicos y psicológicos, para llegar a un grado de comprensión indispensable que posibilite un buen diagnóstico y un plan de tratamiento integral, desde un enfoque multidisciplinario<sup>2,3</sup>.

Los cambios anatómicos y fisiológicos presentes en la etapa de envejecimiento del adulto mayor afectan el aspecto nutricional, bucal, cognitivo, orgánico y sistémico, con cambios celulares y tisulares que favorecen la aparición de enfermedades<sup>1</sup>.

## El paciente adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>4</sup> define el envejecimiento como el deterioro progresivo y generalizado de las funciones, que produce una pérdida de la respuesta adaptativa al estrés y un mayor riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la edad, siendo un proceso irreversible y continuo, que se ha considerado a partir de los 60 años y bien puede clasificarse así<sup>5</sup>:

- **Pre-vejez:** 60 a 64 años
- **Vejez funcional:** 65 a 74 años
- **Vejez plena:** 75 a 79 años
- **Vejez avanzada:** 80 y más.

Una de las clasificaciones más aceptadas en el ámbito gerontológico es la de Hernández *et al.* que subdivide al adulto mayor en tres grupos<sup>6,7</sup>:

- **Viejos-jóvenes:** 60 a 74 años, potencialmente activos y en su mayoría sanos
- **Viejos-viejos:** de 75 a 89 años, con mayor riesgo de limitaciones físicas, psicológicas y sociales
- **Viejos-longevos:** de 90 y más años, corresponde a la población vulnerable, biológica, psicológica y socialmente.

## **Condiciones bucales**

Generalmente, los adultos mayores que se encuentran trabajando aún, se preocupan por solucionar sus afectaciones estéticas bucales, fundamentalmente las féminas. Aquellos que mantienen un estado de vida saludable e interactúan entre sí, cuidan su apariencia física, atendiendo sus necesidades estéticas y funcionales a nivel bucal, siendo las más frecuentes: edentulismo, caries dentales, restauraciones deficientes, discromía, migración de la encía en sentido apical, fractura de corona y maloclusión<sup>8</sup>. Los cambios, ya sean fisiológicos, específicos de la edad o patológicos, afectan la apariencia, la voz, la capacidad de masticar e incluso pueden causar dolor y dificultad para comer; por lo tanto, mantener una buena salud bucal es una prioridad absoluta<sup>7</sup>.

El aparato bucal del paciente geriátrico pasa por un proceso de cambios graduales, acumulativos e irreversibles, presentando las siguientes características<sup>7-13</sup>:

- 1) Desgaste natural del esmalte, dando coloración mate, oscura y sin brillo con sustitución de la dentina original, por la llamada “dentina de reparación” que genera dientes más frágiles, con un tono amarillo. Es común observar grietas y microfracturas en el borde incisal. Además, hay desgaste en las cúspides de las caras oclusales con pérdida de la morfología oclusal. En la actualidad, el desgaste dentario incluye la asociación a factores mecánico-abrasivos (bruxismo) y químico-corrosivos, por ingesta de ácidos y presencia de reflujo gastroesofágico<sup>6</sup>.
- 2) Caries cervical, por migración de la encía, con disminución sensitiva pulpar por fibrosis. Se forman calcificaciones pulpares distróficas (pulpolitos) y disminuyen la vascularización y la inervación pulpar<sup>6,10</sup>.
- 3) Recesión del tejido gingival con exposición de la raíz dental; disminución de la irrigación sanguínea, con un tejido periodontal menos sensible, lo cual, aunado a la disminución de la destreza motora propia del envejecimiento, favorece la presencia y acumulación de biopelícula dental<sup>6</sup>.
- 4) Ausencia de por lo menos la mitad de los dientes en un alto porcentaje de esta población y otro porcentaje considerable con edentulismo total, lo que genera pérdida de la dimensión del tercio inferior del rostro (Dimensión Vertical), colapso labial con aumento de los pliegues peribucles, aspecto prognático y marcación de los surcos de las comisuras labiales hacia el mentón, dando un aspecto facial de tristeza o cansancio. El edentulismo además favorece la malnutrición, aparición de trastornos digestivos, el aislamiento y la depresión<sup>1,6</sup>.
- 5) La enfermedad periodontal es prevalente en la población adulta mayor. La totalidad de la población geriátrica padece algún grado de Enfermedad Periodontal (EP), comprometiendo la estructura dental de

