

Congresos

Medwave. Año IX, No. 9, Septiembre 2009. Open Access, Creative Commons.

Trastornos odontológicos en el adulto mayor

Autores: María Angélica Torres Valenzuela⁽¹⁾, Iris Espinoza Santander⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Facultad de Odontología, Universidad de Chile, Santiago, Chile

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2009.09.4124>

Ficha del Artículo

Citación: Torres MA, Espinoza I. Trastornos odontológicos en el adulto mayor. *Medwave* 2009 Sep;9(9) doi: 10.5867/medwave.2009.09.4124

Fecha de publicación: 1/9/2009

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada y revisada de la conferencia que se dictó en el XII Congreso Chileno de Geriátrica y Gerontología realizado en Santiago en Agosto de 2008. El congreso fue organizado por la Sociedad de Geriátrica y Gerontología de Chile.

Introducción

La estructura maxilofacial del ser humano cambia con el tiempo. A medida que pasan los años toda la estructura facial crece y se produce un avance de la mandíbula, tanto en longitud como en sentido transversal; esto ocurre hasta cierta edad. Para que se produzca este crecimiento es fundamental la presencia de piezas dentarias en los procesos alveolares y si ellas se pierden el hueso alveolar se reabsorbe y la altura facial disminuye, lo que ocasiona la facies típica de los adultos mayores que han sufrido esta pérdida.

Es muy frecuente que los adultos mayores lleguen al odontólogo con varias piezas dentarias perdidas, obturaciones en mal estado y caries, debido a la acumulación de daño en su salud bucal durante la vida y a la escasa cobertura de la atención odontológica, especialmente entre los adultos que se atienden en el sistema público de salud. Ocasionalmente llegan pacientes que han podido acceder a una atención odontológica durante su vida, pero en ellos podemos apreciar grandes sistemas rehabilitadores. Lamentablemente es frecuente que los pacientes adultos mayores lleguen sin ninguna pieza dentaria y, peor aún, sin los aparatos protésicos rehabilitadores o con éstos en el bolsillo debido a la ausencia de rebordes que permitan afirmar una prótesis. En suma, lo más frecuente es encontrar pacientes desdentados parciales, que traen las prótesis en mal estado y pacientes desdentados totales, que por lo general vienen rehabilitados con prótesis totales con buena apariencia estética de su prótesis superior y una prótesis mandibular que generalmente no pueden usar.

Las patologías orales más comunes en los adultos mayores y en la población chilena en general, son la presencia de caries y enfermedad periodontal (1,2), mal llamada "piorrea", que corresponde a la pérdida de dientes debido a una infección crónica a nivel del tejido óseo que mantiene los dientes en los huesos maxilares.

Ambas lesiones se pueden prevenir con una efectiva higiene oral y mediante una atención odontológica de buena calidad, constante y regular. Lamentablemente, la disponibilidad de servicios odontológicos adecuados es muy limitada en Chile, lo que se traduce en una alta tasa de caries y enfermedad periodontal con el consiguiente daño biológico, psicológico y social.

La falta de piezas dentarias produce las siguientes consecuencias:

- Exclusión de actividades sociales como reuniones, fiestas o comidas familiares, sea por falta de piezas o por tener piezas dentarias mal rehabilitadas, con prótesis que se mueven lo que les impide usarlas con seguridad.
- Dificultades para hablar.
- Dificultades para masticar, lo que genera problemas de digestión y nutrición. Estudios efectuados en Japón han demostrado que los pacientes que viven en casas de reposo tienen problemas de desnutrición secundarios a la falta de rehabilitación bucal; en Chile se han hecho algunos trabajos para evitar este problema mediante el aporte de alimentos en papilla (la sopa de los años dorados).
- Alteración en la percepción del gusto: para la mayoría de los pacientes, los sabores no son los mismos cuando una prótesis les cubre el paladar.
- Alteraciones en la actividad afectiva y sexual: hay pruebas de que el adulto mayor puede tener una buena actividad sexual si tiene prótesis o buena rehabilitación bucal, porque adquiere seguridad en sí mismo.
- Menor calidad de vida: hay estudios que prueban que una rehabilitación oral deficiente genera un impacto negativo directo en la calidad de vida de los individuos.

