

CAPITULO I
INTRODUCCION



Fig.1.- La vejez es un proceso inevitable y natural de todas las formas de vida.

INTRODUCCION

La odontología no ha quedado aislada de los cambios que ha experimentado el mundo durante las últimas décadas.

El mejoramiento de la atención odontológica ha reducido la frecuencia de caries, esto aunado a una mayor conciencia social del odontólogo, que ahora ya no provoca el temor que alguna vez se le tuvo, ha ocasionado que la mayor parte de la población demande la atención odontológica y que ésta se prolongue por toda la vida del individuo. Por lo cual, al aumentar el personal especializado, es posible proporcionar un servicio odontológico adecuado a toda la población.

La odontología geriátrica no es diferente a la que se enfoca a otros grupos etarios, pero la vejez produce cambios biológicos que exigen un manejo especial del paciente; del mismo modo que los niños requieren de atención especial.

Existe un gran número de odontólogos que simpatizan con la odontopediatría, pero ahora se espera que tengan la misma comprensión por el paciente geriátrico.

El anciano se define como la persona que tiene 65 años de edad o más; éstos forman un grupo que requiere de un cuidado especial, basado en la experiencia para lograr los mejores resultados posibles durante su tratamiento. Pueden considerarse pacientes con desventajas y aunque no necesitan la atención de un especialista, requieren de cierta experiencia, que puede ser adquirida por un médico general preparado para comprender los problemas de los ancianos, y la manera en que éstos afectan su manejo y tratamiento.

Aunque el tratamiento de este grupo de pacientes puede no ser diferente al de los adultos, existe un cambio en los tejidos que afecta su bienestar mental y físico.

Algunos autores piensan que como el número de ancianos aumenta, en la actualidad es importante entrenar a los profesionales para que proporcionen un servicio adecuado a estos pacientes y explicarles como influye la edad en su manejo y tratamiento.

No es necesario, y está más allá de la intención de esta Tesis, dar detalles del tratamiento odontológico de rutina, excepto cuando puede variar del tratamiento aceptado para el paciente adulto común.

La medicina moderna está haciendo posible que muchos individuos alcancen una edad entre los 70 y 80 años.

En la antigüedad, las sociedades eran afortunadas si algunos pocos vivían lo suficiente para reproducirse, en tanto que la mayoría estaba predestinada a morir antes de alcanzar la edad adulta.

En el tiempo de los romanos, en la islas británicas la mayoría de la personas vivía sólo alrededor de 40 años; sin embargo a principios de este siglo la esperanza de vida al nacimiento era de 50 años, pero en la actualidad es de 70 para los varones y de 76 para las mujeres.

Esta tendencia ha ocasionado que la población total del mundo aumente de tal manera que finalmente el número total de ancianos aumentará a pesar de un índice de crecimiento cero en los países más desarrollados.

Se deben considerar los requerimientos de tratamiento de la población geriátrica de acuerdo a las necesidades actuales y a los posibles cambios futuros, mejorando la

salud dental, con la conservación de más dientes naturales en los ancianos y tomando en cuenta el aumento de estos pacientes.

Desafortunadamente, todavía escuchamos algunas personas que dicen, "Bueno, estoy teniendo algunos problemas con mis dientes, más vale sacármelos y usar dentaduras, eso sería menos costoso y menos problemático".

Esto es un mito o creencia que quiero aclarar, ahora y para siempre. Ninguna dentadura, ni aún las mejores, pueden funcionar como los dientes naturales.

La validez y efectividad del conocimiento pertinente a las características de la cavidad bucal, a fin de promover la salud y bienestar del hombre, alcanza su grado máximo cuanto todo este conocimiento se integra entre sí al más alto nivel y las características de la cavidad bucal se enfocan como dinámicas y cambiantes.

En otras palabras, la cavidad bucal no sólo es anatomía, como tampoco únicamente, histología o fisiología. Tampoco es una histología de características iguales a través de toda la vida y bajo las diferentes condiciones a que está expuesta la cavidad bucal.

Es en la realidad concreta el conjunto interrelacional de todos esos aspectos, más una dinámica determinada por el tiempo y condiciones socioculturales y bio-físicas de la persona.

CAPITULO II
CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL
ANCIANO

CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL ANCIANO

Los cambios fisiológicos afectan a la adaptación de una persona en relación con el proceso de envejecimiento, no todos los pacientes o tejidos individuales envejecen a la misma velocidad y por tanto, cada tejido orgánico puede tener un grado de envejecimiento diferente. Al examinar a un paciente es importante evaluar los sistemas corporales que son importantes en relación con el tratamiento odontológico, y determinar si los cambios degenerativos propios del envejecimiento han desaparecido a un índice normal para la edad cronológica del paciente o si el sistema es biológicamente "viejo". La observación de la apariencia facial del paciente, que indica la edad biológica de la piel, es probable que no ayude a evaluar la conducta adaptativa del paciente.

Sin embargo, puede haber cierta relación entre los cambios visibles de la piel y los de la mucosa bucal, y entre los cambios esqueléticos y el hueso alveolar.

La valoración de estos detalles durante el interrogatorio al paciente puede tener cierta importancia en la evaluación global de las necesidades futuras del mismo y de su tratamiento.

POSTURA.— En tanto no haya cambio en la longitud total de los elementos óseos, existe atrofia de los discos intervertebrales, y una ligera pérdida de estatura puede exagerarse al adoptar una postura encorvada por debilidad muscular. Esto, aunado a la degeneración de las articulaciones, que muchas veces se vuelven más rígidas y restringidas, limitan la locomoción del paciente geriátrico, por lo cual es difícil que el anciano permanezca sentado durante períodos largos en un sillón



Fig.2.- Postura encorvada por debilidad muscular.

dental. Los diseños modernos para la posición supina con frecuencia no son confortables para el paciente geriátrico, ya que no proporcionan un apoyo adecuado para la cabeza del paciente.

Además, estas personas, en especial quienes padecen alguna enfermedad cardiaca o pulmonar, con frecuencia se sienten angustiados e incómodos en la posición de Trendelenburg.

DIGESTION.- Los dientes, glándulas salivales y cavidad bucal forman la porción inicial del aparato digestivo, y la necesidad de una dieta bien balanceada que contenga la proporción adecuada de proteínas, carbohidratos, grasas, sales minerales vitaminas y agua, lo que indica que masticar la comida y prepararla para su digestión es de gran importancia. Sin embargo, con el estándar de vida actual hay muy poca evidencia que sugiera que la falta de masticación de las dietas refinadas actuales tenga algún efecto significativo sobre la digestión de los alimentos. Por otra parte, muchas dietas que se sugieren para una nutrición balanceada contienen alimentos fibrosos, y se ha comprobado que es importante la masticación adecuada de los mismos.

En E.U.A. un importante programa de atención geriátrica pone énfasis en la importancia de la triada inseparable, nutrición, salud, envejecimiento.

La nutrición deficiente no puede tratarse de manera separada.

Sin embargo, se ha señalado que el deficiente consumo alimentario en los ancianos se debe a la falta de dientes, prótesis totales desajustadas, falta de interés por alimentarse.

REACCIONES.- Las reacciones se relacionan principalmente con la actividad del sistema nervioso central y es necesario tomar en cuenta la capacidad mental, lo cual es de interés para el odontólogo.

Con la edad declina el aprendizaje y el poder de razonamiento es por ello que la respuesta a los requerimientos durante las diversas etapas de la realización de la prótesis es menor, y el paciente necesita más tiempo no sólo para entender el razonamiento detras de la demanda sino también para realizar la tarea.

Información sobre cuidados postoperatorios o acerca de la higiene adecuada de la prótesis y sobre la higiene bucal, son algunos aspectos en que son preferibles las instrucciones escritas a las verbales.

Si nunca ha usado una prótesis dental, el paciente geriátrico tiene gran dificultad para deducir una solución adecuada a la interpretación de los estímulos sensoriales que se reciben de las superficies naturales y artificiales de la boca. Puede requerir mucho esfuerzo y tiempo de su parte para continuar equivocándose antes de que se establezca un patrón de funcionamiento neuromuscular automático. No es sorprendente, en vista de la disminución general de la capacidad para aprender y adquirir nuevas habilidades, encontrar a muchas personas que han perdido sus dientes después de los 60 años que nunca aprenden a conservar en su sitio su prótesis.

Muchos de estos pacientes regresan de tiempo en tiempo con diversas excusas del porqué no utilizan su prótesis.

Cuando un anciano puede recordar su experiencia pasada y referirse a un problema siente más confianza y puede comportarse de manera familiar, dando respuestas adecuadas.

Por esto, al recibir una prótesis parcial se puede preparar la base para una prótesis total al final de la vida.

Por otra parte, algunos ancianos pueden ser tan rígidos en su manera de pensar y actuar que se vuelven inflexibles en sus acciones.

Con frecuencia el odontólogo debe decidir hacer un juego de prótesis que el paciente pueda utilizar adecuadamente pero que en su concepto no es la ideal.

SENTIDOS ESPECIALES.- Existen cambios en los sentidos especiales con la edad que afectan mucho el modelo de tratamiento odontológico de los ancianos.

Los que aquí se menciona, se relaciona con la comunicación es decir, la audición y el lenguaje.

AUDICION.- Aunque muchas personas tienen pérdida de la audición en la vejez, esto sólo se aplica a una parte.

El odontólogo no debe suponer que la capacidad auditiva de todos los pacientes ancianos está disminuida ya que es molesto para el paciente que otra persona sea el intérprete de sus deseos, cuando él es capaz de oír, entender y responder por sí mismo.

Por otra parte, es de particular importancia que la asistente hable a los pacientes y se aseguren de hablar deliberadamente.

Frente a frente y con movimientos labiales exagerados, para que puedan utilizar la lectura de los labios como audición suplementaria. Al excluirlos de la plática general se les induce un sentimiento de aislamiento, por lo cual los sordos tienden a la sospecha e introversión, y a veces

hasta a la paranoia.

La sordera de los ancianos pocas veces tiene la serenidad de la ceguera de la vejez. Para el paciente completamente sordo se debe usar alguna forma de comunicador.

LENGUAJE.- Cuando se deteriora el sistema nervioso central, el lenguaje puede volverse más difícil, en especial después de un incidente como una apoplejía. Una situación no muy rara en los ancianos es la xerostomía que también puede impedir la pronunciación apropiada de las palabras. El paciente geriátrico a veces tiende a repetir frases, palabras o sonidos ininteligibles continuamente, lo cual puede relacionarse con un temblor senil, los cuales no tienen relación con el parkinsonismo, y consisten en movimientos y sacudidas de la cabeza, abrir o cerrar la boca y otros movimientos repetitivos caprichosos acompañados de gruñidos, caen en la categoría de espasmos habituales, sin ninguna manera conocida de evitarlos. Con frecuencia ocurre afasia o disfasia, en las que las palabras no se pueden decir o no se pueden ver y apreciar mentalmente después de accidentes vasculares cerebrales.

Esta incapacidad para comunicarse, con frecuencia conduce a la frustración y a que el paciente se irrite, abochorne y agite, lo cual a su vez puede conducir a un desequilibrio emocional.

DOLOR.- La sensibilidad al dolor está disminuida en los ancianos debido a la disminución de la capacidad funcional de los componentes neurofisiológicos que se asocian con el dolor. Sin embargo, aunque aumenta el umbral para el dolor cutáneo, la tolerancia para el dolor profundo puede estar disminuida. El dolor facial es relativamente

común en los ancianos y requiere procedimientos de diagnóstico muy cuidadosos para diferenciar uno orgánico de otras enfermedades. Los umbrales al dolor están muy relacionados con la personalidad del paciente y dependen en alguna medida del deseo de manifestar dolor. En odontología este deseo para manifestar dolor puede estar relacionado con la interacción entre el odontólogo y su paciente, estando algunos pacientes aprensivos de no ofender o causar "problemas" que puedan resultar si se quejan de dolor.

PSICOLOGIA DEL ANCIANO.- Como en otros campos biológicos, los cambios en el enfoque mental de un paciente cuando envejece son muy variables.

Probablemente lo que con más frecuencia se presenta con el envejecimiento es el aumento de la inflexibilidad para aceptar nuevos estilos o ambientes de vida.

Los ancianos con frecuencia han vivido con muchos cambios de ambiente y circunstancias, y han elegido el modelo que piensan es el más apropiado para ellos, por lo que resistirán todos los intentos de cambiarlo, en particular si son de una persona más joven y por tanto "con menos experiencia". Hasta un cambio en el día o la hora de una cita regular para tratamiento médico u odontológico, puede producirle irritación, aunque el cambio no represente ningún inconveniente para el paciente. Irritación y cólera son términos que con frecuencia se aplican a los ancianos para describir su falta de flexibilidad. Por tanto, es prudente evitar, en cuanto sea posible, cambios en la disposición de transporte, hora de las citas u otras disposiciones, una vez hechas.

Otra característica común de los ancianos es la preocupación sobre sí mismo. El aumento del egoísmo ocurre



Fig.3.- Se utiliza a los amigos como confidentes

cuando disminuye el círculo de experiencias, consecuencia del retiro del contacto laboral y social que se asocia con él, como la pérdida de la capacidad para desplazarse por debilidad física, disminución de la vista o audición o muerte del conyugue. El retiro de los contactos sociales empeora por la muerte de otros parientes o amigos y la desintegración de la familia, por lo que la actividad mental se concentra más en "mi" que en "mis amigos".

Las molestias y pequeñas irritaciones que normalmente se pasan por alto, reciben la mayor importancia y parecen exigir acción. Se utilizan a los amigos como confidentes para desahogarse acerca de incidentes triviales, ya que éstos forman parte de la existencia del individuo. Entre más se confina al paciente más se centra en sí mismo. Por tanto, una salida al consultorio dental significa una oportunidad para conversar libremente sobre sus problemas.

La mayoría de los ancianos bien adaptados viven muy tranquilos, sin variaciones y desempeñando principalmente actividades personales rutinarias.