- apoyo: encía, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar, con la consecuente pérdida de soporte, pérdida de inserción, movilidad dentaria severa y finalmente, pérdida de los dientes<sup>13</sup>. La EP se ha asociado con la calidad de vida de los adultos mayores, así como con afecciones sistémicas: enfermedad cardiovascular, descontrol metabólico de la diabetes mellitus, retraso en la cicatrización, neumonía por aspiración y exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)<sup>1</sup>.
- 6) Disminución del flujo salival con menor cantidad de inmunoglobulinas protectoras y menor efecto mecánico de arrastre, favoreciendo la aparición y progresión de caries radiculares. Esta sensación de boca seca o xerostomía suele deberse también a efecto colateral de medicamentos o a enfermedades sistémicas<sup>3</sup>.
  - 7) La percepción de los sabores es menor, al tener menos papilas gustativas y suele haber várices sub-linguales o varicosidades nodulares en la cara ventral de la lengua, debido a la pérdida de elasticidad y tono del tejido conectivo que soporta las venas de la zona, no estando asociadas a ninguna enfermedad<sup>11</sup>.
  - 8) En la Articulación Temporo Mandibular (ATM) ocurren cambios en la superficie articular con aplanamiento del cóndilo mandibular, mayor laxitud de los movimientos articulares e hipertrofia del cartílago. El disco articular tiende a perforarse con la edad. Aparece osteoporosis y quistes subcondrales, visibles radiográficamente. Clínicamente puede encontrarse ruidos tipo crépito fino en la apertura y cierre mandibular<sup>6,10</sup>.
  - 9) Hipotonía muscular masticatoria, por atrofia de la musculatura estriada generando menor fuerza masticatoria<sup>10</sup>.
  - 10) Es frecuente observar irritación crónica de la mucosa bucal, causada por el desajuste de prótesis usadas continuamente, así como lesiones hipertróficas, ejemplo: hiperplasia fibrosa inflamatoria o lesiones tumorales benignas (fibroma irritativo). La falta de higiene adecuada junto a estas prótesis desajustadas favorece la presencia de estomatitis subprotésica<sup>10</sup>.
  - 11) Es común encontrar tanto en lengua como en mucosa bucal, infección por hongos levaduriformes (*Candida sp*), expresada clínicamente como placas blanquecinas, a modo de parches, que pueden ser fácilmente retiradas, siendo la expresión de la candidiasis pseudomembranosa. También es frecuente la candidiasis eritematosa o atrófica, en la cual aparecen las placas de color rojo, con sensación de ardor o quemadura, sin placas blanquecinas, localizada comúnmente debajo de la prótesis dental<sup>7</sup>.