Epidemiología

En un estudio realizado por la odontóloga Iris Espinoza (3) en una muestra de 889 individuos mayores de 65 años de

edad de diferentes niveles socioeconómicos de la provincia de Santiago, Región Metropolitana, Chile, se encontró que 25% de ellos eran desdentados totales bimaxilares; algunos estaban rehabilitados con prótesis totales y otros portaban prótesis parciales, muchas de ellas en mal estado. De los 889 pacientes, 65% usaba prótesis removibles en alguno de sus maxilares y de ellos, 63% portaba sólo prótesis superior. Sólo 37% de los pacientes tenía capacidad para portar una prótesis inferior, a pesar de la gran cantidad de desdentados completos. En cuanto a la calidad de las prótesis y la rehabilitación, la mala higiene oral era muy frecuente, con la consiguiente acumulación de placa bacteriana, potencial mayor riesgo de producción de caries, enfermedad periodontal y candidiasis, además de halitosis. En este estudio 75% de los pacientes presentaba mala higiene; 69% usaba en forma continua aparatos protésicos, pero en mal estado y todos tenían una antigüedad mayor de cinco años, que es el lapso tras el cual se recomienda cambiarlos. Las mujeres tenían las prótesis más antiguas.

Este estudio además demostró que la prevalencia de patologías orales: caries, enfermedad periodontal, lesiones de la mucosa oral y edentulismo en los adultos mayores de la provincia de Santiago es elevada. Aún no existen estudios publicados del estado de la salud bucal a nivel nacional.

Patología bucal del adulto mayor

Las micosis son frecuentes en el adulto mayor debido a la relación de la homeostasis de la cavidad bucal respecto al estado sistémico de salud del paciente, generalmente inmunodeprimido por el envejecimiento, además las mucosas se adelgazan en forma importante, aumentan las varicosidades en la mucosa bucal y labial y aumenta la frecuencia de fisuras linguales, y bajo los aparatos protésicos con mala higiene pueden proliferar bacterias y hongos saprófitos que normalmente no dan problemas, pero pueden causar procesos infecciosos si penetran a través de estas lesiones. Además, con el curso de los años se presenta con mayor frecuencia la condición de Fordyce, que es la aparición de glándulas sebáceas ectópicas a nivel de la mucosa oral, de menor frecuencia en otros grupos de edad.

En un estudio europeo se encontró que 61,6% de los adultos de 25 a 75 años de edad presentaba lesiones a nivel de la mucosa bucal (4). El estudio de Espinoza realizado en la provincia de Santiago demostró que 53% de los examinados presentaba alguna lesión a nivel de la cavidad bucal. Las lesiones más comunes fueron: estomatitis subprotésica (22,3%), hiperplasia irritativa (9,4%), várices de la mucosa oral (9%), lesión pigmentada solitaria (4%), úlcera traumática (3,5%), queilitis angular (2,9%), lesiones pigmentadas múltiples (2,8%), hemangiomas (2,3%), liquen plano (2,1%), leucoplasia (1,7%), estomatitis aftosa recurrente (1,4%), estomatitis nicotínica (1,3%), glositis romboidal media (0,9%), queilitis actínica (0,9%), granuloma piógeno (0,7%), papiloma escamoso oral (0,6%) y mucocel (0,2%) y se encontró un caso de cáncer oral (3).

A continuación se analizan algunas de estas patologías:

Estomatitis subprotésica: Un 22,3% de los participantes presentaba lesiones de estomatitis subprotésica, una infección fúngica causada en la mayoría de los casos por *Candida albicans* que se presenta debajo de un área cubierta por una prótesis que se ha usado durante muchos años sin cuidado e higiene adecuados; es

importante considerar que muchos pacientes no se sacan las prótesis para dormir. Esta condición se ve especialmente en pacientes que portan prótesis acrílicas, no con prótesis de base metálica y las mucosas se presentan enrojecidas o con lesiones moteadas. Además los pacientes pueden presentar lesiones en la mucosa lingual y alteración en el gusto de los alimentos,

Hiperplasia irritativa: se observó en 9,4% de los examinados. Se presenta como una lesión de la mucosa oral secundaria a una mala posición dental, por un mal hábito de succión de la mucosa, en el borde de la mucosa asociado a prótesis mal adaptadas.