Es importante que los ancianos sean alentados a abandonar actitudes apáticas con mejores incentivos, más persuasión, más apoyo y aliento. Debe recordarse que la edad trae consigo una mayor tendencia a contraer enfermedades orgánicas, como alteraciones cardiovasculares y tumores, entre otros, y psicosis funcionales como melancolía y paranoia. Con frecuencia rasgos de la personalidad muy antiguos pueden conducir a trastornos psíquicos. Las psicosis seniles son más comunes en las mujeres que en los hombres, y tienden a aparecer relativamente tarde, de los setenta años en adelante.

En estas circunstancias, la pérdida de la memoria

ocurre muy temprano y en las etapas más avanzadas la conducta irracional es una característica importante, la cual con frecuencia se manifiesta como una tendencia al desaseo si vive solo, marcha errática a todas horas muchas veces con la ropa en completo desorden, e incoherencia de palabras y pensamiento.

Los pacientes que padecen enfermedades psicopatológicas deberían atenderse en hospitales o asilos de ancianos; posteriormente se hará una exposición de los cuidados odontológicos de estos pacientes.

CAPITULO III
EFEECTO DE LA DIETA Y CAMBIOS
NUTRICIONALES

EFEECTO DE LA DIETA Y CAMBIOS NUTRICIONALES

Por diversos motivos, los ancianos son más vulnerables a la desnutrición que los adultos jóvenes. Entre los factores fisiológicos que pueden causar problemas están las alteraciones en el olfato y el gusto, lo cual evita que los ancianos disfruten de sus alimentos; en tanto que algunas enfermedades como la artritis, pueden impedir que tengan la movilidad suficiente para realizar sus actividades cotidianas.

También existen factores psicológicos, ya que muchos ancianos viven en sus propias casas, lo cual puede conducirlos a la depresión, pérdida del apetito y desnutrición.

Aunque los casos clínicamente claros de desnutrición se pueden reconocer con facilidad, los casos moderados pueden ser de difícil diagnóstico.

Una historia clínica completa acerca de la ingestión dietética y cualquier información socioeconómica o médica importante, es quizá la manera sencilla más satisfactoria para conocer los hábitos de ingestión alimentaria. La evaluación clínica se hace con base en medidas antropométricas del crecimiento, desarrollo u obesidad, como la que se deriva de mediciones físicas, estatura, peso y medida del grosor y circunferencia del pliegue de la piel de brazo y pierna.

El examen clínico del individuo puede demostrar signos de desnutrición, como los que se observan en la lengua. Se puede realizar un gran número de determinaciones bioquímicas en la sangre y otros líquidos corporales para valorar la deficiencia de vitaminas y minerales.

También se debe tener en mente que algunos individuos pueden comer en exceso, lo cual evita su desnutrición, pero a la vez puede producir obesidad y el depósito de grandes cantidades de grasa en los tejidos que aumenta el riesgo de cardiopatías, diabetes, artritis e hipertensión.

Por lo general, el número de ancianos es menor que el de la población más joven, ellos viven retirados y en pensiones. Ya que muchos ancianos no tienen una buena posición económica, los servicios de su vivienda pueden ser deficientes, y los medios para conservar la comida pueden ser inadecuados. Si es necesario economizar, quizá eliminen de su dieta los alimentos más caros, como la carne; pero conservan su consumo calórico alimentándose con nutrientes más baratos como los carbohidratos.

Algunos pacientes adoptan novedades dietéticas, absteniéndose de algunos alimentos, como el caso de los vegetarianos.

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES.-

PROTEINAS.- Cuando se alcanza la vejez, el tejido muscular y conjuntivo que forman la masa "magra" disminuyen en relación con la masa corporal total, pero para conservar la salud se necesita una cantidad de 0,8 g. de proteína/Kg del peso corporal al día. Las cantidades inadecuadas de proteína producen anorexia, confusión mental y deterioro general con pérdida del apetito y mayor frecuencia de enfermedades infecciosas. Sin embargo, la ingestión de proteínas también depende de la de carbohidratos, y esa cantidad puede disminuirse a 0,5 g/kg. cuando se tiene una dieta balanceada. De preferencia debería contener algunas proteínas de origen animal, ya que difiere la distribución de aminoácidos en las proteínas animales y vegetales,

aunque esto puede superarse si se ingieren diversos vegetales.

Por lo tanto, es importante que un paciente durante una semana normal, tenga por lo menos dos o tres comidas que contengan carne, pollo, pescado, huevos y leche, los que son fuentes de proteínas de alta calidad.

CARBOHIDRATOS.- Los carbohidratos, junto con las grasas, proporcionan la principal fuente de energía a los tejidos y en los ancianos, en quienes la actividad física es menor, debe reducirse la ingestión de calorías por el decremento en los requerimientos de carbohidratos. Además con la edad disminuye la tolerancia a la glucosa, lo cual debe tomarse en cuenta para la selección de alimentos que sean accesibles económicamente y ricos en carbohidratos.

Es importante que los ancianos lleven una dieta que incluya cereales, en especial los que contengan harina de trigo no refinada y alimentos con componentes de celulosa y lignina, que forman un material fibroso, los cuales absorben líquido en el intestino y le proporcionan residuo al sistema alimentario.

GRASAS.- Las grasas y substancias similares que se encuentran en la carne, mantequilla, margarina y aceite comestible, pueden proporcionar energía necesaria.

Las grasas hidrosolubles son estructuras complejas, algunas de las cuales son esenciales para la salud, ya que el cuerpo es incapaz de sintetizar si no se obtienen en la dieta.

La digestión de la grasa se realiza en el intestino delgado, el cual es estimulado para que secrete colecistoquinina, una hormona que produce contracción de la

vesícula biliar, favoreciendo la entrada de la bilis al duodeno.

REQUERIMIENTOS MINERALES.- La ingestión adecuada de minerales es importante, particularmente en las ancianas que padecen osteoporosis, cuya dieta debe contener la cantidad suficiente de calcio. Además de almacenarse en los huesos, el calcio es esencial para la actividad neuromuscular, coagulación sanguínea y función celular; se obtiene principalmente de alimentos comunes como la leche y el queso.

No se conoce con exactitud la causa de la pérdida de calcio en las ancianas, y se han propuesto muchas hipótesis, como desequilibrio hormonal, disminución de la actividad, desequilibrio ácido básico crónico e ingestión calórica deficiente. También se ha sugerido la ingestión excesiva de fósforo. La dieta estándar recomendada de 800mg/ día no es suficiente si existe osteoporosis y debe elevarse a 1.200mg/ día. El tratamiento medicamentoso, en particular con esteroides, produce desequilibrio del calcio y resorción ósea, que se puede deber a interferencia con el metabolismo de la vitamina D. Otros factores, como el alcoholismo crónico, que produce gastritis, también pueden inducir a tomar grandes dosis de antiácidos que contienen aluminio.

El hierro es otro mineral esencial que contienen los vegetales verdes y la carne. Cuando los pacientes geriátricos tienen una dieta balanceada, no deben tener deficiencia de hierro y la consecuente anemia hipocrómica.

Estudios recientes también han demostrado que una adecuada ingestión de potasio es esencial ya que su deficiencia produce fatiga y depresión; este elemento se

encuentra en la leche, fruta fresca y vegetales.

VITAMINAS:

VITAMINAS HIDROSOLUBLES.- Existen pruebas de que los ancianos asimilan menos que los requerimientos óptimos de ácido ascórbico, y hay estudios que demuestran que el aumento de la ingestión produce aumento de la retención.

La presencia de vitamina C en la orina es un indicador de que se ingiere la cantidad suficiente de ella en la dieta.

La deficiencia más común en los ancianos es la de ácido fólico que, combinada con la vitamina B₁₂, produce trastornos metabólicos generalizados y anemia megaloblástica.

Estas vitaminas se encuentran principalmente en la carne, en particular en el hígado, vegetales y germen de trigo.

VITAMINAS LIPOSOLUBLES.- La vitamina D es importante por ser esencial para la absorción de calcio en el intestino, y con frecuencia está disminuida en los ancianos; puede ser sintetizada en el epitelio por la acción de la luz ultravioleta sobre la piel.

Esta vitamina también se encuentra en el aceite de hígado de pescado y alimentos comunes.

Por otra parte, existen pocas pruebas que indican deficiencia de las vitaminas A y K en los ancianos.

EFFECTOS NUTRICIONALES EN EL PACIENTE DESDENTADO.- La pérdida de los dientes requiere de un cambio en los hábitos de masticación; en el hombre moderno se restaura por medio de prótesis. La eficacia de la masticación y el número de

dientes presentes no están relacionados necesariamente. Muchos pacientes que poseen todos sus dientes naturales no mastican apropiadamente y degluten grandes pedazos de comida, por lo que debe ser considerado que esta situación afecta el estado nutricional del individuo.

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES.- Los que no tienen dientes comen perfectamente alimentos blandos, pero con frecuencia comen alimentos más duros que, por tanto, no son bien masticados.

Varios Médicos han informado trastornos gastrointestinales producidos por una masticación inadecuada.



Fig.4.- El anciano debe tener una dieta adecuada.

CAPITULO IV
ENFERMEDADES BUCALES DE LA VEJEZ

ENFERMEDADES BUCALES DE LA VEJEZ

Las enfermedades comunes en el paciente geriátrico no están delimitadas con claridad y por lo general son una combinación de la senectud y el proceso patológico.

En este capítulo describo las enfermedades más frecuentes que un odontólogo observa en su práctica diaria al tratar a los ancianos.

CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL.- En tanto que la caries y la enfermedad periodontal son las principales enfermedades de la cavidad bucal, pueden presentarse otras alteraciones que no están directamente relacionadas con el estado sistémico. A medida que avanza la edad, la frecuencia de caries disminuye de manera gradual debido a los cambios en los hábitos dietéticos y a que después de la extracción o restauración dentaria disminuyen los sitios que pueden ser afectados.

En los ancianos que se vuelven descuidados de su higiene bucal la caries puede afectar las partes cervicales expuestas.

También en los pacientes en quienes disminuye el flujo de saliva; por ejemplo, después de radioterapia, el cuello dentario tiene predisposición a caries circunscrita. También en estos casos es cierto que la placa produce cambios en la encía; esto es común en los ancianos con pocos dientes remanentes, en particular los pacientes que permanecen en cama o están hospitalizados.

Cuando la placa se acumula entre los dientes y las encías, puede ocasionar que las encías se separen de los dientes.

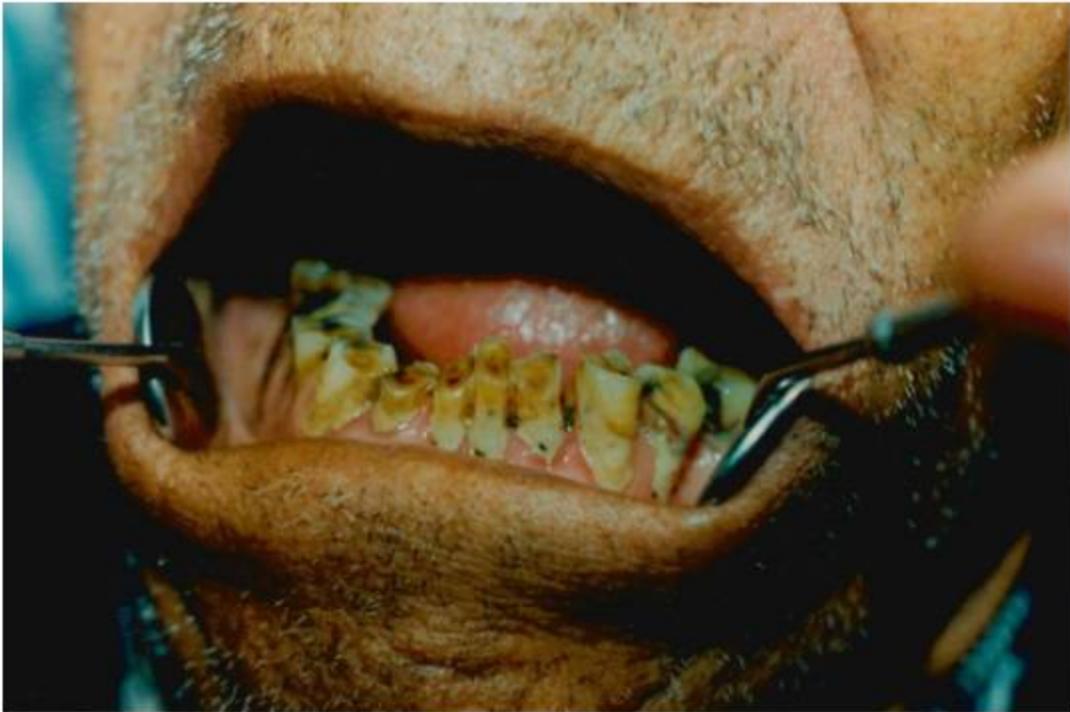


Fig.5.- Caries y Enfermedad periodontal.

Las infecciones llamadas abscesos periodontales pueden formarse en los espacios creados entre la encía y los dientes.

Si la enfermedad periodontal no es controlada, la placa puede hasta destruir el hueso que da soporte a los dientes, y puede causar movilidad. Sin embargo es importante notar que según envejecemos, sentimos menos dolor. Así que es posible tener una enfermedad periodontal e infecciones sin sentir dolor.

HIPERPLASIA POR PROTESIS.- Como resultado de la resorción ósea alveolar, los bordes de la prótesis se insertan en los tejidos periféricos; esto es más común en los pacientes que usan las mismas prótesis durante muchos años sin prestarles atención. La ulceración y cicatrización pueden producir hiperplasia y flacidez del tejido; si la alteración no es grave, puede volver a su estado normal si se suprime la irritación.

Con frecuencia el tejido hiperplásico debe eliminarse quirúrgicamente, teniendo cuidado de no destruir el surco, ya que esto evitará el ajuste satisfactorio de la prótesis del paciente.

QUEILITIS ANGULAR.- La queilitis angular por lo general se asocia con las prótesis, y se debe a la pérdida de apoyo de los tejidos faciales. Esto se produce por los movimientos hacia arriba y abajo de la prótesis por la resorción ósea alveolar, o bien por una incorrecta posición de los dientes anteriores superiores, que se sitúan distales a la posición que los dientes naturales ocupaban. Esto permite que aumenten los pliegues en las comisuras labiales que se infecta con *Candida* por la acumulación de la saliva, que prolifera en el medio húmedo y tibio del pliegue.