- 12) Trauma oclusal secundario por el uso de prótesis desadaptadas, restauraciones y dientes fracturados, entre otras, generando úlceras traumáticas producto de mordeduras, sobreextensiones de los flancos de la prótesis o bordes filosos frecuentes en lengua, labios, piso de boca y paladar<sup>6</sup>.
- 13) Queilitis angular evidenciada como lesión blanquecina y erosiva de la comisura labial, con dolor y limitación de la apertura bucal<sup>7</sup>.
- 14) Penfigoide benigno de las membranas mucosas, como enfermedad autoinmune de la mucosa oral, expresada clínicamente como una lesión vesículo-ulcerativa que inicia entre los 60 y 70 años<sup>9</sup>.
- 15) Cáncer bucal, con mayor incidencia en esta etapa de la vida, asociado a diversos factores, tales como: alcoholismo, tabaquismo, deficiencias nutricionales, lesiones crónicas traumáticas, mala higiene, agentes biológicos, antecedentes familiares. Generalmente es asintomático en los primeros estadios y de allí que toda lesión sospechosa que no desaparece en un lapso de 10 días, debe referirse al especialista para realizar biopsia de la misma. El tipo más común de cáncer oral es el *carcinoma escamoso o espinocelular*, también llamado *epidermoide*, que puede manifestarse como úlceras dolorosas o no, que no cicatrizan después de 15 días. También presenta placas blanquecinas o eritematosas en la mucosa, sin etiología aparente. Esta afección generalmente tiene diagnóstico tardío y por ello es deber de odontólogos y médicos que atienden a adultos mayores, efectuar examen de la mucosa bucal y derivar a un especialista en Patología Bucomaxilofacial en caso de sospecha<sup>1</sup>.
- 16) Síndrome de boca urente o ardiente: condición dolorosa en la lengua con sensación de ardor (estomatodinia) que se extiende a toda la boca, sin lesiones en la mucosa oral, de 4 a 6 meses de evolución, sin otros hallazgos clínicos, más frecuente en mujeres, asociado a diabetes mellitus, cambios hormonales, deficiencias nutricionales (complejo B, zinc), terapia antibiótica, enfermedad de Parkinson, síndrome de Sjögren, trastornos neuropsiquiátricos y disminución de dopamina<sup>9</sup>.
- 17) Trastornos del movimiento bucal, en aumento: hiperquinesias (distonías, bruxismo, disquinesias) o en disminución: hipoquinesias (Parkinson). Las disquinesias son movimientos irregulares involuntarios y repetitivos, que afectan la musculatura labial, lingual, bucal o mandibular, asociados a medicamentos (antiparkinsonianos, antipsicóticos, antidepresivos, psicoestimulantes, antihistamínicos y anticonvulsivantes). Pueden generar dolor en la zona, desgaste o fractura dental o de prótesis, desplazamiento y pérdida de retención protésica, luxación mandibular, pérdida ósea acelerada, babeo, disfagia, dificultad en la masticación y en el habla, entre otras<sup>9</sup>.

## Manifestaciones bucales asociadas a fármacos

Son manifestaciones bucales inducidas por fármacos<sup>10,14,15</sup>:

- 1) Xerostomia o disminución del flujo salival: incluye antihistamínicos (clorfeniramina, loratadina, cetirizina), analgésicos opioides (tramadol, meperidina), Analgésicos Antiinflamatorios no Esteroideos (AINES), antihipertensivos (inhibidores *de la ECA*: captopril, enalapril; bloqueadores de los canales de calcio (amlodipina), *diuréticos*: furosemida y tiazidas), agentes anti-reflujo (omeprazol), ansiolíticos (benzodiazepinas), antipsicóticos (haloperidol, clorpromazina), antidepresivos (proxetina, citalopram), anticonvulsivantes, relajantes musculares (orfenadrina), antiparkinsonianos, antiespasmódicos, simpaticomiméticos (efedrina), entre otros.
- 2) Hiperplasia gingival: antihipertensivos tipo bloqueantes de los canales de calcio (nifedipina, diltiazem, verapamilo, amlodipina y felodipina), anticonvulsivantes fenitoína, ácido valproico, carbamazepina, fenobarbital y vigabatrina), inmunosupresores (ciclosporina A). La hiperplasia no desaparece al suspender la medicación y la placa bacteriana es un factor agravante<sup>14,15</sup>.
- 3) Alteraciones de la mucosa bucal:
  - Reacciones liquenoides: expresadas como máculas blancas, estriadas, en placa o reticulares y lesiones erosivas o eritematosas, que recuerdan al liquen plano, desencadenadas por: antibióticos (todos), antihipertensivos (verapamilo, minoxidil, captopril, metildopa, propranolol), anticonvulsivantes (barbitúricos, carbamazepina), antimicóticos (anfotericina B, ketoconazol), diuréticos (furosemida), AINES (ibuprofeno), antiparkinsonianos (levodopa), antimalárico (cloroquina), antiarrítmicos (quinidina).
  - Eritema multiforme: efecto adverso común en el anciano caracterizado por lesiones eritematosas y vesículo-ampollares, pudiendo ser ocasionado por analgésicos (codeína), anticonvulsivos (barbitúricos), antibióticos (eritromicina, sulfas, ciprofloxacina), Inhibidores de la ECA (enalapril, captopril), antimicóticos (anfotericina B), hipoglicemiantes (metformina) y antisicóticos.
  - Mucositis: inflamación de la mucosa bucal secundaria al tratamiento antineoplásico (quimioterapia, radioterapia).
  - Péufigo o lesiones penfigoides: apareciendo como reacción a fármacos tipo antibióticos (penicilinas), antihipertensivos (enalapril, captopril, propranolol), analgésicos (diclofenac, piroxicam, ibuprofeno).
- 4) Candidiasis por el uso prolongado de antibióticos, especialmente de amplio espectro, que altera el microbioma bucal y favorece el desarrollo de la *Candida*.

