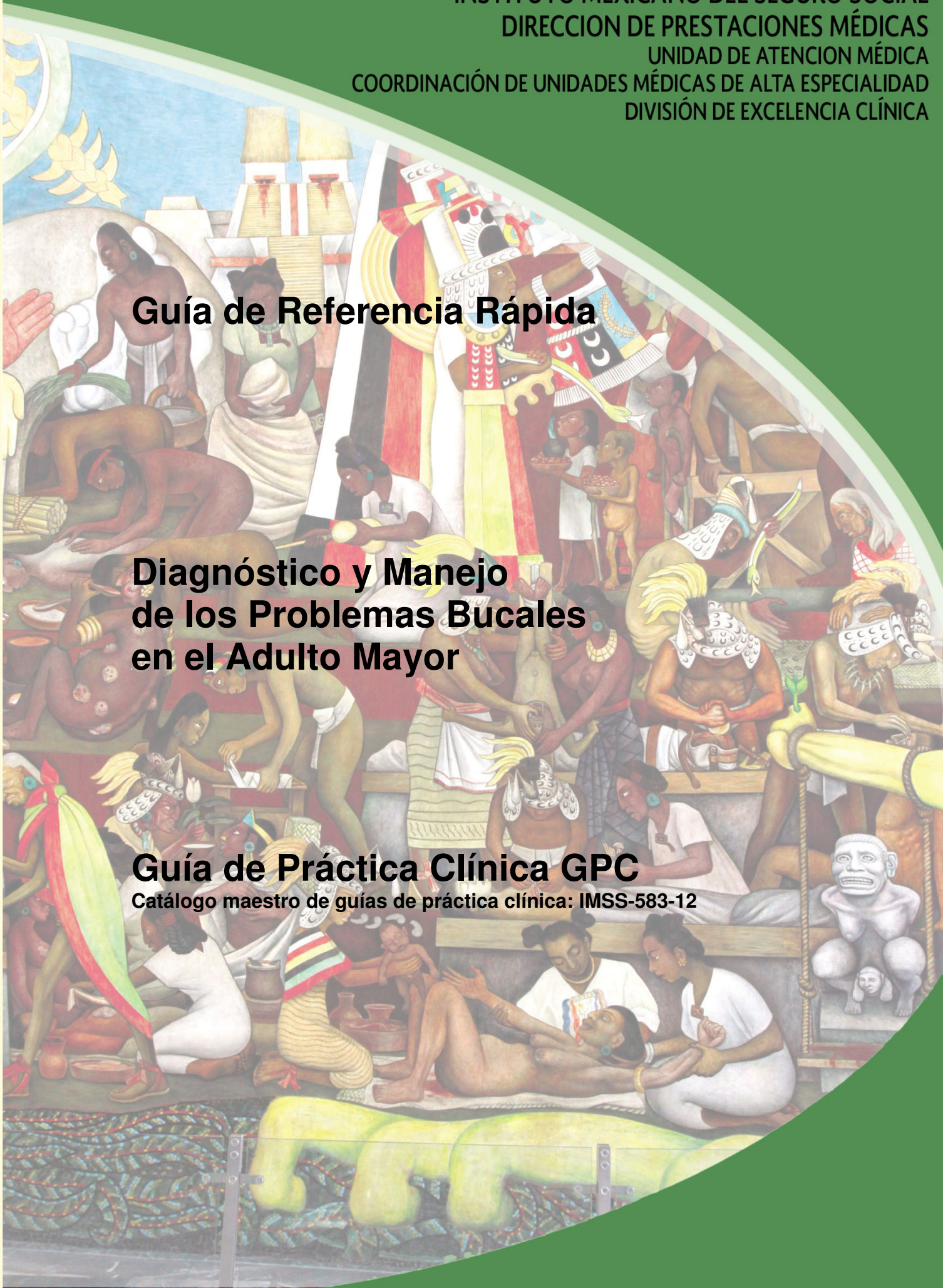


Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Manejo de los Problemas Bucales en el Adulto Mayor

Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-583-12



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-10:

K000 Anodoncia.