Fig.6.- Hiperplasia por prótesis.

Esta alteración puede presentarse en pacientes con dientes naturales o después de un tratamiento con antibióticos por la proliferación oportunista de *Candida*. También se asocia en muchos casos con la anemia por deficiencia de hierro.

ESTOMATITIS POR PROTESIS.- Esta alteración es muy común y se conoce desde hace mucho tiempo, como boca ulcerada por prótesis. El área del paladar cubierta por la prótesis toma una coloración escarlata brillante, lo cual se debe a la retención de la placa en la superficie de soporte de la prótesis, lugar donde prolifera *Candida*. Un traumatismo, sin pérdida del ajuste de la prótesis, puede producir hiperplasia del tejido.

Sin embargo desde el punto de vista del paciente, pocas veces está ulcerado y el compromiso de los tejidos blandos se limita al área de las superficies de soporte de la prótesis superior.

Se pueden afectar varias partes del paladar.

LIQUEN PLANO ATROFICO.- La presencia de una mucosa delgada en la cual las prótesis producen traumatismo continuo, hace suponer la existencia de liquen plano atrófico. La mucosa muestra estrías blanquecinas con inflamación circundante, que pueden evolucionar hasta grandes áreas de erosión superficial con una típica red en forma de encaje, la cual es diagnosticada.

QUERATINIZACION.- En los ancianos, cuando la mucosa bucal está sometida a fricción puede experimentar cierto grado de queratinización, en particular a nivel del plano oclusal; esta alteración es favorecida si el paciente padece deficiencia de hierro y anemia. La queratinización en el paladar es menor de lo normal. Lo cual origina

sensaciones anormales como prurito, irritación y aumento de la sensibilidad con ciertos alimentos. Se puede observar una queratinización excesiva como ocurre en la leucoplasia.

TRASTORNOS DE LA LENGUA.- La glositis superficial migratoria benigna (lengua geográfica) es común en los ancianos, pero debe comprobarse que esta alteración no tenga importancia clínica o de origen a una neoplasia.

Otras alteraciones de la lengua se relacionan con deficiencias dietéticas o anemia, en las cuales casi siempre hay pérdida de las papilas y lengua muy lisa. Sin embargo, esta alteración puede aparecer en los ancianos por un trastorno atrófico que no siempre se relaciona con alteraciones sistémicas.

Debido a la reducción de la actividad muscular y a que mastican alimentos menos duros y abrasivos, en los ancianos es común la lengua saburral. Si se administra un tratamiento a base de antibióticos, la lengua puede adquirir una coloración oscura por alteración de la flora bucal.

También puede existir una lengua con fisuras o escrotal, lo cual se acepta como normal en muchos pacientes. Con frecuencia los ancianos refieren tener grandes papilas foliadas en los bordes posterolaterales debido a las prótesis.

PENFIGO BENIGNO DE LAS MUCOSAS.- Esta es una alteración relativamente rara que en los ancianos se caracteriza por vesículas subepiteliales que producen cicatrización. Se puede afectar el tejido conjuntivo, así, como otras superficies de la mucosa.



Fig. 7.- Lengua lisa por deficiencia dietética.



Fig. 8. - Coloración oscura por alteración de la
Flora bucal y antibióticos



Fig. 9.- Papilas foliadas en los bordes posterolaterales.

Las erosiones se presentan en la mucosa masticatoria y con frecuencia están cubiertos por un epitelio necrótico blanquecino rodeado de una zona eritematosa.

TRASTORNOS NEUROLOGICOS

NEURALGIA DEL TRIGEMINO.- La neuralgia del trigémino es un trastorno de la edad madura y la vejez.

En los casos típicos el diagnóstico puede hacerse sin dificultad basándose en la historia clínica, aunque no haya signos físicos.

Clínicamente existe dolor lancinante agudo en una o más ramas del nervio trigémino, casi siempre unilateral, y con frecuencia del tal intensidad que impide el movimiento; puede provocarse al tocar un área determinada, y puede haber molestias al comer o usar prótesis.

DOLOR FACIAL ATÍPICO.- Al final de la edad madura, muchos pacientes experimentan dolor en una parte de la mandíbula o del maxilar sin motivo aparente; por lo general es constante, pero no evita que el paciente duerma y no se provoca al tocar un área específica, como en la neuralgia del trigémino. Impide la colocación de prótesis y puede causar considerable malestar. La intervención quirúrgica pocas veces logra el alivio, y el tratamiento psiquiátrico no siempre tiene éxito.

Este dolor tan intenso es difícil de tratar y pueden ser derivados a un especialista.

PARALISIS DE BELL.- Se caracteriza por la caída del párpado e incapacidad de oclusión ocular, y proyección hacia arriba del globo ocular, además de la caída y desviación de los labios.

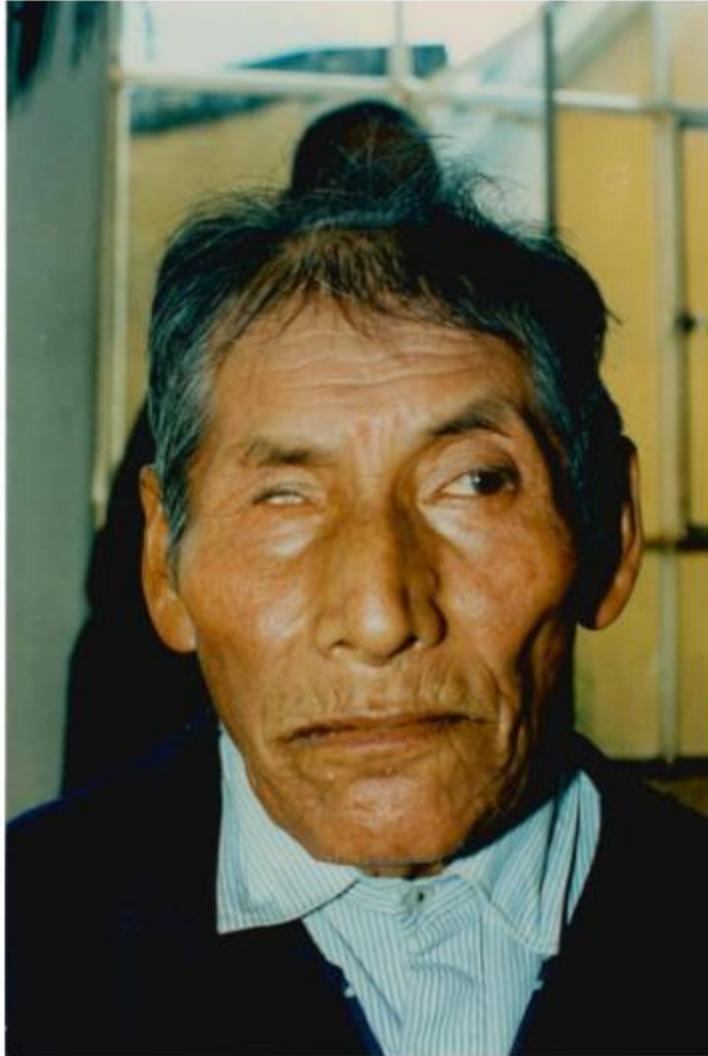


Fig.10.- Parálisis de Bell.

Es sin duda un accidente alarmante, del cual el paciente por lo general no se percibe, pero lo advierte el odontólogo.

Puede haber recuperación de la parálisis facial idiopática, si se administran glucocorticoides sistémicos en los primeros cuatro días después de su inicio.

SINDROME DISFUNCIONAL DE LA ARTICULACION TEMPORAMANDIBULAR.- La frecuencia de la disfunción de la articulación temporomandibular es generalmente en los jóvenes, el número de pacientes geriátricos que refieren dolor es mucho menor.

De hecho, es raro encontrar ancianos que experimentan dolor en los músculos o en la misma articulación; cuando aparece, por lo general se debe al uso de prótesis durante períodos relativamente prolongados sin los cuidados adecuados; por lo cual el ajuste de la oclusión de las prótesis con frecuencia produce el alivio del dolor.

ENFERMEDADES SISTEMICAS QUE AFECTAN LA CAVIDAD BUCAL.- Se explicaran sólo las alteraciones específicas más comunes.

DIABETES MELLITUS.- La diabetes tiene efectos generalizados desde el punto de vista clínico, con una alta frecuencia en los ancianos; la obesidad y la herencia son factores predisponentes.

Entre las manifestaciones bucales se incluye la sensación de calor en la boca; sin embargo, los signos característicos son polidipsia y poliuria, pérdida de peso de inicio insidioso y, en los ancianos puede haber fatiga y debilidad muscular.

Aparece entre los 40 y 60 años y con mayor frecuencia

a partir de los 60 años, y mas.

ALERGIAS Y TRASTORNOS PRODUCIDOS POR MEDICAMENTOS.-

Muchos pacientes geriátricos reciben un tratamiento médico, por lo que el odontólogo debe prevenir las posibles reacciones alérgicas. Las alteraciones producidas por medicamentos, como la agranulocitosis, también deben anticiparse, así como sus efectos colaterales, como la reducción de la producción de saliva, los cuales son comunes, si bien algunos aumentan dicha producción.

TRASTORNOS NUTRICIONALES

DEFICIENCIA DE VITAMINA C.- Esta es la avitaminosis más común, en especial en quienes llevan una dieta deficiente, y existe pruebas que sugieren que las concentraciones sanguíneas por lo general son inferiores en los ancianos en comparación con los jóvenes; sin embargo esta situación no es común.

Clínicamente existen hemorragias perifoliculares y equimosis en "capa", por lo general en las piernas, y en ocasiones hemartrosis. Una estimación más confiable de esta deficiencia es la determinación del ácido ascórbico en los leucocitos. Se sabe que las variaciones bajo la lengua y el piso de la boca se deben a deficiencia de vitamina C, pero existen pocas pruebas de esto y cuando existen dientes se presenta la gingivitis.

ANEMIA MEGALOBLASTICA.- La anemia megaloblástica es una enfermedad de los ancianos, por lo general se produce por deficiencia de vitamina B₁₂ y ácido fólico. Los cambios epiteliales hacen que la lengua se vuelva roja, lisa y muy sensible por la pérdida de las papilas; además de esto, puede haber diversos grados de gastritis. El paciente puede padecer letargo y deficiencia mental, y puede exhibir

degeneración de la médula espinal con síntomas neurológicos como debilidad, parestesia, y pérdida de la sensibilidad y el equilibrio. El paciente también se puede quejar de falta de apetito. La deficiencia de vitamina B₁₂ por lo general se debe a una absorción deficiente, pero esto aún no se ha comprobado en los ancianos.

ANEMIA HIPOCROMICA.- La anemia hipocrómica es muy común en los ancianos por pérdida sanguínea gastrointestinal crónica y por ingestión deficiente de hierro, lo cual se presenta en grupos de escasos recursos.

Tienen riesgo las mujeres ancianas que durante años han vivido con reservas orgánicas de hierro escasas debido a la menstruación y la procreación; así como los hombres que viven solos.

Sin embargo, no se conocen los requerimientos óptimos, pero la ingestión recomendada en la actualidad es más que adecuada.

ARTRITIS REUMATOIDE Y ENFERMEDADES RELACIONADAS.- Si bien la artritis reumatoide se observa principalmente en los jóvenes, puede aparecer a cualquier edad y manifestarse en los ancianos por primera vez. Se puede presentar anemia junto con una elevada velocidad de sedimentación de eritrocitos. Se puede afectar la articulación temporomandibular, pero la frecuencia que se ha informado en la literatura es muy variable y va de 4,7 a 86% en los pacientes que padecen de artritis. Sin embargo, el número de pacientes con artritis reumatoide que realmente refieren molestias en la articulación temporomandibular es más bien bajo.

Cuando la articulación es afectada hay inflamación junto con infiltración intensa de linfocitos y células

plasmáticas. Esto produce destrucción de las superficies articulares y resorción ósea subarticular, lo cual provoca una deformación considerable de dichas superficies y puede acompañarse de anquilosis. La frecuencia de esta enfermedad en los ancianos es la misma en ambos sexos, y existen pruebas de que se asocia a estados de estrés crónico.

CANCER.- La frecuencia de todo tipo de neoplasias aumenta con la edad, por lo cual es importante que todos los profesionales que tratan a los ancianos examinen la cavidad bucal con cuidado buscando signos de alteraciones malignas; sobre todo en los pacientes que usan prótesis y no pueden acudir al consultorio, por lo cual debe realizarse con regularidad una detección particularmente en quienes están enfermos u hospitalizados; es importante también, examinar todas las lesiones pequeñas.

Los primeros signos de alteración maligna son las distrofosias, úlceras crónicas que no cicatrizan cuando se usan las prótesis.

En caso de duda, debe enviarse al paciente a interconsulta médica para establecer el tratamiento.

Los sitios más comunes son los labios, lengua y piso de la boca, pero al realizar el examen debe incluirse la orofaringe.

CAPITULO V
CAMBIOS ESTRUCTURALES Y
FUNCIONALES DE LA CAVIDAD BUCAL

CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES

DE LA CAVIDAD BUCAL

Los cambios producidos por la edad en los individuos; de manera significativa no tiene números, ya que la escala del tiempo varía de una persona a otra. Como se mencionó en el capítulo 2, la vejez puede presentarse en el individuo de manera temprana o tardía; este concepto también se aplica a las estructuras bucales.

En algunos pacientes de 70 años de edad, los dientes, periodonto, hueso alveolar y mucosa pueden parecer clínicamente normales; en tanto que en otros, los estragos del tiempo son notorios a una edad mucho más temprana. En este capítulo es útil examinar los efectos de la edad en las diversas estructuras de la cavidad bucal, y después los cambios funcionales que ocurren y que pueden tener una relación con el tratamiento odontológico.

DIENTES.— La característica más común de la dentición de los ancianos radica en la pérdida gradual de todos los dientes. Hasta hace poco tiempo, esto era inevitable y se consideraba parte del proceso de envejecimiento.

Hoy en día, está aumentando de manera gradual el porcentaje de pacientes que conservan su dentición natural hasta la vejez, y es posible que en el futuro sea raro encontrar un paciente desdentado.