- 5) Hemorragia gingival o petequias gingivales por el uso de anticoagulantes (warfarina) o antiagregantes plaquetarios (ácido acetil salicílico), en ausencia de inflamación.

La calidad de vida de los adultos mayores mejora al atender su salud bucal, la cual generalmente se ve afectada con trastornos habituales, siendo más común en áreas rurales y zonas con limitado acceso a centros odontológicos, cuyas causas están relacionadas con la mala higiene, el consumo de alcohol, tabaquismo, hiperplasia gingival, periodontitis y caries dental<sup>7</sup>.

## **Condiciones sistémicas en el adulto mayor.**

### **Abordaje médico-odontológico**

Las afecciones orales en el adulto mayor pueden aparecer como consecuencia esperada por el avance de la edad, pudiendo vincularse o no a la presencia de enfermedades sistémicas crónicas que usualmente le acompañan o al tratamiento instaurado como terapéutica de las mismas<sup>16</sup>. En su mayoría, las enfermedades crónicas se vinculan con la salud oral de los pacientes adultos mayores y las que frecuentemente se encuentran en esta población son: las enfermedades cardiovasculares, predominando la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), trastornos neuropsiquiátricos (Alzheimer, enfermedad de Parkinson, depresión) y la osteoporosis, entre otras, de las cuales expondremos a continuación, la conducta odontológica a seguir en la atención de los pacientes que cursan con estas afecciones<sup>1,10,16,17</sup>.

### **La Hipertensión Arterial (HTA)**

Podría representar el 35% de la población mayor de 40 años y el 60% de los mayores de 60 años<sup>16</sup>. Con la edad aparece un incremento de la presión arterial sistémica, cuyo impacto sobre la calidad de vida es más evidente en los adultos mayores, pues en promedio afecta a 1 de cada 2 mayores de 65 años<sup>1,17</sup>.

El manejo odontológico de un adulto mayor hipertenso se inicia con historia clínica completa y minuciosa, que revele la evolución y el tratamiento de la HTA, verificando su cumplimiento. En cada cita y antes de iniciar tratamiento dental, es recomendable medir la presión arterial y tratar al paciente en un ambiente cálido y relajado, para reducir la ansiedad y el estrés. En casos especiales se debe considerar la prescripción de un ansiolítico<sup>1</sup>. Ejecutar la atención odontológica si el paciente está controlado en sus cifras tensionales, (ideal no mayor de 150/95 mmHg), de lo contrario se remite con el médico tratante para ajustar tratamiento y controlar los niveles de presión. Utilizar anestesia con vasoconstrictor si se requiere, 1 a 2 carpules. Se aconseja el uso racional de AINES, recordando que tienen efecto renal nocivo y pueden

incrementar la presión arterial. No incorporar al paciente rápidamente del sillón odontológico porque puede presentar hipotensión postural<sup>5</sup>.

## Diabetes Mellitus

Es la enfermedad metabólica más frecuente, que obedece a una resistencia a la acción de la insulina o a un defecto en la secreción de la misma, generando la diabetes tipo 2, cuyos criterios diagnósticos son: glicemia en ayunas superior o igual a 126 g/dl, con glicemia postprandial mayor o igual a 200 mg/dl (2 horas después de administrar una carga de 75 gr de glucosa) y hemoglobina glicosilada mayor o igual a 6,5%<sup>5</sup>. Estos pacientes recibirán como tratamientos hipoglicemiantes orales, y los que ya no responden, recibirán insulina sub-cutánea, convirtiéndose en pacientes insulino-requirientes. El mal control de la diabetes cursa con afecciones arteriales en su evolución, produciendo microangiopatías y microangiopatías que alteran la circulación sanguínea, así como neuropatías, con trastornos de sensibilidad<sup>1,5</sup>.

En el aparato bucal, la diabetes mal controlada genera y agrava la enfermedad periodontal, favoreciendo el edentulismo. Son comunes, además, las infecciones por *Candida albicans* debajo de las prótesis y en las comisuras labiales, favorecidas por la xerostomía, que condiciona por su parte, la aparición de caries y el acúmulo de placa bacteriana que facilita la enfermedad periodontal<sup>1,5</sup>.