K02X Caries dental

K05X Gingivitis y Enfermedades periodontales

K055 Otras enfermedades periodontales

K117 Alteraciones de la secreción salival

B370 Estomatitis candidiasica

K061 Hiperplasia gingival

K069 Trastorno no especificado de la encía y de la zona edéntula

K12X Estomatitis y lesiones afines

K14X Enfermedades de la lengua

K076 Trastornos de la articulación temporomaxilar

C069 Tumor maligno de la boca, parte no especificada

GPC

Diagnóstico y Manejo de los Problemas Bucales en el Adulto Mayor

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Un problema bucal se puede definir como toda aquella alteración de cualquier órgano ó tejido, blando ó duro, dentro de la cavidad bucal (labios, carrillos, piso de boca, lengua, encía, paladar, istmo de las fauces y dientes) o en su periferia (zona perilabial, músculos de la masticación, hueso hioides, cara y cuello) que limite la actividad mermando la nutrición, comunicación, expresión, aparezcan molestias o dolor etc. En una palabra, que deterioren la calidad de vida.

EVALUACIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL

Dentro de la evaluación geriátrica integral se debe de realizar una revisión de la cavidad bucal de manera sistematizada que incluya los distintos componentes de la cavidad bucal inciendo por los labios y comisura labial, mejillas, carrillos, dientes, encias, área retromolar, piso de boca, superficies ventral y dorsal de la lengua, paladar y la orofaringe, esto asegurará que se identifiquen las lesiones de una manera temprana. Se deberán remover las protesis dentales para evaluar la cavidad bucal de una mejor manera, buscando estomatitis protésica, úlceras traumáticas o hiperplasia de la mucosa en la periferia de la protesis. Cuando el personal de salud encuentre una alteración en la cavidad bucal que no remita en dos semanas, debe referir de inmediato al estomatólogo, quien llevará el control pues es quien tiene conocimiento más amplio de la cavidad bucal.

CARIES RADICULAR Y CORONAL

La mayor causa de pérdida de dientes en los adultos mayores es la caries, aún cuando es una enfermedad bacteriana, en ella tiene un papel decisivo la higiene bucal, se clasifica en:

- **Caries coronal:** Clínicamente se observa una zona de color marrón o café oscura con destrucción, cavitación y presencia de tejido reblandecido en la corona del diente, se inicia en el esmalte y continúa en la dentina. Se presenta en niños y jóvenes con mayor frecuencia.
- **Caries radicular:** Se observa una zona de cavitación y reblandecimiento de color marrón o café, en este caso, en la raíz del diente. Se produce en la línea de unión corona/raíz para avanzar hacia la dentina radicular y es secundaria a la exposición bucal del cemento por retracción gingival fisiológica por envejecimiento o por enfermedad periodontal previa. Se presenta con mayor frecuencia en el anciano.

En los adultos mayores que presentan **caries radicular** se deben considerar la presencia de los factores de riesgo para su inmediata atención: recesión gingival, exposición radicular (aún cuando no exista recesión, pero que existan bolsas periodontales, donde las bacterias tengan contacto directo con la superficie radicular del diente, la acumulación de placa bacteriana sobre la superficie radicular, dieta cariogénica, hábitos deficientes de higiene bucal, xerostomía, disminución de las habilidades motoras requeridas para una higiene adecuada, factores médicos, psiquiátricos y sociales agregados.

Se debe fomentar la remoción de placa bacteriana en todos los adultos mayores, hay que tomar en cuenta que la habilidad manual puede estar disminuida por diferentes circunstancias, por lo que el uso de aditamentos diseñados para ajustar el cepillo dental debe recomendarse, por ejemplo: el uso de cepillo dental eléctrico y aditamentos que mejoren la presión del mango del cepillo dental. Se recomienda el uso de clorhexidina por su acción antibacteriana. Se deberá informar al paciente que el fracaso en el tratamiento quirúrgico de la caries radicular o lesiones restauradas es alto, por lo tanto es importante enfocarse en las medidas preventivas más que en las curativas. Se recomienda enviar al estomatólogo para la aplicación de fluoruro de sodio (NaF) en distintas formas como, barnices o geles al 2% cada tres meses.

EDENTULISMO

El edentulismo se define como la pérdida de los órganos dentarios y este puede ser parcial o total, se presenta en un 90% de los adultos mayores en México y suele ser manifestación de distintas enfermedades sistémicas, afecta la dentadura y su estructura, número, tamaño y morfología de los dientes. Los principales padecimientos que son responsables directa o indirectamente de la pérdida de los dientes son: la caries dental y la enfermedad periodontal. La ausencia de dientes afecta la habilidad de los pacientes para masticar y suele tener alteraciones en el proceso digestivo y tener como consecuencia la malnutrición, además puede causar depresión, aislamiento y afectar la calidad de vida del adulto mayor.