La pérdida de un diente, provoca la sobreerupción del antagonista, lo cual con frecuencia ocasiona problemas en la elaboración de la prótesis debido a la desorganización del plano oclusal.

La pérdida de substancia dentaria por desgaste o

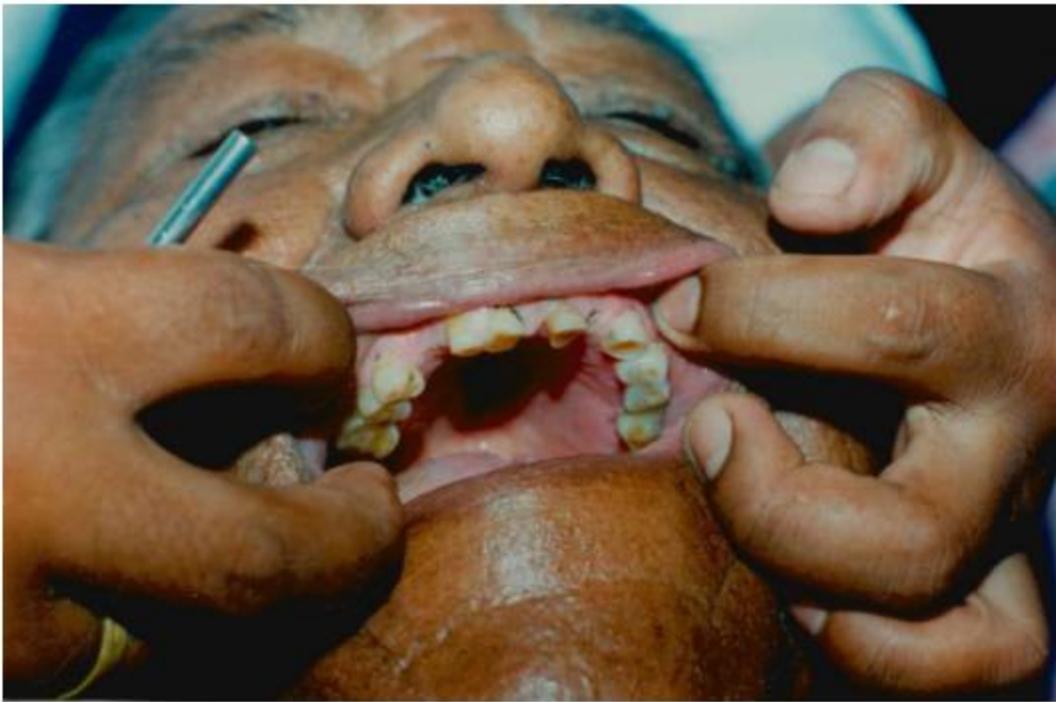


Fig. 11.- Pérdida de substancia dentaria.

atrición es muy común en los ancianos, en particular cuando faltan algunos dientes.

La magnitud del desgaste depende del tipo de dieta; hábitos como el bruxismo; dureza de los dientes, y como ya se mencionó, del número y posición de los mismos.

Con la edad, además de que el esmalte se desgasta, toma una coloración oscura, quizá esto se debe al obscurecimiento de la dentina subyacente cuando la dentina secundaria cede. El paciente con frecuencia no nota este cambio de coloración, e insiste en que tiene unos dientes muy claros cuando se le hacen sus prótesis.

Aunque la dentina se vuelve menos permeable con la edad, puede ocurrir una acumulación de la tinción superficial. El té y el tabaco son agentes de tinción particularmente potentes.

Existe una tendencia a la aparición de grietas longitudinales en la corona dentaria, que probablemente siguen el patrón de las laminillas del esmalte y se asocian con pérdida del contenido de agua.

Los cambios dentinarios por la edad hacen que el diente se vuelva más frágil.

Esta fragilidad aumenta el peligro de fractura dentaria, en particular durante la extracción.

Además, con la edad existe reducción del tamaño de la cámara pulpar, lo cual hace difícil el tratamiento del canal radicular, ya que se debe eliminar más dentina para proporcionar acceso al apice. En las radiografías puede ser difícil identificar la pulpa cuando se ha depositado mucha dentina secundaria.

Por tanto, los dientes se vuelven menos sensibles a la instrumentación y pruebas de vitalidad.

MEMBRANA PERIODONTAL.- La membrana periodontal puede reaccionar al proceso de envejecimiento de dos maneras. Si la cavidad bucal no se conserva limpia, la acumulación de placa bacteriana afecta los tejidos, lo cual produce enfermedad periodontal; el resultado es la pérdida de los dientes con exposición radicular extensa cuando se pierde el apoyo óseo. Por otra parte, con frecuencia se observan los efectos opuestos, con estrechamiento del espacio de la membrana periodontal, desgaste intenso y adherencia firme de los dientes.

El depósito excesivo o desigual de cemento sobre la superficie radicular puede ser otro factor que hace difícil la extracción dentaria en los pacientes ancianos en especial si ha padecido una infección crónica moderada del periodonto por mucho tiempo.

A veces se considera que la migración de la encía en dirección apical es un cambio producido por la edad.

El desgaste de las coronas dentarias casi pueden llegar hasta el nivel de la encía, marginal.

Muchas veces, cuando algunas personas de origen caucásico envejecen, "el diente se alarga" cuando las uniones del cuello dentario migran hacia la raíz. No importa si este proceso es patológico o no, ya que la recesión gingival es mucho más común en los ancianos que en los jóvenes y puede influir en el plan del tratamiento odontológico.



Fig. 12.- Adherencia firme de los dientes.

HUESO ALVEOLAR.- Cuando se pierde un diente, con frecuencia el hueso alveolar que lo sostenía experimenta

resorción osteoclásica. Esta pérdida del reborde alveolar no funcional es parte de un patrón general de la biología ósea, en la cual el hueso no funcional se elimina por resorción. La velocidad a la cual se pierde dicho hueso depende de muchos factores, algunos de los cuales aún se desconocen.

Si durante la extracción se lesiona el hueso alveolar, la velocidad de resorción del mismo parece estar en relación con el grado del daño.

Las características de los alveolos remanentes pueden tener una influencia determinante sobre la velocidad de resorción.

El hueso previamente afectado por enfermedad periodontal se reabsorbe con mayor rapidez que el hueso sano.

En los ancianos está reducido el recambio óseo, siendo la osteoclasia más evidente que la actividad osteoblástica. La combinación de este cambio por la edad con la pérdida de la función significa que a medida que el individuo envejece aumenta la pérdida de sustancia ósea, aunque por alguna razón a veces se observa esclerosis ósea en áreas localizadas. La sobreerupción de los dientes antagonistas puede producir aumento del depósito de hueso alrededor del margen alveolar.

Entre los cambios estructurales que con frecuencia ocurren en la mandíbula están la aparición gradual de un reborde alveolar en forma de filo de cuchillo y la "superficialización" del agujero mentoniano.



Fig. 13.- Hueso no funcional se elimina por resorción.

La rama ascendente parece ser relativamente larga por la reducción de la altura del cuerpo mandibular. La atrofia del reborde superior no produce tanta dificultad para retener la prótesis como ocurre en la mandíbula, donde la resorción ósea es mayor.

Aunque en casos extremos la superficie vestibular del maxilar puede estar casi aplanada, es más común que el reborde alveolar residual proporcione estabilidad a la base de la prótesis.

Por esta razón, los procedimientos quirúrgicos para aumentar la retención son más comunes en la mandíbula que en el maxilar.

Debe tenerse en mente que en los ancianos el hueso se vuelve más frágil al perder parte de su contenido orgánico.

MUCOSA.— La mucosa bucal experimenta cambios por la edad similares a los que afectan a la mucosa en otras partes del organismo; pero factores locales como el hábito de fumar, el uso de prótesis y la higiene bucal influye en dichos cambios. En general, la mucosa sufre atrofia en los ancianos, el epitelio se adelgaza y su diferenciación es deficiente con aumento del contenido de colágena en los tejidos subyacentes. Se reduce la queratinización de paladar y encías, y por el contrario, los carrillos y labios tienden a queratinizarse.

El borde bermellón de los labios se estrecha y se producen lesiones en las comisuras labiales por candidiasis en un área que se conserva húmeda y blanda por la presencia de saliva, o como signo de deficiencia vitamínica. La mucosa que sostiene la prótesis se beneficia si existe un buen ajuste del aparato; se ha demostrado que los cambios por la edad en el epitelio son más lentos y que mejora la

salud de los tejidos cuando la mucosa está cubierta por una prótesis que ajusta perfectamente, y se retira durante la noche.

La superficie del dorso de la lengua tiende a hacerse más lisa por la atrofia papilar, pudiendo aparecer fisuras profundas y extensas.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.- Con la edad, la articulación temporomandibular se vuelve más susceptible a los cambios degenerativos, cuando éstos ocurren, la tendencia al aplanamiento de la superficie articular que se acompaña de una reducción del tamaño del cóndilo mandibular, produce un mayor grado de laxitud en los movimientos de la articulación.

Durante el tratamiento de estos pacientes puede ser difícil encontrar la relación céntrica al elaborar la prótesis. El disco articular tiende a perforarse con la edad, lo que sugiere un trastorno por el desgaste natural, debe hacerse notar que este cambio se observe en un estudio de material de necropsia más que en signos y síntomas clínicos.

Histológicamente, son comunes las islas de cartílago en el disco articular como un cambio propio de la edad, como lo son las formaciones hendidas en los haces de tejido fibroso del que está compuesto el disco articular en lugar de las superficies articulares, si bien no se han correlacionado síntomas clínicos con esos cambios. La actividad funcional de la articulación temporomandibular depende de la información propioceptiva que proviene de los músculos que actúan sobre ella, de los ligamentos, y de las terminaciones nerviosas tanto de la articulación misma como de la membrana periodontal y de la mucosa bucal.

CAMBIOS FUNCIONALES EN LA CAVIDAD BUCAL.- La declinación general de la actividad muscular no afecta los músculos masticatorios hasta una edad relativamente avanzada, pero la pérdida de la dentición natural acelera su atrofia.

La ausencia de dientes o la pérdida de substancia dentaria por enfermedades, afecta la capacidad masticatoria y puede influir en la selección de los alimentos de la dieta.

La pérdida dentaria también afecta la fonética, ya que los dientes participan en la articulación de las consonantes por medio de la interrupción de la columna de aire exhalado; en particular, pueden alterarse los sonidos relacionados con la pronunciación de la V, F, T, D, S, y Z.

La percepción del sabor, quizá más que otras sensaciones, se altera probablemente por la disminución del número de papilas linguales en los ancianos, si bien puede haber degeneración central que contribuye a propiciar este efecto. Este puede ser otro factor determinante del contenido de la dieta, puesto que ya no es posible seleccionar los alimentos por su sabor; el paciente geriátrico tampoco puede apreciar las sutilezas de los que alguna vez consideraba platillos apetitosos. Ya se ha demostrado que una prótesis reduce el aprecio por la comida, pero como la textura del alimento, así como su olor son importantes, la exclusión de la mucosa palatina del contacto con la comida puede ser un factor esencial en dicha reducción.

La sensación táctil en la cavidad bucal tiende a disminuir con la edad.

La pérdida de la sensibilidad puede producir

incapacidad para manejar el bolo alimentario, disminución de la capacidad para apreciar su textura, así como reducción de la capacidad para aprender a controlar la prótesis.

Normalmente la función salival no se reduce hasta después de más o menos los 60 años, si bien las mujeres pueden tener reducción de la velocidad del flujo salival después de la menopausia.

La falta de una cubierta protectora de moco, junto con la atrofia senil, produce una mucosa que es penetrada por algunas sustancias de los alimentos; dicha penetración aumenta las sensaciones de ardor y escozor, y puede contribuir al desarrollo de cáncer en los ancianos.

Una mucosa seca se irrita con facilidad y es común el traumatismo causado por la prótesis, por lo cual no es fácil la adaptación de una prótesis confortable. La disminución de la producción salival también afecta la fonética, y se hace difícil la deglución de grandes porciones de alimentos y de medicamentos en forma de tabletas. Por tanto, es de gran importancia elaborar prótesis que triturén con eficacia los alimentos.

Los efectos directos de la edad sobre los tejidos bucales están aumentados por los cambios que se presentan por el tiempo en otras partes del organismo.

Es importante para el odontólogo saber qué se espera del envejecimiento de la cavidad bucal y examinarla con cuidado, ya que él puede ser el primero en detectar signos no sólo de lesiones locales, si no de enfermedades sistémicas.

CAPITULO VI
PLAN DE TRATAMIENTO PARA EL
PACIENTE GERIATRICO

PLAN DE TRATAMIENTO PARA EL PACIENTE

GERIATRICO

Para planificar el tratamiento es importante comunicarse con el paciente para obtener una historia clínica, adecuada, pero con muchos de ellos puede ser muy difícil por la pérdida de la audición.

Debe tenerse cuidado de sentarse frente al paciente y hablar de manera que éste pueda leer los labios. En estos casos es muy útil un comunicador.

Si el paciente ha padecido apoplejía o tiene cambios degenerativos seniles, se le puede hacer difícil, hablar y responder a las preguntas de la historia clínica, lo que puede agitarlo e inquietarlo. Por esta razón, dicha historia no debe hacerse con rapidez, ni con mucha lentitud.

Muchos ancianos viven solos y les gusta un nuevo amigo con quien conversar, por lo que es importante esta etapa para ganar su confianza, que es esencial en el tratamiento odontológico.

Al recabar los datos básicos para el plan de tratamiento, es necesario proceder con lógica, si el paciente lo permite, y tan rápido como sea posible sin omitir etapas ni hacer que se desespere para hacer esta planificación tenemos que considerar algunos aspectos.

HISTORIA CLINICA.- Al aumentar la edad y con los avances de la medicina actual, hay un aumento gradual de la esperanza de vida del individuo. Con esto hay aumento de varias enfermedades, como padecimientos cardíacos y torácicos.

Es de gran importancia tener conocimiento de las mismas, así como de los medicamentos que toman, en particular si se va a realizar cirugía o se va a utilizar anestesia local para un tratamiento conservador. Es muy importante comentar estos casos con médicos cuando se trata a pacientes que toman medicamentos para alguna enfermedad, en particular. Muchos pacientes ancianos se preocupan por su salud; hasta cierto punto debe ignorarse esto, asegurándose que sus molestias no son reales.