En la atención odontológica del adulto mayor con diabetes es prudente considerar el control metabólico del paciente, lo cual, además del examen clínico oral puede evidenciarse de manera objetiva a través del nivel de hemoglobina glicosilada (HbA1C), indicando cómo ha estado el manejo de la glucosa los últimos 90 a 120 días: Normal: <5,7%. Buen control glicémico: <7%. Control moderado 7-8%. Control deficiente >8%. Control glicémico muy pobre >10%. A menor control glicémico, mayor posibilidad de complicación en el tratamiento odontológico. El examen oral del paciente debe ser completo y minucioso, detallando el estado de todas las estructuras, pues las decisiones se toman considerando el estado de salud oral, conjuntamente con el estado de control metabólico (glicemia más HbA1C) y el tipo de tratamiento odontológico a realizar, llevando a cabo un plan de tratamiento preliminar<sup>1,5</sup>. Es importante recordar que en caso de una infección que requiere intervención odontológica (drenaje de absceso, tratamiento endodóntico, por ejemplo) dicha intervención debe realizarse de forma inmediata para lograr el control metabólico y evitar complicaciones, independiente del valor elevado de glicemia o de Hb A1C. Igualmente, en un diabético con buen control glicémico y buen estado de salud oral, no es necesario prescribir terapia antibiótica como profilaxis, evitando así generar resistencia bacteriana. La atención odontológica es preferible realizarla en horario matutino, post desayuno y habiendo recibido su tratamiento hipoglicemiante según la indicación médi-

ca. Evitar administrar tetraciclinas, ácido acetilsalicílico y corticoides porque interfieren en la acción de los hipoglicemiantes; puede usarse con seguridad amoxicilina y acetaminofén, sólo o combinado con codeína<sup>5</sup>.

### Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Trastorno respiratorio que agrupa bronquitis crónica, enfisema pulmonar y asma severa, frecuente en la población de adultos mayores<sup>5,10</sup>. Está asociado principalmente al tabaquismo, no de forma exclusiva, pudiendo aparecer en no fumadores que genéticamente tienen déficit de la enzima alfa 1 antitripsina o en personas que han cocinado con leña por largo tiempo; igualmente por exposición a gases, humo, aserrín en áreas de trabajo<sup>10</sup>. Los pacientes con EPOC generalmente presentarán cierto grado de disnea, tipo taquipnea, con intolerancia al decúbito supino. Es frecuente en ellos la tos y la fatiga, así como recurrencia de infecciones respiratorias que exacerban la patología. Reciben como tratamiento, broncodilatadores inhalados con fármacos adrenérgicos beta 2, tipo salbutamol, fenoterol, combinados con esteroides inhalados (algunas veces también por vía oral)<sup>5</sup>. En la atención odontológica es importante tomar precauciones tales como: tratarlos en posición semi-sentada, con el respaldo vertical, solicitarles llevar el inhalador a la consulta, para usarlo en caso de ser necesario (si presentan disnea con sibilancias), recomendando el enjuague bucal posterior a la inhalación de esteroides, para evitar la infección bucal por hongos. Si el paciente es dependiente de oxígeno debe ser tratado en un hospital, preferiblemente<sup>5</sup>.

### Enfermedad de Alzheimer

Es la causa más común de demencia en el adulto mayor, consecuente a un proceso neurodegenerativo del sistema nervioso central, con muerte neuronal progresiva en ciertas zonas del cerebro, generalmente en corteza e hipocampo, cuya etiología no está determinada con exactitud<sup>10</sup>. Se manifiesta por pérdida de memoria, alteración del lenguaje, desorientación en tiempo y espacio; cambios en el humor y en la conducta, cambios en la personalidad, juicio pobre o disminuido, entre otros<sup>5</sup>. Se asocia con la edad avanzada, traumatismos craneales, tabaquismo, hipertensión, colesterol elevado, obesidad y diabetes. La evolución general se divide en tres etapas: inicial, intermedia y avanzada. Es bien conocido que conforme progresa la enfermedad, declina la salud bucal, con higiene deficiente que predispone a enfermedad periodontal, caries coronal y cervical, poca habilidad en el manejo de prótesis removible<sup>12</sup>. Todos los fármacos indicados para el tratamiento de la enfermedad producen xerostomía y sus esperadas consecuencias. Se sugiere realizar los tratamientos odontológicos precozmente, en la etapa inicial, en la cual el paciente colabora más. La Odontología Restauradora avanzada que implique coronas, puentes e implantes, considerarse siempre y cuando el paciente pueda realizar la higiene bucal por sí mismo<sup>12</sup>. En la etapa media