Se recomienda de reforzar la promoción en la prevención para el control de las enfermedades bucales principalmente en los grupos más vulnerables así como mejorar el acceso a los servicios odontológicos, enviando al servicio de estomatología por lo menos 2 veces al año de manera preventiva. Debido a la alta prevalencia de edentulia sin rehabilitación protésica se recomienda fomentar medidas educativas y sociales para fomentar el uso de prótesis entre los adultos mayores.

CANDIDIASIS BUCAL

La candidiasis bucal es frecuente en pacientes ancianos con trastornos médicos y con estados de inmunosupresión, los siguientes son factores de riesgo: uso de quimioterapia, radioterapia de cabeza y cuello, leucemia y otros trastornos linfoproliferativo, infección por VIH, uso de corticosteroides inhalados o sistémicos, diabetes mellitus de larga evolución, malnutrición, uso crónico de antibióticos, uso de prótesis bucales desajustadas, xerostomía, ancianos frágiles (inmunosenescencia).

La candidiasis bucal adopta distintas formas de presentación:

- La candidiasis pseudomembranosa aguda o crónica se caracteriza por placas blanquecinas que pueden desprenderse mediante raspado con lo que queda expuesta una base eritematosa, suele aparecer en la mucosa de los labios, del paladar, de lengua y de orofaringe. En la mayoría de los casos suele ser asintomática, aunque en otras ocasiones puede haber sensación de lengua algodonosa, halitosis, dolor o ardor durante la masticación y disfagia.
- La candidiasis eritematosa o atrófica aguda o crónica también llamada estomatitis subprotésica, se caracteriza por lesiones en mucosa con eritema difuso sin placas blanquecinas, es dolorosa y localizada con frecuencia debajo de prótesis dental. En la actualidad es la forma mas frecuente de presentación. Suele ser asintomática y en ocasiones puede producir ardor.
- La queilitis angular, se caracteriza por un enrojecimiento intenso de las comisuras labiales, con aparición de fisuras dolorosas a la apertura bucal y formación de costras. Es mas frecuente en el envejecimiento por la formación de arrugas, debido a la perdida de la dimensión vertical por edentulia, xerostomía, deficiencia vitaminas y hierro, entre otros.

El tratamiento de la candidiasis bucal se basa en 4 pilares: 1) Realización de un diagnóstico precoz y certero de la infección. 2) Corrección de los factores predisponentes o de las enfermedades subyacentes. 3) Determinación del tipo de infección candidiásica. 4) Empleo de fármacos antifúngicos apropiados.

El fármaco de primera línea para pacientes sin inmunosupresión severa y con candidiasis localizada a la cavidad bucal, es la nistatina en solución, a dosis de 400,000UI-800,000UI al día, dividida en 4 dosis de 100,000 a 200,000 en colutorios (enjuague) por 14 días. Otra opción de primera línea es el clotrimazol en trociscos de 10mg, los cuales se deben de disolver lentamente en la boca, 5 veces al día, por 7 días. Es importante recordar que para el éxito de la terapia es necesario que el fármaco tenga contacto directo con la lesión en la mucosa por un tiempo adecuado. Para pacientes que no responde al tratamiento local o en pacientes con inmunosupresión (cáncer, quimioterapia, SIDA, etc.) se recomienda fluconazol 200mg dosis inicial y 100mg a 200mg cada 24 horas por 15 días. En caso de que el hongo se encuentre en la prótesis, se recomienda cambiarla ya que a pesar del tratamiento al dispositivo y para la cavidad bucal, el hongo prevalece en el dispositivo.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

La enfermedad periodontal es una condición frecuente en la población en general con un pico de incidencia en los adultos mayores. Afecta a los tejidos que componen la estructura dental de apoyo: encía, cemento, ligamento periodontal y hueso alveolar. La enfermedad periodontal abarca un espectro de manifestaciones que incluyen a la *gingivitis* y *periodontitis*, estas se distinguen entre si por la presencia de daño al hueso alveolar en la periodontitis, pero no en la gingivitis.