En los ancianos aumentan las enfermedades mentales como la depresión; además de los cambios de humor que esto produce, el paciente puede quejarse también de dolores vagos sin motivo aparente.

En las instituciones psiquiátricas se observa una amplia variedad de enfermedades mentales, y es muy difícil preveer qué paciente será capaz o no de aceptar una prótesis, pero hablando en general, quienes padecen alguna enfermedad mental, aunque sea una depresión moderada, es poco probable que traten de habituarse al uso de una nueva prótesis.

Ya se ha demostrado que muchos pacientes con una enfermedad física crónica de poca importancia están sujetos a una mayor dificultad para cumplir los requerimientos de una prótesis que quienes están sanos.

Muchos pacientes geriátricos padecen de alguna enfermedad como la artritis, que reduce su movilidad, pero siempre es más fácil tratar a un paciente en el consultorio dental que en su casa y, siempre que sea posible, así debe hacerse. Por tanto, el tipo de tratamiento a realizar lo determinará la capacidad del paciente para asistir a consulta.

PADECIMIENTO ACTUAL.- Quizá el dato más importante que debe investigarse al hacer la historia clínica, es la naturaleza del padecimiento actual y lo que el paciente espera del tratamiento odontológico. A muchos ancianos sus familiares les piden que acudan a tratamiento; su visita al consultorio no siempre es por iniciativa. De igual manera, el odontólogo no debe intentar persuadir a los pacientes sobre un plan particular de tratamiento, se puede aconsejar lo más conveniente, pero la decisión deben tomarla por sí mismos, sin presiones. Si no existe motivación personal, entonces no habrá la adaptación que se espera para el éxito del tratamiento del paciente con una prótesis.

La motivación ayuda a obtener un resultado satisfactorio con tal de que el desempeño esté dentro de las capacidades del individuo.

Por otra parte, si se exige demasiado al paciente, puede crearse una motivación excesiva por parte de sus familiares, esto puede causar inestabilidad emocional y fracaso del tratamiento.

La evaluación de la memoria a corto plazo del paciente y su capacidad para recordar sucesos recientes, es importante en relación con su capacidad para desarrollar su patrón neuromuscular de conducta y es el factor clave para proporcionar a los ancianos sus prótesis.

Muchas molestias en estos pacientes se deben a dolor o incapacidad para colocarse su prótesis, por lo que es muy útil valorar las molestias para determinar el plan de tratamiento.

ANTECEDENTES SOCIALES Y LABORALES.- Es importante conocer el estado civil del paciente geriátrico. La mayoría de las mujeres sobreviven a los hombres, por lo que muchas

de ellas son viudas; por tanto, es importante saber si sus familiares viven cerca y pueden ayudarlos y, en caso necesario, traer al paciente a consulta. Esto también se aplica a los pacientes viudos, quienes es menos probable que se preocupen por la apariencia de sus dientes, pero se interesan más en la función.

Puede ser útil para evaluar las demandas del paciente saber cuál era la ocupación de su esposo o esposa. Los que se han desenvuelto en situaciones en las que es importante la apariencia, pueden ser más exigentes que otros que quizá no han vivido igual.

El conocer la situación económica y social del paciente puede ayudar a decidir el plan de tratamiento. Un factor importante también es la distancia que el paciente tiene que recorrer para llegar al consultorio y si lo hace en transporte público o privado.

El costo de los desplazamientos del paciente para recibir un plan de tratamiento que comprende cierto número de visitas puede ser considerable, por lo que pueden ser convenientes planes de tratamiento más sencillos; por ejemplo, puede ser preferible ajustar una prótesis antigua que hacer una nueva. En tanto que muchos ancianos pensionados pueden recibir el costo del transporte, quienes no lo reciben pueden tener dificultades económicas para asistir.

ANTECEDENTES ODONTOLÓGICOS.- Con frecuencia los antecedentes dentales son de considerable significado.

Por ejemplo, un paciente geriátrico con dientes naturales, pero que no ha visitado al odontólogo durante muchos años, es probable que tenga resistencia a la caries y a la enfermedad periodontal, lo que debe considerarse al

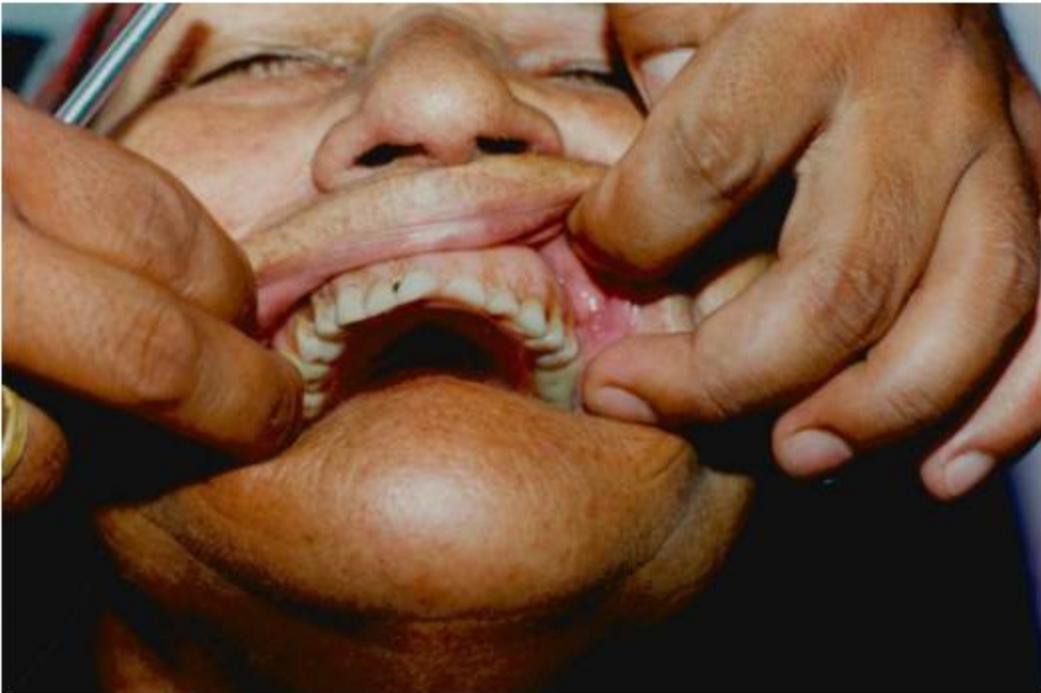


Fig. 14.- Paciente que utiliza prótesis durante 20 años.

decidir el plan de tratamiento. Ya sea para una prótesis parcial o total, es de gran importancia saber el número de juegos de prótesis que el paciente ha usado, durante cuanto tiempo y los intervalos de tiempo por los que el paciente ha visto a un odontólogo.

El paciente que ha usado una prótesis durante 20 ó 30 años, puede darse cuenta que es muy difícil aceptar una nueva, ya que el proceso de adaptación y habituación en los ancianos es lenta.

En estos casos, deben copiarse las prótesis existentes, aunque sean inadecuadas, con modificaciones menores, lo que tendrá más éxito para el paciente que un juego de prótesis que se hagan sin tomar en cuenta estas consideraciones.

EXAMEN EXTRABUCAL.- La observación de los tejidos faciales es útil, ya que se pueden detectar anomalías en el tamaño o simetría de la mandíbula. Se afirma que la apariencia de los tejidos faciales es un indicio de la edad biológica del individuo, que es diferente a la edad cronológica. Sin embargo, hay pocas pruebas científicas que demuestren que esa afirmación tiene importancia para el odontólogo, así como la edad biológica de la piel facial no tiene relación con la de la mucosa bucal.

También se debe hacer la palpación de las articulaciones temporomandibulares y de la región cervical y submandibular en busca de hipertrofia de los ganglios.



Fig. 15.- Observación de tejidos faciales.

EXAMEN INTRABUCAL.

PACIENTES PARCIALMENTE EDENTULOS.- De los 65 años en adelante, la mayoría de los pacientes sólo conservan pocos dientes naturales, que pueden presentar desgaste excesivo y alteración considerable de los tejidos periodontales.

Por tanto, la decisión de conservar o restaurar esos dientes depende, principalmente, del grado de la alteración y del desgaste o destrucción existente.

Se registran los dientes que necesitan tratamiento y se examina la presencia y tipo de gingivitis, así como la profundidad de las bolsas periodontales. Se debe evaluar la movilidad de los dientes. Las soluciones reveladoras son útiles para evaluar la higiene bucal, lo que también puede ayudar a vigilar los cambios en la higiene bucal del paciente. Cuando se piense que los dientes tienen vitalidad, debe verificarse por medio de los métodos habituales.

También deben examinarse los rebordes alveolares residuales, ya que es necesario tomar en cuenta la situación que se produciría si se extrajeran los dientes naturales y el paciente se quedará sin dientes.

Si se realiza eso y se evalúan correctamente los datos obtenidos en la historia clínica, el odontólogo no extraerá innecesariamente los dientes.

Los tejidos blandos también deben examinarse para verificar si presentan alguna alteración. El examen de la lengua puede ser un útil indicador de anemia y debe examinarse con cuidado la presencia de liquen plano o leucoplasia en los tejidos remanentes. Cuando el paciente se coloca su prótesis, el tejido en que se apoya ésta,

puede inflamarse por infección con *Candida Albicans* y en los pacientes con prótesis antiguas, pueden desplazarse hacia atrás los tejidos blandos del labio superior favoreciendo la queilitis angular. Debe vigilarse la higiene de la prótesis y debe interrogarse al paciente sobre el modo en que se asea y, en el caso de las personas impedidas, cómo les limpian la prótesis.

Las prótesis antiguas también pueden producir hiperplasia gingival, especialmente en el surco vestibular y, si se conservan los dientes anteriores inferiores, puede verse un flácido borde superior inflamado.

En este grupo etéreo son comunes los carcinomas, por tanto, debe tenerse cuidado de examinar toda la cavidad bucal y amígdalas para asegurarse que son normales.

Cuando se desgastan los dientes naturales, se reduce la dimensión vertical; la misma situación puede ocurrir con una prótesis.

Por tanto, debe medirse la altura facial de reposo y la altura facial en oclusión.

Se debe medir la oclusión céntrica de los dientes naturales y artificiales en relación con la posición más retraída de la mandíbula (relación céntrica), para verificar si existen contactos prematuros.

La medición de la oclusión es de gran importancia. La oclusión desigual en la prótesis puede producir dolor y traumatismo, en tanto que la dentición natural puede producir dolor por disfunción muscular. Sin embargo, puede ser difícil la corrección de una hiperclusión. Por la incapacidad del paciente para adaptarse con rapidez a los cambios súbitos de la dimensión vertical, es necesario



Fig. 16.- Pacientes parcialmente edentulos.

proceder con lentitud y aumentar dicha dimensión no más de 2 ó 3 mm. cada vez. Por tanto, puede requerirse un tratamiento provisional dentro del plan general antes de lograr una dimensión vertical satisfactoria en la que se basará la oclusión final.

EL PACIENTE EDENTULO.- En los pacientes desdentados es importante examinar los tejidos en busca de cualquier tipo de alteración, como Candidiasis, Hiperplasia por prótesis o bordes flácidos, para asegurarse que la cavidad bucal se encuentra en buen estado antes de empezar el tratamiento y por tanto, es capaz de soportar la prótesis total. Sin embargo, la retención de la prótesis y la posibilidad de usarla con éxito depende no sólo del tamaño de los rebordes alveolares y de su anatomía, sino también de la capacidad del paciente para manipular el aparato, y conservar en posición con la lengua.

El examen de los tejidos bucales debe ser un procedimiento de rutina.

Si existe una prótesis antigua, se debe revisar para verificar si hay alguna alteración en el tejido que la cubre, la posición de los dientes y la dimensión vertical.

PRUEBAS ESPECIALES.- Por lo general, deben tomarse radiografías al paciente, si son necesarias; si es posible obtener la ideal que es la ortopantomografía, ya que tiene la ventaja de proporcionar vistas de la mandíbula y del maxilar con un mínimo de radiación. Debe mostrar los datos necesarios para un tratamiento conservador o extracción en los pacientes geriátricos que sólo conservan pocos dientes. También puede proporcionar signos de cualquier otro trastorno existente, pero si no se dispone de ese equipo, como es común en la práctica, entonces debe tomarse un

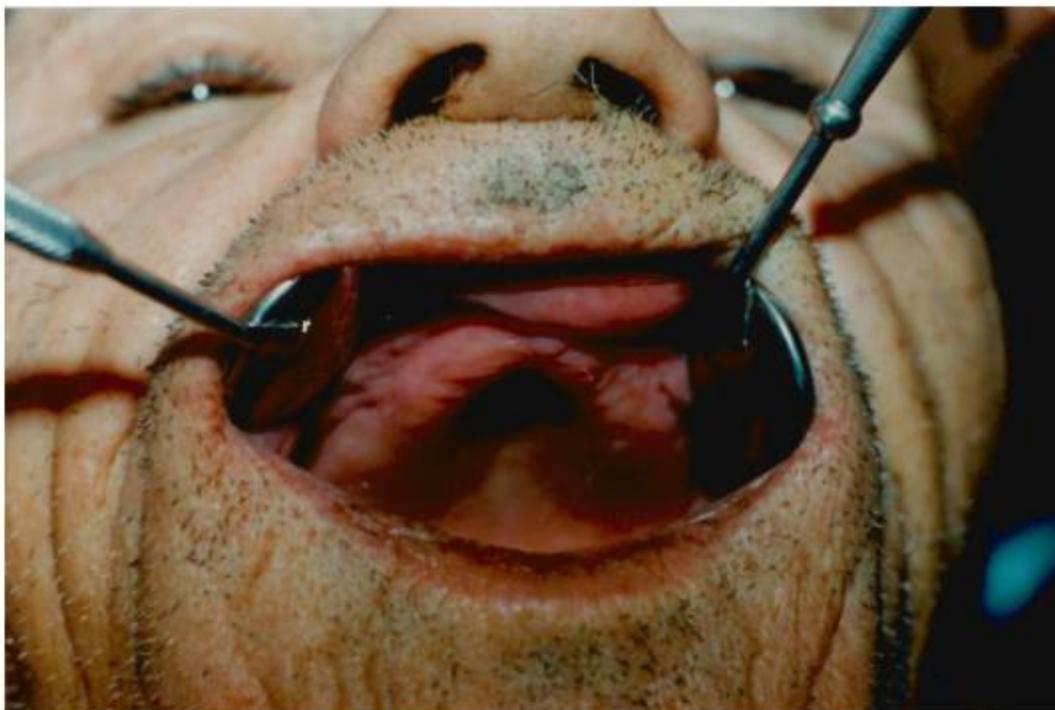


Fig.17. - Paciente edentulo.

número limitado de radiografías intrabucales sobre áreas específicas. Debe enfatizarse que una radiografía sólo es un auxiliar de diagnóstico y a menudo no se debe usar, a menos que exista un problema específico.