se recomienda optimizar el tratamiento preventivo y de ser necesario, usar sedación o anestesia general en caso de alucinaciones y extrema ansiedad. En etapa avanzada el tratamiento odontológico se enfoca en la prevención, mantenimiento y atención de emergencia, encomendando la higiene oral a su cuidador<sup>5</sup>.

## El Parkinson

Es una enfermedad neurodegenerativa de etiología desconocida, probablemente multifactorial, crónica y progresiva, provocada por la degeneración neuronal en la sustancia *nigra*, con disminución de los niveles de dopamina<sup>5</sup>. Sus signos y síntomas son: temblor de reposo, con enlentecimiento de los movimientos (bradicinesia) y rigidez: inestabilidad postural sin otra causa que la explique, afectando el equilibrio. Hay trastornos del sueño, deterioro cognitivo, depresión, ansiedad, alucinaciones; trastornos sensoriales (síndrome de piernas inquietas, neuropatía periférica), alteraciones autonómicas: estreñimiento, incontinencia urinaria, hipotensión ortostática y alteraciones del olfato. Un signo temprano es la hipersalivación, que produce babeo y al progresar la enfermedad, cursa con disfagia en más del 80% de los casos. El inicio suele ser unilateral y progresivo. Responde al tratamiento con levodopa<sup>5</sup>.

En la atención odontológica del adulto mayor con enfermedad de Parkinson se sugiere programar citas breves, minimizando el estrés, para disminuir los temblores y movimientos aleatorios<sup>5</sup>. Considerar que los antiparkinsonianos dopaminérgicos interactúan con los anestésicos locales que contienen vasoconstrictores adrenérgicos, pudiendo generarse una crisis hipertensiva al combinarlos, por lo que se recomienda emplear prilocaína con felipresina. Se recomienda el uso de abreboca para evitar un cierre brusco durante el procedimiento, al igual que sostener la cabeza del sujeto para estabilizarla durante la infiltración del anestésico local. Y cuando aparece el temblor involuntario, se ha visto que este cede al pedirle al paciente que mantenga la lengua pegada al paladar. El tratamiento odontológico puede realizarse con sedación consciente asegurando la protección de vías aéreas debido a que el reflejo de deglución está disminuido, existiendo riesgo de broncoaspiración. La sedación debe hacerla un anesthesiólogo y si al grado de afección del paciente lo amerita, el procedimiento odontológico se llevará a cabo con anestesia general. Se recomienda el uso del dique de goma con succión adicional si hay sialorrea. Se aconseja no inclinar el sillón dental más de 45 grados para evitar la hipotensión ortostática.

## La depresión<sup>5</sup>

Es un trastorno psiquiátrico en el cual el estado de ánimo, el contenido del pensamiento y los patrones de comportamiento se ven deteriorados, por un período de tiempo prolongado. Aunque su etiología se considera biopsico-

social, puede surgir del eje límbico-hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Todos los cambios psicosociales que ocurren en la edad avanzada del individuo, las pérdidas personales, soledad, aislamiento, enfermedad, bajos ingresos, entre otros, suelen ser relevantes como motivo de depresión. El 65% de los pacientes geriátricos con depresión tienen además síntomas hipocondríacos, lo cual ha sido descrito como factor de riesgo para suicidio. La depresión se asocia con desinterés, falta de apetito, escasa higiene general y oral. El tratamiento indicado son los antidepresivos, que producen hiposalivación, con sus consecuencias ya conocidas. Se recomienda implementar el tratamiento odontológico en pacientes deprimidos por fases y conforme se cumplan, se avanza en la complejidad de dicho tratamiento. Se sugiere indicar el uso de agentes anticariogénicos que contengan flúor, como sustitutos de la saliva. Si algún paciente recibiera farmacoterapia con los antiguos antidepresivos tricíclicos (imipramina o maprotilina) debe emplearse anestésico local con vasoconstrictor no adrenérgico<sup>12</sup>.