La enfermedad periodontal se ha asociado con enfermedad cardiovascular, descontrol metabólico de la diabetes mellitus, retraso en la cicatrización de heridas bucales y neumonía por aspiración, es por ello la

importancia de su detección y tratamiento oportuno. Los objetivos primarios del tratamiento son reducir y eliminar la inflamación resultante y detener la progresión de la enfermedad. Para llevarlos a cabo, se requiere de la eliminación e interrupción de la acumulación bacteriana alrededor de la dentición por parte del estomatólogo, el médico deberá ofrecer una terapia complementaria que consiste en el control de los factores de riesgo como el óptimo control de diabetes, la eliminación del tabaquismo, la utilización de antibióticos, locales o sistémicos según la severidad de la periodontitis, además de regular la respuesta del huésped al disminuir las enzimas inflamatorias que causan la resorción del tejido óseo y conectivo como las medidas de aseo bucal, enjuagues con clorhexidina 0.12%.

Enfermedad periodontal y su relación con trastornos cardiovasculares y cerebrovasculares. Las bacterias periodontales se consideran un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares tales como: cardiopatía isquémica crónica, infarto al miocardio, evento cerebrovascular, hipertensión arterial, aterosclerosis y enfermedad vascular periférica, además de asociarse a eventos cerebro-vasculares.

Enfermedad periodontal y su relación con diabetes mellitus. Al igual que el glómulo y la retina, el periodonto es un órgano altamente vascularizado, como consecuencia, los cambios por daño microvascular que se realizan en este órgano, son directamente proporcionales al daño crónico en el resto del organismo debido a descontrol metabólico, por lo que se debe de identificar y relacionar a la enfermedad periodontal como un factor de riesgo para no lograr un control metabólico óptimo en pacientes con diabetes mellitus. Es por ello que se debe insistir a los pacientes diabéticos sobre la importancia de un buen control glucémico así como la revisión constante de la cavidad bucal.

Enfermedad periodontal y su relación con la neumonía intrahospitalaria. La neumonía intrahospitalaria (NIH) es la segunda infección nosocomial en frecuencia. Ocasiona morbilidad y mortalidad así como prolonga el ingreso hospitalario e incrementa los costos, la principal puerta de entrada de los microorganismos al pulmón es la cavidad bucal, siendo un factor de riesgo importante la higiene dental deficiente y la enfermedad periodontal. En la cavidad bucal de un paciente intubado, los microorganismos se encuentran adheridos con mayor frecuencia a la lengua y el paladar. Esto significa que incluso sólo la limpieza mecánica de la lengua y el paladar pueden ayudar a prevenir la neumonía por aspiración. El primer paso en el manejo de la higiene oral consiste en mantener hidratada la cavidad bucal. Se puede utilizar un trozo de gasa envuelto alrededor del dedo como una herramienta de limpieza, pero es mejor utilizar un pincel de esponja o un cepillo ordinario con la ayuda de agentes antisépticos.

Enfermedad periodontal y su relación con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La enfermedad periodontal está asociada con un incremento en el riesgo de padecer EPOC hasta en un 50% más, en comparación con los pacientes que no la presentan esto es asociado a la relación que existe entre una mala salud periodontal, un cuidado dental deficiente y un pobre conocimiento de la salud oral con un mayor riesgo de presentar exacerbaciones de la EPOC. Es por ello la importancia de la profilaxis y el tratamiento de las enfermedades periodontales en el tratamiento de la EPOC, ya que aumenta la eficacia del tratamiento de esta última.

XEROSTOMIA SISTEMICA (NO ASOCIADA A FÁRMACOS)

La xerostomía es la manifestación clínica más común de las disfunciones salivales y consiste en una disminución del flujo salival, denominada también boca seca o hiposalivación. No es consecuencia del envejecimiento ni fisiológica. Sus principales consecuencias negativas son: disminución del sentido del gusto, dificultad en la masticación, alteración de los patrones de alimentación, incapacidad para deglutir, riesgo de desnutrición en el paciente geriátrico, presencia de úlceras bucales, inflamación, caries radicular, candidiasis, dificultad para la permanencia de las prótesis dentales y dolor de las glándulas salivales, favorece el

crecimiento bacteriano.