Si hay alguna duda sobre la nutrición del paciente, el frotis de sangre y la determinación de la hemoglobina pueden ser pruebas de selección muy útiles. En la práctica odontológica normal esto podría no ser factible en cada paciente, pero cuando sea necesario, debe tomarse una muestra de sangre y enviarla al laboratorio más cercano o bien, referir al paciente a un médico general para que se le realicen dichas pruebas. Si el médico general cree que es necesario, puede referir al paciente al hematólogo. Se puede obtener mucho si se tienen relaciones profesionales con algunos médicos para tratar a los pacientes. La estatura y el peso también son indicadores útiles del estado nutricional.

También debe examinarse la secreción salival, ya que en los ancianos con frecuencia está reducida y puede haber una mayor disminución como efecto colateral del uso de medicamentos. Esto puede influir en la retención de una prótesis total.

EXTRACCION DE LOS DIENTES REMANENTES.- Ya que los límites de la senectud van de 65 a 100 años, hay considerables diferencias en la conformación biológica de los miembros de este grupo.

En el caso de las personas más jóvenes, que se adaptan mejor y pueden usar prótesis parciales, los dientes en general padecen caries o enfermedad periodontal y pueden reemplazarse con relativa facilidad por prótesis parciales y, finalmente, cuando el paciente queda desdentado por



Fig. 18.- Extracción de dientes remanentes.

completo puede tenerse la seguridad que quedará satisfecho con el tratamiento, ya que las prótesis serán adecuadas. Si por otra parte, el enfermo está al final de ese límite de edad y nunca ha usado una prótesis parcial, podría ser imprudente extraer los dientes, aunque esté afectado el periodonto y tal vez tenga caries. Es preferible hacer una prótesis parcial, como etapa intermedia, para estar seguros de que puede colocarse la prótesis antes que se pierdan todos los dientes. Durante este período pueden restaurarse, el desgaste excesivo y las cavidades extensas con materiales como los cementos ionoméricos de vidrio, también debe intentarse mejorar la higiene bucal para reducir la gingivitis.

SOBREDENTADURAS.- En muchos ancianos hay un desgaste excesivo de los pocos dientes naturales que por lo general conservan.

Estos dientes con frecuencia no sufren enfermedad periodontal y cuando aumenta la edad y por incapacidad para adaptarse a una prótesis total, es preferible conservar los dientes remanentes y elaborar prótesis totales o parciales sobre la superficie de la raíz.

La principal ventaja de este procedimiento es que se conserva la membrana periodontal, lo que da al paciente un grado similar de percepción propioceptiva en su sistema neuromuscular y de esta manera ayuda a conservar un patrón de masticación similar. La sensación táctil proporciona un gran beneficio al paciente para hablar, ya que se ha demostrado que es mejor con sobredentaduras que con prótesis totales, lo que puede ser muy útil en la transición de la dentición natural a una artificial.

CAPITULO VII
TRATAMIENTO RESTAURATIVO

TRATAMIENTO RESTAURATIVO

Cuando se trata a un paciente, es esencial considerar su bienestar como un todo, por lo que en este capítulo se pone énfasis en los cambios psicológicos y físicos que tienen lugar con la salud.

La primera fase del tratamiento es aliviar el dolor. Se debe conseguir una situación estable por medio de extracciones, apósitos y cualquier endodoncia necesaria. Una vez que se ha logrado esto, puede continuarse con los diversos pasos del plan terapéutico.

El orden con el que se llevan a cabo depende de la necesidades del individuo. No es posible establecer reglas rígidas y rápidas como, si la cirugía se debe realizar antes o después del tratamiento de restauración. Sin embargo, al colocar prótesis inmediatas o en caso de cirugía preprotética, es esencial elaborar las prótesis antes de operar al paciente.

En esta etapa, cuando existan dientes naturales, deben obtenerse modelos de estudio, investigarse y planearse un diseño provisional de cualquier prótesis. La motivación del paciente, higiene bucal y número de dientes remanentes son factores importantes que influyen en el diseño.

Por ejemplo, el paciente que ha tenido problemas con sus prótesis parciales debe ser alentado a conservar algunos dientes.

Estos pueden ayudar a estabilizar la prótesis, que debe diseñarse de manera que pueda agregarse cualquier diente insalvable en alguna fecha futura. Esta puede considerarse como una prótesis de transición.

Por otra parte, los pacientes con buena higiene bucal y gran número de dientes presentes pueden tener una prótesis de metal con ganchos. Sin embargo, por lo general cuando más ancianos son los pacientes es más probable una higiene bucal deficiente y debe conservarse el diseño planeado lo más simple que sea posible.

TRATAMIENTO PERIODONTAL.— En los ancianos puede haber una considerable recesión gingival con aumento de la proporción corona raíz.

Cuando la higiene bucal es aceptable y todavía existe un número considerable de dientes, no siempre es necesario un consejo preventivo ni es aceptado por el paciente. Se debe recordar que el paciente es un anciano renuente a cambiar y que hasta podría sentirse ofendido si una persona más joven trata de instruirlo sobre la higiene bucal. Se puede dar algún consejo personal y puede ser de mucha ayuda un higienista especializado en el tratamiento de los ancianos.

El higienista es parte esencial del enfoque de equipo de la atención dental y en el futuro sus servicios deben recibirlos todos los ancianos.

Además, en hospitales y asilos de ancianos, los higienistas deben dar las instrucciones a las enfermeras para asegurarse que la prótesis y dientes naturales se conserven siempre limpios.

El envejecimiento afecta las estructuras periodontales por un proceso gradual de recesión ósea y gingival. Se estima que a los 65 años de edad se pierde entre un tercio y la mitad del hueso alveolar.

El espacio interdental ya no será llenado por las

papilas y, a menos que se adopten buenos hábitos de higiene bucal, se acumularán placa bacteriana y restos de alimentos entre los dientes. Esta situación puede agravarse con el uso de una prótesis parcial. Se puede producir una bolsa periodontal patológica y esto, junto con una elevada relación corona raíz después de la recesión puede aumentar la movilidad. Muchos pacientes ancianos con un desgaste dentario considerable, pueden tener muy buena higiene bucal, con poca formación de bolsas y dientes muy firmes.

También se debe recordar que el número de dientes en promedio será menor. Casi un 16% de los ancianos tienen con frecuencia menos de ocho dientes. Los procedimientos de higiene bucal en la dentadura incompleta de los ancianos presenta algunos problemas y no es probable que se use con provecho un cepillo y seda interdental, en particular en aquellos pacientes que tienen dificultad para mantener las cosas en sus manos.

En estos casos, podría ser de gran beneficio para el paciente una cinta ya que limpia la superficie dentaria y estimula las encías.

En los pacientes con higiene bucal deficiente y pocos dientes, casi nunca está indicada la eliminación de bolsas periodontales, por medio de técnicas quirúrgicas. Puede ser útil el raspado profundo con un antiséptico como la clorhexidina a 0,2%, en el que el chorro de agua se dirige a lo profundo de las bolsas. Cuando se cree que vale la pena eliminar dichas bolsas, se puede realizar una simple gingivectomia.

Pocas veces son necesarias o útiles las complicadas técnicas de colgajo. Cuando los dientes son móviles y si está indicado un tratamiento conservador, puede ser útil la

ferulización por medio de coronas. Sin embargo, un tratamiento tan complicado puede consumir mucho tiempo para un paciente anciano, en particular si su salud es precaria, por lo que es indudable que complicará los procedimientos de higiene bucal.

TRATAMIENTO CONSERVADOR.- La caries es más activa en los grupos más jóvenes, pero todavía puede encontrarse en los ancianos destrucción de los tejidos dentales por esta enfermedad. Los dientes que requieren restauración por lo general se pueden conservar con procedimientos convencionales y son principalmente las modificaciones a estos procedimientos en los ancianos que se tomarán en cuenta aquí.

En general, no es probable que sea práctico en los ancianos la aplicación del dique de goma, en particular si el tratamiento se lleva a cabo en la casa del paciente. Los pacientes geriátricos con bronquitis o enfisema, con frecuencia se sienten afligidos cuando hay alguna obstrucción de las vías respiratorias de la cavidad bucal y no pueden soportar la sensación de sofocamiento que produce la aplicación de un dique de goma a los dientes.

En el caso de las restauraciones de amalgama, es esencial conservar un campo seco para evitar la corrosión, expansión y subsecuente aspereza de la restauración. Aunque haya casos en los que no es posible conservar un campo seco, deben utilizarse otros materiales, aunque las cualidades físicas de estos materiales no sean ideales. En los ancianos con frecuencia existe caries en el cuello dentario, que se asocia con recesión gingival junto con un deterioro de la higiene bucal.

Las cavidades con frecuencia son extensas y pueden

ferulización por medio de coronas. Sin embargo, un tratamiento tan complicado puede consumir mucho tiempo para un paciente anciano, en particular si su salud es precaria, por lo que es indudable que complicará los procedimientos de higiene bucal.

TRATAMIENTO CONSERVADOR.- La caries es más activa en los grupos más jóvenes, pero todavía puede encontrarse en los ancianos destrucción de los tejidos dentales por esta enfermedad. Los dientes que requieren restauración por lo general se pueden conservar con procedimientos convencionales y son principalmente las modificaciones a estos procedimientos en los ancianos que se tomarán en cuenta aquí.

En general, no es probable que sea práctico en los ancianos la aplicación del dique de goma, en particular si el tratamiento se lleva a cabo en la casa del paciente. Los pacientes geriátricos con bronquitis o enfisema, con frecuencia se sienten afligidos cuando hay alguna obstrucción de las vías respiratorias de la cavidad bucal y no pueden soportar la sensación de sofocamiento que produce la aplicación de un dique de goma a los dientes.

En el caso de las restauraciones de amalgama, es esencial conservar un campo seco para evitar la corrosión, expansión y subsecuente aspereza de la restauración. Aunque haya casos en los que no es posible conservar un campo seco, deben utilizarse otros materiales, aunque las cualidades físicas de estos materiales no sean ideales. En los ancianos con frecuencia existe caries en el cuello dentario, que se asocia con recesión gingival junto con un deterioro de la higiene bucal.

Las cavidades con frecuencia son extensas y pueden

complicarse más por la abrasión o erosión del cepillo de dientes. Es difícil restaurarlos con amalgama por la forma de la cavidad. En estos casos es útil una restauración de ionómero de vidrio, ya que este material se une a la estructura dentaria, puede modelarse satisfactoriamente y parece dar una buena respuesta gingival. Es importante que la superficie de la dentina y el cemento esté lo más calcificada posible; hay que procurar no alterar dicha superficie, ya que esto reduce la retención del ionómero de vidrio. Es muy importante limpiar el área para eliminar la película adquirida, por medio de una solución limpiadora o alcohol, pero debe evitarse pulir la superficie con fresas o piedras. El ionómero se aplica conservando el diente y el material lo más seco posible.

Si se cubre lo restaurado con barniz copal ayuda a aislar de la humedad al ionómero, el cual no se endurece por completo en 24 horas. Aparte de eliminar el exceso con una sonda la restauración no debe tocarse durante 24 horas por lo menos, antes de pulir los dientes.

Una alternativa de este método es la incrustación de oro, con espigas, debiendo ser similar esta técnica a la que se usa en pacientes más jóvenes.

Sin embargo, esta técnica puede ser práctica sólo para pocos pacientes geriátricos, ya que toma más tiempo y la duración del diente quizá no garantice el gasto de tiempo y material.

Lo ideal en los pacientes geriátricos es que el margen gingival de cualquier restauración esté por lo menos 1 mm arriba de la encía para que el borde pueda examinarse y conservarse suficientemente limpio por el mismo paciente. Si se está preparando una corona, puede requerirse que la

longitud de la corona sea considerablemente mayor que en los pacientes más jóvenes, por la recesión gingival.

Además el oro puede ser útil para proporcionar retención al brazo de un gancho si se requiere una prótesis parcial.

La atención de la raíz dental en ancianos puede ser difícil por los cambios de la edad en la dentina. El tejido está frágil y más duro que en jóvenes por la esclerosis; así mismo, la cámara pulpar puede estar reducida y obstruida. Aunque quede algo de pulpa quizá no haya reacción a los cambios térmicos o a un vitalómetro.

Suponiendo que se haya tratado perfectamente la raíz, se puede preparar la superficie de ésta y cubrir con amalgama o una capa de ionómero de vidrio que tiene la ventaja de unirse a la superficie dentinaria y por su gran contenido de fluoruro produce remineralización.

PROTESIS PARCIAL.- Si se decide conservar los dientes naturales y restaurativos, existen ciertas alternativas.

En muchos pacientes geriátricos los dientes son difíciles de obturar y la recesión gingival puede hacer que la restauración con coronas sean más costosas que lo ideal, por esto y por la existencia de dientes muy desgastados son difíciles las coronas funda (jacket). Los conductos pulpares pueden estar reducidos u obliterados, haciendo difícil el tratamiento de endodoncia.

Si los dientes están razonablemente sanos y no muy desgastados, se puede realizar una restauración normal y hacer prótesis parciales exactamente de la misma manera que en los pacientes adultos más jóvenes.

ELABORACION DE UNA PROTESIS PARCIAL.- Una vez

verificado los aspectos más importantes del diseño de una prótesis parcial. Dos principios fundamentales que deben enfatizarse al iniciar el diseño de dicha prótesis son hacer la prótesis tan simple como sea posible y evitar problemas futuros. La planificación de las contingencias debe ser tal, que si se pierden algunos dientes, puedan hacerse fácilmente adiciones sin modificar la prótesis.