## La osteoporosis

Es un trastorno sistémico en el cual aparece una deficiencia de la matriz ósea y de las sales de calcio con disminución de la densidad del hueso, cortical y trabecular, más frecuente en mujeres a partir de los 50 años, asociado a la menopausia, que predispone y favorece las fracturas, en cuyo caso la etiología es primaria<sup>5</sup>. Cuando aparece por motivos endocrinos, hematológicos o gastrointestinales, es secundaria. Se considera un factor de riesgo para desarrollar enfermedad periodontal. No suele dar manifestaciones importantes en los maxilares de mujeres que conservan su dentición, pero en las pacientes edéntulas, en perimenopausia, suele verse una gran pérdida del hueso basal, con desarrollo de atrofia alveolar mandibular, lo cual dificulta el soporte de prótesis totales o parciales removibles y en muchas ocasiones, la colocación de implantes<sup>1,6,12</sup>. El tratamiento farmacológico para la osteoporosis se basa en la prescripción de bifosfonatos, los cuales generan un riesgo de producción de osteonecrosis cuando se realiza en los pacientes un procedimiento quirúrgico bucal, aún menor, especialmente en la mandíbula y este riesgo aumenta si por alguna razón, el paciente toma esteroides. Se recomienda esperar al menos un año para realizar cirugía, raspado, alisado o cirugía periodontal en mandíbula de paciente en tratamiento con bifosfonatos<sup>18</sup>. Lo ideal es revisar y tratar la cavidad oral antes de prescribir bifosfonatos. Si es necesario realizar implantes o tratamientos de conducto, estos deben efectuarse un año antes de comenzar con la administración de bisfosfonatos; después hay que controlar exhaustivamente y en forma periódica la higiene dental<sup>19</sup>. En caso de utilizar prótesis removibles, se deben evaluar sus márgenes para evitar posibles heridas en la mucosa de la cavidad oral<sup>17</sup>.

Por otra parte, es prudente recordar los hábitos y conductas que favorecen la aparición de patologías en la cavidad oral de los pacientes geriátricos, a saber<sup>1,20</sup>:

- No cepillarse los dientes con la frecuencia requerida o no hacerlo con la técnica adecuada.
- No cambiar el cepillo dental al deteriorarse y ser menos eficaz
- No emplear hilo dental.
- Tener una alimentación y nutrición no saludable
- Consumir exceso de carbohidratos, dulces y bebidas azucaradas
- Tener hábito tabáquico, en cualquier forma
- No acudir frecuentemente a la consulta odontológica<sup>12</sup>

## Conclusión

Es evidente que la Odontogeriatría es una rama primordial de la Odontología, que, desarrollando la atención especializada dirigida a los adultos mayores, hará que esta población susceptible a los trastornos bucodentales reciba la asistencia, educación, prevención y atención necesarias para alcanzar y mantener una buena salud oral, la cual es vital para lograr buen nivel en calidad de vida. Para ello, debe siempre evaluarse la condición oral del paciente, engranada a su condición sistémica, junto a la capacidad funcional que garantice la higiene y el cuidado del tratamiento odontológico requerido.

Tanto las especialidades médicas como odontológicas cuentan con un papel fundamental dentro de la atención primaria de este tipo de pacientes. La elaboración correcta de una historia clínica detallada, donde se evalúe al paciente adulto mayor por sistemas, reflejando sus signos, síntomas, antecedentes familiares y personales, constituye un pilar fundamental en la atención odontológica. Esto permite al clínico saber la situación actual del paciente, sus principales afecciones sistémicas y los medicamentos recetados previamente, los cuales pudiesen influir en el aparato bucal, sin dejar de lado el proceso natural de envejecimiento que también lo afecta.