Como parte del manejo se recomienda: Ingesta de líquidos, sustitutos salivales, estimular la salivación con limón o goma de mascar, evitar irritantes como café, alcohol y tabaco, visitas al estomatólogo cada 3 meses, reforzar las técnicas de higiene bucal que incluyen el uso del cepillo dental con cerdas suaves, pastas dentales con fluoruros, uso del hilo dental y enjuagues bucales.

CÁNCER DE LA CAVIDAD BUCAL

El proceso de envejecimiento, La exposición a factores oncogénicos en la cavidad bucal (ej. tabaco, alcohol, exposición a radiación ultravioleta, virus de papiloma humano, virus Epstein Bar, etcétera) son factores de riesgo para desarrollar lesiones potencialmente malignas o cáncer en cavidad bucal.

El cáncer bucal supone el 4% de todos los cánceres del organismo. En esta localización, el más común es en labio y lengua, donde el carcinoma epidermoide abarca el 90% de los casos, otros menos comunes son el carcinoma verrugoso, carcinoma de células fusiformes, melanoma y adenocarcinoma. El cáncer de lengua y labio se presentan como lesiones ulcerativas o exofíticas normalmente dolorosas. Alrededor de 2/3 partes de los pacientes con lesiones primarias en lengua presentan enfermedad ganglionar en cuello, lo que puede orientar el diagnóstico. El **cáncer epidermoide** es un tumor epitelial maligno, destructor e infiltrante, pueden diseminarse por contigüidad, vía linfática o hemática. Comienza en las células escamosas ubicadas en piel, revestimiento de los órganos huecos del cuerpo y en los pasajes de los tractos respiratorio y digestivo.

El método más efectivo para combatir el cáncer bucal es la detección temprana con el fin de erradicar las lesiones en estadios tempranos. Se debe correlacionar la historia médico-dental con los factores de riesgo y los cambios clínicos encontrados para asegurar que el equipo clínico identifique oportunamente el cáncer o las lesiones potencialmente malignas. Las lesiones potencialmente malignas y el cáncer bucal en etapas tempranas no identifican adecuadamente solo con inspección visual. Ante la sospecha o el resultado positivo al **azul de toluidina** se recomienda enviar al especialista para realizar biopsia.

MANIFESTACIONES BUCALES INDUCIDAS POR FÁRMACOS

Con el incremento de la población anciana se incrementan las enfermedades crónica degenerativas y por lo tanto el uso de fármacos. Como resultado a esto, las reacciones adversas y las complicaciones orales por los medicamentos también se incrementarán. Los efectos adversos que implican a la cavidad bucal, incluyen un 79% de los cuales los tres efectos más comunes fueron: Xerostomía (80.5%), alteraciones del gusto (47.5%) y estomatitis (33.9%). (Ver cuadro 1).

Fármacos que causan disminución del flujo salival o Xerostomía. Algunos ejemplos incluyen: Analgésicos (tramadol y otros opioides), antihistamínicos (clorfenamina), antihipertensivo (captopril, enalapril), diuréticos (tiazidas y furosemide), antineoplásicos (radiación y quimioterapia), antiparkinsonianos (levodopa), agentes antireflujo (omeprazol), ansiolíticos (benzodicepinas), antipsicóticos (haloperidol), anticolinérgicos (Imipramina), relajantes musculares. Se recomienda para el tratamiento de la xerostomía de cualquier etiología el uso de saliva artificial, chicles libres de azúcar y humectantes de labios, así como mayor ingesta de líquidos, evitar, café, tabaco y alcohol. La saliva artificial se puede elaborar hirviendo 2 nopales en 1 litro de agua con una hoja de menta o yerbabuena, la solución resultante se puede utilizar en un atomizador cada vez que la requiera el paciente.

Fármacos que causan hiperplasia gingival. Ejemplos de estos son: Fenitoína, ciclosporina, antihipertensivos (bloqueantes de los canales de calcio ejemplo: nifedipino, amlodipino). El único tratamiento para eliminar la hiperplasia gingival inducida por fármacos es la gingivectomía (cirugía), ya que con la eliminación del fármaco se detiene el crecimiento pero no elimina la hiperplasia.

Fármacos que causan alteraciones en la mucosa bucal. Algunos fármacos pueden causar alteraciones en la mucosa oral (carrillos, piso de boca, lengua, paladar) dentro de las principales lesiones se encuentran: Reacciones liquenoides, mucositis, eritema multiforme, pénfigo.