En los ancianos es muy importante la preparación de la boca por el aumento de la longitud de los dientes y por la movilidad e inclinación de los mismos que se pueden presentar después de la extracción de algunos dientes naturales. Los aspectos más importantes que se deben recordar y considerar al pulir los dientes son los siguientes.

1.- Preparación del asiento de reposo.- Deben ser similares en su elaboración a cualquier prótesis, y si se han hecho coronas y otras restauraciones, deben incorporarse durante la fase conservadora del tratamiento.

2.- Planos inclinados para grapas.- Los dientes inclinados hacen difícil la expansión gradual de la parte retentiva del gancho, por lo que puede ser necesario paralelizar los dientes y proporcionar un plano inclinado para deslizar el gancho. Si éstos se encuentran en la parte anterior de la boca, será necesario tallar más la línea del ecuador para mejorar la posición del gancho por razones estéticas.

PROCEDIMIENTOS DE IMPRESION PARA PROTESIS PARCIALES.-

Las impresiones por lo general se toman con materiales como el alginato, polisulfuro o silicon. Los alginatos tienen algunas ventajas en los ancianos, ya que su elasticidad es mayor y más fácil de reproducir los grandes

cortes de los dientes.

Los materiales de silicón son particularmente útiles por su mayor resistencia a la ruptura.

En todos los casos es importante utilizar un portaimpresiones que sólo cubra la parte de la boca que abarca la prótesis parcial.

La exactitud de la impresión depende de la rigidez del porta impresiones y adhesión del material al mismo.

Los materiales de silicón no se adhieren bien, como sucede con las impresiones de alginato, puede tener ventajas usar un portaimpresiones perforado, se obtienen de la manera acostumbrada, sin embargo, pueden evitarse molestias al paciente geriátrico, en particular al obtener impresiones de los maxilares, por introducción del portaimpresiones en el plano sagital oblicuo y asentándolo en posición hacia arriba y hacia atrás, para que el exceso de material de impresión fluya hacia adelante en vez de fluir por la garganta.

SOBREDENTADURAS.- Se está popularizando el uso de sobredentaduras parciales y completas por dos motivos.

La raíz remanente conserva el hueso alveolar y los impulsos propioceptivos hacia el sistema nervioso central, por lo que las sobredentaduras son eficaces para conservar la fonética y masticación normal.

En casos más sencillos, cuando se hace endodoncia en un diente, se decorona y se da a su superficie una forma de domo, obturando el conducto radicular con un material de restauración común, y un aditamento de precisión para darle retención y apoyo.

En muchos dientes desgastados, la pulpa cameral y radicular han retrocedido por abajo del nivel de la encía marginal, pudiéndose apoyar la corona para obtener la forma adecuada para una sobredentadura sin hacer endodoncia.

Estas técnicas no son difíciles y son especialmente apropiadas en los ancianos, ya que preservan los hábitos neuromusculares normales y reducen la necesidad de adaptación.

PROTESIS INMEDIATAS.- Cuando se conservan algunos dientes naturales y su estado es tan precario que necesitan extraerse, la primera etapa para proporcionar a los pacientes una prótesis es colocarles prótesis parciales. Si existen cambios en la dimensión vertical debe darse tiempo para la adaptación antes de que las prótesis parciales se conviertan en prótesis inmediatas completas. Si los pacientes usan prótesis parciales satisfactoriamente, es útil hacerles modificaciones a medida que se extraen los dientes, contribuyendo de esta manera la adaptación.

PROTESIS TOTALES.- Muchos pacientes ancianos han usado prótesis totales durante largos períodos.

Esto puede producir cierto daño a los tejidos blandos, como hiperplasia, pero el paciente puede utilizar adecuadamente lo que en esencia es un sencillo juego de prótesis, cuando se elaboran prótesis nuevas, muchos ancianos se quejan de que el odontólogo no ha podido copiar las anteriores en lo que se refiere a su forma y plano de oclusión. Por tanto, el tratamiento de elección es tratar de copiar las prótesis anteriores con la mayor precisión posible pero al mismo tiempo mejorando la retención y corrigiendo la dimensión vertical. Por esta razón se ha desarrollado muchas técnicas de copiado que permiten

elaborar prótesis a pacientes que están satisfechos con la que poseen. Si se hace una copia deficiente, los pacientes pueden rechazarla; esto se ve con frecuencia, ya que no tienen la capacidad de adaptación por disminución de la capacidad mental, y en este grupo será muy alta la inteligencia práctica que posee el paciente con relación a la prótesis anterior.

PACIENTES CON UNA PROTESIS INADECUADA.- Muchos pacientes experimentan molestias al usar prótesis por una elaboración inadecuada.

Las fallas pueden ser muy simples, como la extensión inferior, lo cual puede corregirse restableciendo la periferia y alineandola nuevamente.

Por lo general esto es suficiente para permitir que el paciente use la prótesis y se adapte a ella.

Algunos pacientes que nunca han usado prótesis totales, pero que han permanecido desdentados por muchos años, deciden o son persuadidos a solicitar tratamiento. Los que lo solicitan, deben interesarse activamente en un resultado favorable y, además de una buena motivación, la anatomía de la mandíbula debe ser favorable para la elaboración de la prótesis.

Muchos ancianos en hospitales psiquiátricos no tienen una adecuada motivación para un resultado favorable y no pueden hacer el esfuerzo que se requiere para adaptarse a esa nueva experiencia.

La decisión en relación con la capacidad del paciente para adaptarse a esta nueva situación es de gran importancia y se requiere de un odontólogo experimentado.

Cuando a los pacientes geriátricos se les ha extraído

los dientes naturales a una edad avanzada, la adaptación a las nuevas circunstancias requieren un esfuerzo considerable; se le puede ayudar con técnicas protéticas especiales por ejemplo.

TECNICA DE IMPRESION FISIOLOGICA (zona Neutral).- Uno de los problemas que tienen los pacientes geriátricos para adaptarse a sus prótesis es la posición del plano oclusal y la posición vestibulolingual de los dientes artificiales. Es importante que la posición de los dientes sea tal que la lengua y carrillos sean capaces de manipular el alimento sobre la mesa de oclusión y usar estas fuerzas musculares para retener las prótesis.

La impresión fisiológica o de zona neutral se logra usando un material como el cemento de silicón, que de preferencia se mezcla con la mitad de la cantidad normal de material de induración prologando el tiempo de trabajo.

Se moldea el cemento sobre la placa base con las mismas dimensiones que un borde oclusal de cera y posteriormente se coloca en la boca del paciente y se le pide que:

- a.- Abra completamente la boca.
- b.- Degluta.
- c.- Humedezca el labio superior.
- d.- Diga; "Oo".
- e.- Diga; "Ah".
- f.- Diga; "Ee".

Ya que se han realizado todos estos procedimientos se puede retirar la placa base de la boca, y con mucho

cuidado, se reduce la altura del borde hasta el plano de oclusión que se requiere.

Después puede volverse a colocar en la boca del paciente y se repite la actividad muscular y el ajuste final.

Cuando el cemento ha endurecido, se puede devolver al laboratorio el registro mandibular y la impresión.

REGISTRO DE LA RELACION CÉNTRICA.- Los cambios por la edad en músculos, articulación temporomandibular y mucosa bucal alteran la sensación propioceptiva del sistema neuromuscular. Algunas enfermedades, como la de Parkinson, también afectan al paciente, y con la edad con frecuencia se ven temblores seniles. Todos estos factores hacen más difícil registrar la relación céntrica mandibular en los pacientes desdentados.

La pérdida de la membrana periodontal reduce los impulsos aferentes hacia las neuronas motoras, lo que puede ser la razón de que se reduzca la dimensión vertical de los ancianos desdentados, ya que no es compensada por la que forma la mucosa bucal.

En pacientes que tuvieron una oclusión incorrecta en su dentición natural o han usado prótesis completas durante períodos prolongados, se han desarrollado hábitos neuromusculares muy difíciles de combatir. Su posición mandibular normal para la oclusión céntrica está protruida en comparación con la relación céntrica (posición más retraída).

Por lo que el odontólogo requiere gran experiencia para obtener la relación céntrica mandibular con una dimensión vertical aceptable.

Si se usan aparatos para graduar, como el medidor de Willis o calibradores, es esencial observar si el paciente cierra fuertemente los labios. En estas circunstancias, se puede ver la inserción del músculo borla de la barba en el mentón.

SELECCION DE LOS DIENTES.- Con frecuencia los pacientes geriátricos han usado prótesis durante muchos años en los cuales la oclusión se ha alterado por la resorción de los bordes residuales y por el uso de las prótesis.

En estos casos es preferible escoger dientes sin punta debido a que representan lo mismo que el paciente ya ha estado usando, además de que la relación de una mandíbula protruida se ha vuelto normal.

En los pacientes que mastican vigorosamente no se recomienda este tipo de dientes, ya que es difícil obtener algunos apropiados que puedan conservar una capacidad de masticación satisfactoria, por lo cual, los dientes anatómicos parecen ser la mejor elección.

PROTESIS MODULARES.- En ocasiones es necesario hacer las prótesis con rapidez, siendo particularmente útil el sistema modular. No hay un sustituto para un juego de prótesis completas elaboradas de manera apropiada, pero realmente tienen un lugar en nuestro arsenal para tratar a los ancianos.

Sin embargo, es esencial, para obtener un resultado satisfactorio que el cirujano tenga un buen conocimiento de las prótesis y tenga experiencia en tratar con pacientes geriátricos.

METODO DIRECTO.- Se deben medir los bordes superior e

inferior con calibradores para hallar la amplitud del arco interno y la longitud anteroposterior permitirá que se seleccione la prótesis modular con el tamaño más apropiado. Se coloca la prótesis en agua caliente a 60°C, pudiéndose modelar los flancos y el paladar según la anatomía exacta de la boca. Posteriormente se coloca y ajusta la periferia de la prótesis con tijeras y añadiendo material por fuera de la base usando una resina de curado intrabucal. Se verifican el plano oclusal, la línea ala-trago (plano prostodóntico) y la cantidad de dientes que se muestran en esta etapa; después pueden colocarse pequeñas bolitas de cera blanda en los tres lugares del área del borde, colocando la prótesis dentro de su posición correcta. Las prótesis superior e inferior se fijan con alginato. La oclusión se corrige puliéndola y, en esta etapa, se deben retener las prótesis para que el paciente pueda examinarlas y asegurarse de que satisfacen el aspecto estético. También el espacio libre puede medirse con más exactitud. Se retira la prótesis superior y se reemplazan el alginato y los topes de cera por tres pedazos de acrílico autocurable. Posteriormente se usan estos tres topes de la misma manera que la cera para apoyar y sostener la prótesis en su lugar, en tanto se vuelve a alinear otra vez toda la prótesis, usando una resina similar. Después se pule el aparato, debiendo tener una buena retención y estética satisfactoria.

CAPITULO VIII
CIRUGIA BUCAL EN GERIATRIA

CIRUGIA BUCAL EN GERIATRIA

El principal propósito de este tema es examinar los problemas que surgen en la atención del paciente geriátrico que requiere cirugía.

Enfocaré problemas específicos de los procedimientos quirúrgicos bucales en el anciano y enfermedades sistémicas que pueden modificarlos.

Anestesia Local.- El paciente que se somete a cirugía, se hace cada vez menos tolerable al avanzar la edad.

En estos casos puede darse diacepan bucal (5mg), una hora antes de la cirugía, y se debe tratar de aliviar la aprensión del paciente por todos los medios.

Los ancianos requieren dosis menores de anestésico local, ya que sus tejidos son más permeables y la vascularización del área con frecuencia está reducida por engrosamiento senil de las paredes arteriales, por lo que este tipo de anestesia no se elimina tan rápido como en pacientes jóvenes. Aunque se piensa que la adrenalina no debe incluirse en soluciones anestésicas para pacientes con hipertensión o problemas cardíacos, que son frecuentes en ancianos, pruebas recientes sugieren que se han exagerado sus peligros.

Anestesia General.- Cuando un paciente se programa para cirugía la elección del tipo de anestesia es uno de los primeros puntos que deben tratarse. La anestesia general significa un riesgo mayor en ancianos que en adultos jóvenes; principalmente por las alteraciones seniles cardiovasculares, pulmonares, hepáticas, renales y neuronales. Es necesario comparar los beneficios de la anestesia general con su alto riesgo, por lo que un

anestesiólogo debe examinar al paciente antes de cualquier decisión.

Bajo anestesia general con frecuencia puede hacerse un tratamiento más completo en una sesión, que con anestesia local; por tanto puede ser preferible una sola anestesia general, que el estrés de varias sesiones bajo anestesia local.

Si se selecciona anestesia general, el anestesiólogo decidirá el tipo de anestésico que usará pero si el paciente es aprensivo, el cirujano puede prescribir 5 mg de diazepam bucal, la noche anterior a la operación.

En cirugía general, existe el riesgo de bronconeumonía posoperatoria; una de las causas principales de esta infección, es la disminución de los reflejos protectores en las vías respiratorias que permite inhalar material extraño.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN ANCIANOS.— Aunque es una creencia común que la colocación de prótesis es inevitable a edad avanzada, la conservación de dientes hasta la edad adulta o la vejez se ha vuelto más común.

La reducción de la frecuencia de caries y una mayor conciencia sobre la higiene bucal, entre otros factores, significa que habrá una menor necesidad de extracciones en los grupos etarios que; hasta hace poco tiempo, por lo general se formaban de personas desdentadas. Tales extracciones en acciones pueden causar problemas por diversas razones.

Los cambios seniles, anatómicos y fisiológicos, complican y modifican el plan de tratamiento.

Un mayor cuidado al tratar los tejidos que se

desgarran con facilidad y una adecuada supervisión del período posoperatorio, son algunos de los aspectos más importantes de la atención a los ancianos.