Queilitis angular: se presentó en 2,9% de los participantes como una lesión a nivel de las comisuras labiales, secundaria a rehabilitaciones que se han mantenido por mucho tiempo o en pacientes que han perdido la prótesis o la tienen muy desgastada, de modo que han perdido la dimensión vertical de oclusión. Es frecuente que a la queilitis angular se agregue infección por bacterias y *Candida albicans*. La rehabilitación adecuada cambia la cara del paciente, lo rejuvenece y desaparece la queilitis angular.

Lesiones de liquen plano y lesiones liquenoides: se detectó en 2,1% de los pacientes, por lo general asociadas a alteraciones autoinmunes. El paciente ocasionalmente refiere una sensación urente en la boca, que a veces resulta insoportable, y en otros casos no tiene ninguna sintomatología.

Leucoplasia: se presentó en 1,7% de los pacientes. Su aspecto clínico es de lesiones como manchas o placas blancas que aparecen a nivel de la mejilla, en el borde lateral e inferior de la lengua y en piso de boca, o en otras ubicaciones. Estas lesiones se consideran como cancerizables. La leucoplasia puede tener un aspecto similar al de un carcinoma escamoso o espinocelular y es fundamental hacer el diagnóstico diferencial en forma precoz, ya que este tipo de cáncer es muy invasivo.

Glositis romboidal media: cursa con depapilación lingual, también provocada por *Candida albicans*; se detectó en 0,9% de los pacientes.

Cáncer bucal: el 95% de los cánceres de boca se pesquisan en personas mayores de 40 años de edad. El tratamiento de este cáncer provoca grandes mutilaciones a nivel maxilofacial y es difícil de rehabilitar, tanto por el alto costo como por la gran pérdida de tejido maxilar. El cáncer bucofaringeo se diagnostica a una edad promedio de 63 años en Chile, es más frecuente en varones y ocasiona 4,4% de las muertes por cáncer a nivel mundial. En Chile se ha observado un aumento de la tasa de cáncer oral entre 1969 y 2002, El cáncer de boca es difícil de diagnosticar debido a que se presenta en varias partes, sobre todo en el borde lateral de la lengua y puede tener distintas formas clínicas: en sus etapas iniciales se puede observar como una zona ulcerada, de bordes indurados, indolora y de crecimiento relativamente rápido, pero muchas veces no se puede diferenciar de un afta mayor, salvo por que esta última es dolorosa. Cuando aparece en piso de boca es muy maligno, porque se puede extender a otras zonas y se presenta como úlceras de muy difícil manejo. También se pueden comprometer las glándulas salivales; en este caso se produce disminución de la salivación, especialmente asociada a una consecuencia de la radioterapia, lo que ocasiona dificultad en el manejo de los aparatos protésicos, ardor de lengua, odinofagia, sensación de saliva muy espesa y dificultad para hablar y masticar. Los pacientes relatan que necesitan tomar agua constantemente para poder ingerir los alimentos secos.

En la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (MINSAL) realizada en 2006 (5), el 27,4% de los individuos manifestó que consideraba que su salud bucal siempre afectaba su calidad de vida. Por otro lado, se detectó que 15% de los mayores de 75 años relataba que no podía comer cosas duras como manzanas y zanahorias y 9% relataba que lo hacía con mucha dificultad. Estos resultados nos permiten comprender que un grupo importante de personas mayores puede tener afectada su calidad de vida relacionada en gran parte con sus problemas de salud bucal.

Referencias

1. Gobierno de Chile. Resultados I encuesta de salud, Chile 2003. Chile: Ministerio de salud, 2003. [↑](#) | [Link](#) |
2. Gobierno de Chile. Perfil epidemiológico de la Salud Bucal en Chile. Chile: Ministerio de salud, [2007?] [↑](#) | [Link](#) |
3. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. J Oral Pathol Med. 2003 Nov;32(10):571-5. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
4. Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. J Oral Pathol Med. 2000 Aug;29(7):331-5. [↑](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Gobierno de Chile. II encuesta de calidad de vida y salud Chile 2006. Chile: Subsecretaría de salud pública, 2006. [↑](#) | [Link](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.