- Las **reacciones liquenoides** son caracterizadas por manchas blancas, estriadas en placa o reticulares y lesiones erosivas o eritematosas, los fármacos que lo pueden desencadenar son: antibióticos (todos), antihipertensivos (minoxidil, verapamilo), anticonvulsivantes (barbitúricos), antidepresivos (carbapacepina), diuréticos (furosemida), analgésicos (ibuprofeno), antiparkinsonianos (levodopa).
- El **Eritema Multiforme** y es uno de los efectos adversos más comunes en el anciano, se caracteriza por lesiones eritematosas y vesículo ampollares, algunos de los fármacos más comunes que causan el eritema multiforme son: analgésicos (codeína), anticonvulsivos (barbitúricos), antibióticos (eritromicina, sulfas, ciprofloxacino), antihipertensivos (captopril, enalapril), antimicóticos (amfotericina B), hipoglucemiantes (metformina, acarbosa) y antipsicóticos.
- La **mucositis** es una alteración bucal que ocurre como consecuencia del tratamiento antineoplásico (radioterapia, quimioterapia) se caracteriza por una inflamación de la mucosa bucal.
- El **pénfigo** es una enfermedad autoinmune que puede ser causada por la administración de algunos fármacos sus características clínicas son lesiones vesículo-ampollosas y erosiones localizadas en piel y mucosas. Algunos fármacos que pueden inducir una lesión bucal del tipo pénfigo son: antibióticos (penicilinas), antihipertensivos (captopril, enalapril), analgésicos (diclofenaco, piroxicam).

Para el tratamiento se recomienda reducir la dosis del fármaco o bien sustituirlo, en su caso remitirlo al médico que prescribe dicho fármaco. En caso de pénfigo se debe utilizar además esteroides sistémicos y tópicos.

TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES

Los trastornos temporo-mandibulares (TTM) se refieren a un grupo de condiciones patológicas músculo-esqueléticas que involucran a la articulación temporo-mandibular (ATM), los músculos masticatorios o a ambos. Se clasifican de la siguiente manera: 1. Trastornos de los músculos masticatorios. 2. Trastornos por interferencia del disco articular. 3. Trastornos inflamatorios. 4. Hipomovilidad mandibular crónica. 5. Trastornos del crecimiento.

Dentro de los factores etiológicos del desarrollo de los TTM se encuentran: las alteraciones locales como la inestabilidad provocada por cambios en la oclusión, bruxismo, traumatismos, hiperactividad muscular, enfermedades sistémicas (ej. Artrosis). Se caracterizan por una tríada de signos y síntomas entre los que se identifican: Dolor y sensibilidad a la palpación de la ATM y/o de los músculos masticatorios, limitación de los movimientos mandibulares, sonidos en la ATM (Crepitación, chasquidos, etc.), dolor de cabeza, malestar o disfunción auditiva.

El manejo de los pacientes con TTM incluye: excluir enfermedades infecciosas e inflamatorias, reconocer factores agravantes (espasmo, fatiga de los músculos de la masticación, mal oclusión dental, ansiedad, estrés, entre otros), eliminar el bruxismo nocturno con una guarda oclusal durante la noche, cuidados odontológicos

en caso necesario, ejercicios isométricos mandibulares (**Ver Figura 1**), tratamiento farmacológico con relajantes musculares, sedantes, o antidepresivos tricíclicos al momento de acostarse y en caso no respuesta puede ser necesario inyecciones intra-articulares con esteroides y anestésicos o inyecciones de toxina botulínica en los músculos masticatorios.

La mayoría de los pacientes con dolor alrededor de la articulación y músculos masticatorios, responden a medidas conservadoras, como ejercicios mandibulares, calor local durante 10 a 15 minutos, cuatro veces al día y uso de guardas oclusales nocturnas.

TRASTORNOS BUCALES ASOCIADOS A SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Diversas enfermedades sistémicas pueden provocar un gran número de signos, síntomas y lesiones en la cavidad bucal. Los distintos tipos de condiciones sistémicas con manifestaciones orales incluyen enfermedades genéticas, infecciones sistémicas, desordenes inmunológicos, cáncer, trastornos nutricionales, enfermedades del tejido conectivo, gastrointestinales, endocrinas, renales, cardiovasculares, neurológicas, trastornos psicosomáticos y fármacos.