## Referencias

1. Tapia Díaz LO. Manejo odontológico del paciente adulto mayor [Internet]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Universidad Inca Garcilaso de La Vega; 2021. Disponible en: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/5574#.YZeVw-Pywas.mendeley>
2. Soria E, R P. Importancia de la atención odontogeriátrica en el paciente institucionalizado. *Odont Act* [Internet]. 2013;10(118):18-22. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=91095>
3. Tin E. Odontogeriatría. Imperativo no Ensino Odontológico Diante do Novo Perfil Demográfico Brasileiro. 1.a ed. Brasil: Alínea; 2001. 86 p.
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 2022 [citado 30 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

5. Castellanos Suárez JL, Díaz Guzmán LM, Lee Gómez EA. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas [Internet]. 3.a ed. Morales Saavedra J, editor. México: Manual MODerno; 2015. Disponible en: [https://www.academia.edu/42079735/Medicina\\_en\\_odontologia](https://www.academia.edu/42079735/Medicina_en_odontologia)
6. Chávez-Reátegui BDC, Manrique-Chávez JE, Manrique-Guzmán JA. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de literatura. *Rev Estomatológica Hered.* 2014; 24(3): 199.
7. Regato Cepeda AF. Salud bucal en el adulto mayor. Universidad de Guayaquil; 2021.
8. Arcia Díaz Y, Padrón Rodríguez M, Rodríguez Piedra Y. Afectaciones estéticas bucales en la población geriátrica. *Rev Electrónica Medimay.* 2021; 28(1): 62-70.
9. Espinoza Santander I, Salinas Castro J. Evaluación Odontológica en el Adulto Mayor. En: Villanueva Bianchini P, editor. Motricidad Orofacial II Evaluación y Diagnóstico [Internet]. Chile: Fondo Editorial Juvenal Hernández Jaque; 2017. p. 93-102. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/144296>
10. Medina Chavez JH, Fuentes S, Marin A. Diagnóstico y Manejo de los Problemas Bucales en el Adulto Mayor. Secretaría de Salud. 2012. 106 p.
11. Cun Morán CP. Hábitos de salud bucal en población adulta mayor. Vol. 4. 2021.
12. Davalos-Vargas CR, Monroy-Beltrán SL, Muñoz-Benítez J, Olvera-Flores V, Sánchez-Gómez KE, Monjarás Avila AJ. Protocolo de atención odontológica para el adulto mayor. *Educ y Salud Boletín Científico Inst Ciencias la Salud Univ Autónoma del Estado Hidalgo.* 2020; 9(17): 89-95.
13. Escalante M. Relación de la enfermedad periodontal con la calidad de vida en adultos mayores de la red de salud Puno-2020. Universidad Nacional del Altiplano de Puno; 2021.
14. Zerón. GV, Sautto. M. Agrandamientos gingivales inducidos por medicamentos. Una visión genómica y genética. Revisión de la literatura. *Rev Mex Periodontol [Internet].* 2016; 7(1): 25-35. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/periodontologia/mp-2016/mp161e.pdf>
15. Calzado de Silva M, Rodríguez JL, Peña Sisto M. Enfermedades causadas por fármacos en la cavidad bucal. *MEDISAN.* 2015; 19(11): 1386-98.
16. Cepeda Silva ME. Relación de las principales patologías orales con las enfermedades crónicas del adulto. Universidad Nacional de Chimborazo, 2019 [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2021. Disponible en: [http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8392/1/5.-TESIS María Elena Cepeda Silva..ODO.pdf](http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/8392/1/5.-TESIS%20María%20Elena%20Cepeda%20Silva..ODO.pdf)
17. Fonseca Pichs AJ, Rocha Remón P, Rodríguez Tenreiro A. Osteonecrosis mandibular secundaria al uso de bisfosfonatos. Reporte de un caso. *Gac Médica Espirituana.* 2019; 21(2): 111-20.
18. Lévano Villanueva CJU. Manejo Del Paciente Oncológico Por El Odontólogo General. *Rev Odontológica Basadrina.* 2019; 3(1): 46-50.
19. Grande Boloque R, Apoita Sanz M, Vallina Fernández-Kelly C, Melero Alarcón C, Montañés de la Fuente A, Hernández Vallejo G. Manejo Odontológico del paciente sometido a quimioterapia. *Rev Eur Odontoestomatol [Internet].* 2018; Disponible en: <http://www.redoe.com/ver.php?id=287>
20. Yerena S. Correlación de la necesidad de tratamiento odontológico y la autopercepción de la salud bucodental en el adulto mayor. Universidad Autónoma de Nayarit; 2020.