Los dientes se vuelven quebradizos al avanzar la edad, principalmente porque la esclerosis de la dentina y la hiper cementosis, pueden alterar la morfología radicular. Es posible que los dientes remanentes tengan varias restauraciones, habiéndose debilitado la tensión intrínseca de la corona, la cual se rompe con la aplicación de una fuerza mínima y por la reducción de la irrigación a los maxilares, debe tenerse más cuidado para evitar una infección durante los lapsos prolongados de cicatrización. Por otra parte, para cuando se ha alcanzado la senectud, las enfermedades periodontales pueden haber reducido el apoyo óseo a tal grado que la extracción resulta relativamente fácil, las extracciones múltiples en pacientes geriátricos con ansiedad, se realizan mejor en un hospital, de preferencia bajo anestesia general, si no está contraindicada por el estado de salud.

En pacientes geriátricos a veces existen raíces remanentes con esclerosis del hueso circundante, lo que hace difícil extraerlas.

Estas raíces debe conservarse, a menos que produzcan molestias.

Los maxilares de los ancianos pueden haber sufrido cambios por osteoporosis, que junto con la disminución de la elasticidad ósea, produce mayor tendencia a las fracturas con la fuerza de las extracciones dentarias, por lo que el odontólogo debe tener mucho cuidado al efectuarlas.

Con frecuencia, la relación de los molares superiores

con el seno maxilar es más estrecha en pacientes geriátricos que en los más jóvenes; pudiendo existir sólo una delgada capa de hueso y mucosa entre el seno y los molares.

En pacientes mayores de 70 años de edad puede realizarse una cirugía preprotética muy extensa con vestibuloplastia y operaciones milohioideas bilaterales.

Sin embargo, no son frecuentes estas operaciones tan extensas, puesto que la mayoría de los pacientes pueden necesitar sólo una cirugía bucal menor, como eliminación de tejido hiperplásico o de bordes flácidos, que pueden hacerse con anestesia local.

PROBLEMAS DE LA CIRUGIA BUCAL RELACIONADOS CON ENFERMEDADES SISTEMICAS.- Las enfermedades sistémicas se trataron en el capítulo 4, pero aquí se explicarán las que causan problemas específicos relacionados con la cirugía bucal.

PADECIMIENTOS CARDÍACOS.- Las enfermedades cardiovasculares constituyen un gran porcentaje de las enfermedades de los ancianos. Hay muchos padecimientos que afectan el corazón, pero quizá el más común en la senectud es la isquemia coronaria.

La oclusión de una arteria coronaria casi siempre causa necrosis de una zona del miocardio; dependiendo de la importancia de la arteria, dicha isquemia puede producir efectos que van desde el choque hasta la muerte.

Es muy importante recordar que los pacientes que han tenido un infarto del miocardio están en una situación muy vulnerable, ya que si se repite, por lo general ocurre en un lapso de seis meses.

Por lo tanto, si es posible, debe evitarse el estrés de una cirugía bucal en este período. En caso de que la operación no pueda posponerse, debe reducirse el estrés administrando sedantes como el diacepan.

Los pacientes con lesiones o prótesis valvulares deben protegerse con antibióticos al efectuar procedimientos que producen bacteriemia para prevenir la endocarditis infecciosa. Existen cada vez más personas vulnerables que sobreviven a una edad muy avanzada, y aunque hay controversia sobre qué padecimientos pueden causar bacteriemia, muchos especialistas están de acuerdo en que los procedimientos quirúrgicos ponen en riesgo al paciente.

Ya que la endocarditis infecciosa puede presentarse en personas sin antecedentes de cardiopatías, es difícil determinar qué trastornos cardíacos pueden aumentar la probabilidad de endocarditis.

Según los conocimientos actuales, lo más seguro es proteger con antibióticos al paciente durante los procedimientos quirúrgicos bucales, si se sabe que tiene lesiones valvulares, antecedentes de endocarditis, reparaciones o prótesis valvulares, o defectos congénitos cardíacos. También deben prescribirse estos fármacos a personas con prótesis internas, ya que existen posibilidades de complicaciones por una bacteriemia, cuyo riesgo es mayor si la higiene bucal es deficiente, por lo que ésta debe tratar de mejorarse antes de la cirugía. En la actualidad, se considera que la antibioticoterapia se requiere sólo durante la cirugía y por unas 12 horas después.

Los métodos antiguos, que prescribían antibióticos por 3^o a 5 días. Antes y después de las operaciones, han perdido

la aceptación de muchos cardiólogos y microbiólogos, por el peligro de inducir cepas resistentes y el gasto innecesario que representan.

Los pacientes con marcapaso incorporado requieren cuidado especial.

Estos aparatos son de dos tipos; uno, no muy común, regula la frecuencia cardiaca de manera continua; y otro, el marcapaso "de demanda", que actúa sólo cuando decae o cesa el ritmo cardíaco intrínseco, es el más común y lo afectan los campos electromagnéticos extraños como el de los aparatos electroquirúrgicos, que pueden hacer producir estímulos aunque el corazón esté latiendo de manera normal, lo que en algunos casos quizá cause fibrilación auricular y, en pocas ocasiones, la muerte del paciente; por lo que no se debe usar este equipo en una paciente con marcapaso o cerca de él, ya que la gama de campos que se producen es muy grande. Algunos tipos de raspadores ultrasónicos también producen campos electromagnéticos, por lo que deben usarse con cuidado en pacientes con marcapaso.

TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS.- La insuficiencia cerebrovascular por estrechamiento ateromatoso de los vasos, puede aumentar al extenderse el cuello, por presión sobre las arterias vertebrales, por lo que es importante hacer que la cabeza descanse para evitar, en lo posible, la extensión cervical. Durante el tratamiento debe tenerse cuidado de evitar una presión indebida hacia atrás sobre la cabeza, como durante la extracción de dientes superiores.

La espondilosis hipertrófica, enfermedad ósea común en ancianos, es un padecimiento en el que existe compresión mecánica de las arterias vertebrales, lo que puede aumentar el riesgo de isquemia, la cual provoca disminución de la

visión, sensación de centelleo, visión doble, vértigo, náuseas, vómitos o desmayo.

Algunos tipos de anestesia que provocan relajación muscular, pueden estimular la reducción del riego cerebral. Como se mencionó, la hipertensión es un padecimiento muy común entre los ancianos por el aumento de la resistencia en la circulación periférica. Esta situación se incrementa con los estados de ansiedad, como el originado por el tratamiento odontológico, en particular durante la cirugía bucal. Una actitud de confianza, tranquila, en los pacientes geriátricos es de gran importancia, por lo que será muy útil cualquier factor que tienda a aliviar su ansiedad, evitando un aumento de la ya elevada presión arterial. Las personas hipertensas que requieren atención odontológica, se tratan mejor en un hospital.

La radioterapia para neoplasias adyacentes induce cambios en la circulación ósea periférica. El resultado es el deterioro del aporte sanguíneo, que se hace notorio particularmente cuando se requiere mayor vascularización; por ejemplo, durante la cicatrización después de extracciones o fracturas.

Una complicación posterior a la radioterapia es la necrosis ósea, que puede ocurrir de manera espontánea o puede ser provocada por extracciones. La pulpitis en los dientes de un maxilar radiado puede causar osteomielitis por radiación. Para evitar estas graves complicaciones, debe hacerse un examen dental cuidadoso a quienes van a recibir radioterapia; deben extraerse los dientes con pronóstico desfavorable antes de iniciarla.

DIABETES.— La diabetes en ancianos, con frecuencia es de tipo no dependiente de insulina (tipo II), ya que la de

tipo dependiente tiende a aparecer a temprana edad. Uno de los problemas que presenta el diabético es el control de sus concentraciones de adrenalina, que tienden a aumentar con el estrés de una visita al odontólogo, especialmente durante la cirugía, por lo que puede ser útil elevar la concentración de insulina, previa consulta con su médico, si es probable que el estrés se prolongue.

Si se piensa usar anestesia general, existe menos necesidad de esta precaución, ya que el paciente se presenta en ayunas; la cicatrización es más lenta en el diabético, debe considerarse el uso de antibióticos para combatir una infección secundaria.

Los procedimientos de cirugía menor en pacientes geriátricos con algún impedimento físico o en quienes permanecen en su casa, crean problemas que ponen a prueba la capacidad del odontólogo durante el tratamiento.

La hepatitis afecta principalmente a jóvenes; en pacientes de mayor edad es importante distinguir si es causado por el virus de la hepatitis tipo "B". en tal caso, debe verificarse que no se transmita a otros pacientes, a los asistentes o al odontólogo.

Entre el personal médico, los cirujanos son los portadores más frecuentes de este virus, por lo que la cirugía bucal tiene el mayor riesgo de transferencia. Las precauciones que se sugieren en varias publicaciones tienen la intención de evitar que el odontólogo y su equipo entren en contacto con material contaminado, incluyendo sangre y saliva.

FARMACOTERAPIA CONCURRENTES.— Con frecuencia, el paciente geriátrico está bajo tratamiento con fármacos cardiovasculares, antidepresores, anticoagulantes o

esteroides.

Los anticoagulantes se prescriben a pacientes geriátricos con riesgo por antecedentes de enfermedad arterial coronaria, accidentes vasculares cerebrales, trombosis venosa profunda, émbolos pulmonares o enfermedad valvular; dichos medicamentos incluyen la warfarina y el Dindevan (fenindiona).

Algunos glucocorticoides se usan como antiinflamatorios y se prescriben a los ancianos para padecimientos como la artritis; los más comunes son la prednisona, prednisolona, hidrocortisona, betametasona y dexametasona. Estos fármacos causan problemas a dichos pacientes, como osteoporosis y diseminación de la infección por su efecto antiinflamatorio.

Los pacientes de edad avanzada tienden a padecer hipertensión arterial, por lo que con frecuencia reciben medicamentos antihipertensores; entre los más populares están el propranolol.

Desde el punto de vista odontológico, la hipotensión postural es probablemente el efecto colateral más importante, por lo que debe tenerse cuidado al levantar al paciente que ha estado reclinado o sentado.

Los medicamentos en general, no se metabolizan y excretan de manera tan rápida en los ancianos como en los jóvenes, por lo que, aunque pueda parecer que el paciente está tomando la dosis correcta según su peso, los fármacos pueden alcanzar concentraciones tóxicas.

Otro problema de la administración de fármacos en ancianos, es el olvido del paciente. Algunos medicamentos se presentan de tal manera que es fácil ver si se ha tomado

alguna dosis, pero son la minoría, y el enfermo puede tomar una dosis, dos veces u olvidarla; por lo que es aconsejable, cuando sea posible, supervisar la ingestión de medicamentos. Por ejemplo, el administrar antibióticos bucales como profilácticos contra endocarditis infecciosa, el paciente debe acudir con el cirujano una hora antes de la cirugía para recibir el fármaco bajo supervisión. Además el anciano quizá olvide los nombres de los medicamentos que está tomando, por lo que es prudente verificar con su médico en caso de duda. Esto puede representar un retraso, pero es conveniente, y debe tenerse informado al médico del progreso de su atención odontológica.

RADIOLOGIA EN PACIENTES GERIATRICOS.- El cambio más notorio del envejecimiento óseo es la osteoporosis. La reducción generalizada de la densidad del hueso puede observarse en las radiografías de maxilares y cráneo, como grandes espacios trabeculares.

Una aplicación práctica sencilla es que en pacientes geriátricos la exposición radiográfica debe ser menor que en adultos jóvenes.

En los maxilares, un signo característico de envejecimiento es la resorción ósea alveolar con pérdida dentaria. La densidad del hueso está disminuida.

Cuando se han conservado los dientes, puede haber aumento en la densidad dentaria por la producción de dentina esclerótica, como trastorno senil. Esta esclerosis se manifiesta como un aumento de la radiopacidad, que empieza cerca del ápice y se extiende hacia la corona. Al mismo tiempo, la pulpa se reduce en gran proporción, semejando una línea radiolúcida o en caso de obliteración pulpar, quizá no se observe en las radiografías. En

ocasiones, puede ocurrir el efecto opuesto, cuando la pulpa, aunque visible en las radiografías, no se puede encontrar en el diente. En los rebordes desdentados, puede haber restos radiculares, con más frecuencia en los segmentos posteriores. En ocasiones también se encuentran dientes retenidos, pero si no hay signos patológicos, como una infección o formación de quistes, y no existen molestias, dichos dientes pueden conservarse. Es recomendable explicar la presencia y posición de éstos al paciente y tenerlos en observación.

Otra alteración que puede detectarse radiográficamente en los ancianos, es el quiste residual, es decir, el que se forma alrededor del ápice radicular que persiste después de la extracción.

En el ángulo mandibular se observan quistes óseos latentes entre el conducto mandibular y el borde inferior; por lo general, son asintomáticos y representan defectos óseos del desarrollo en la porción lingual de la mandíbula y en ocasiones están ocupados por tejido glandular salival. Por su posición estos quistes no se ven a menudo en las radiografías periapicales, pero ya que se está popularizando el uso de los ortopantomógrafos, es probable que aumente su frecuencia. Las lesiones quísticas pueden ser más notorias cuando se han extraído los dientes.

En ocasiones, las radiografías de pacientes geriátricos muestran calcificaciones en la región del tubérculo geniano.

También los ligamentos pueden estar calcificados; por ejemplo, el estilohioideo, geniogloso y genihioideo.

Los nódulos linfáticos, en especial los de la región submandibular, pueden observarse como masas calcificadas, que no deben confundirse con cálculos salivales.

CAPITULO IX
CONCLUSIONES Y RERCOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los dientes pueden durar toda una vida, lo que indica que las visitas regulares al Odontólogo son importantes durante todas las edades y contar con una Higienista Dental.

\ Muchos pacientes piensan que una vez que están usando dentaduras no tienen que volver al Dentista, esto no es cierto; nuestras bocas cambian de forma durante los años.

También es importante su historial médico ya que afecta la salud oral por los efectos colaterales de los medicamentos que esta tomando.

Es importante mantener una dieta nutritiva durante su vida para una buena salud.

Realizar una buena higiene de sus dientes mediante un cepillado adecuado.

Ingerir una dieta balanceada de lo contrario nuestra salud puede verse afectada seriamente.

\ Las prótesis dentales deben ser retiradas por lo menos por 6 horas; durante el día o la noche, mantenerse húmedas cuando no están en la boca y ser cepilladas.



Fig.19.- Usted puede prevenir problemas en su boca teniendo sus dientes naturales o usando prótesis.