El médico y el estomatólogo tienen la obligación de evaluar, y por lo tanto, disminuir el riesgo de las secuelas que se presenten en la cavidad bucal secundarias o relacionadas a las enfermedades sistémicas, sobre todo en el anciano frágil que tiene una reserva homeostática disminuida. Las patologías que se deben de evaluar y poner mayor énfasis al evaluar la cavidad bucal son: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, evento vascular cerebral o sus secuelas, sepsis por Gram negativos, endocarditis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, polifarmacia.

La **depresión** en el adulto mayor puede contribuir a enfermedad periodontal, causar caries y hasta caries radicular rápidamente progresiva, debido al desinterés que provoca esta enfermedad provocando una higiene bucal ineficiente que en muchos casos no realizan un cepillado adecuado o simplemente no lo realizan, además con esta patología se incrementa el consumo de carbohidratos, como consecuencia de la disminución de niveles de serotonina en sistema nervioso central (SNC), asimismo si se utilizan antidepresivos tricíclicos o benzodiazepinas que se relacionan con xerostomía pudiendo provocar consecuencias ya comentadas. Por lo anterior se recomienda vigilar el grado de xerostomía, higiene dental y los fármacos que este utilizando para evitar el agravamiento de los distintos problemas bucales con los que cursa el adulto mayor con depresión ofreciendo un tratamiento integral.

La salud bucal y la **nutrición** tienen una relación sinérgica bidireccional. Las infecciones bucales, así como las enfermedades sistémicas con manifestaciones bucofaringeas, tienen un impacto en las habilidades para comer y deglutir, por lo que incide directamente en la dieta y el estado de nutrición. Por ejemplo: La caries puede deberse a una mala nutrición y viceversa, también una adecuada respuesta inmune requiere de una nutrición adecuada, y las deficiencias nutrimentales de vitamina C, magnesio, folatos y calcio, comprometen la respuesta sistémica y la inflamación del hospedero empeorando la enfermedad periodontal. En sentido inverso una enfermedad periodontal no tratada repercute negativamente en el gusto por los alimentos. La inflamación sistémica debida a la enfermedad periodontal causa hiporexia/anorexia y a nivel local altera las propiedades químicas de la saliva. Por lo tanto, los requerimientos nutricionales del paciente están alterados (requiere "más y mejor") pero la misma enfermedad imposibilita al paciente para alimentarse adecuadamente.

Los pacientes con **demencia** de cualquier tipo tienen mayor deterioro en su estado de salud bucal y existe una relación entre la enfermedad periodontal y la enfermedad de Alzheimer y otro tipo demencias. De hecho, la

pérdida dental, como sucedáneo de la enfermedad periodontal, también está relacionada con déficit de la memoria reciente o episódica y deterioro cognoscitivo. Se cree que el aumento de inflamación sistémica debido a enfermedad periodontal es una de las causas que incrementa la demencia. Se ha demostrado que niveles altos en suero de el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-) así como niveles elevados de IgG contra bacterias periodontales está asociado con el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer.

Las alteraciones a nivel bucal son más prevalentes en los **adultos mayores frágiles** y/o con alguna dependencia funcional, ya que tiene un origen multifactorial: tejidos bucales envejecidos, disminución de las habilidades para proveer un autocuidado adecuado, comportamientos inadecuados por parte del paciente para proveerse una adecuada higiene bucal, uso de fármacos que inciden negativamente sobre la función y salud bucal, ignorancia de los cuidadores o personal de salud de la importancia de realizar el cuidado bucal en el adulto mayor y problemas sociales (abandono, falta de aporte económico, etc.).

En todo paciente que se tenga el diagnóstico de fragilidad/sarcopenia, además de la adecuada nutrición y el acondicionamiento físico/muscular se recomienda mantener una adecuada salud bucal, para evitar que alteraciones como la enfermedad periodontal agraven o perpetúen dichos síndromes geriátricos. De igual forma en todo paciente con algún tipo de dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se recomienda verificar que el cuidado bucal se realice. En caso contrario se deben de tomar las medidas pertinentes para que el cuidador/asistente las realice en el paciente.

CRITERIOS DE REFERENCIA

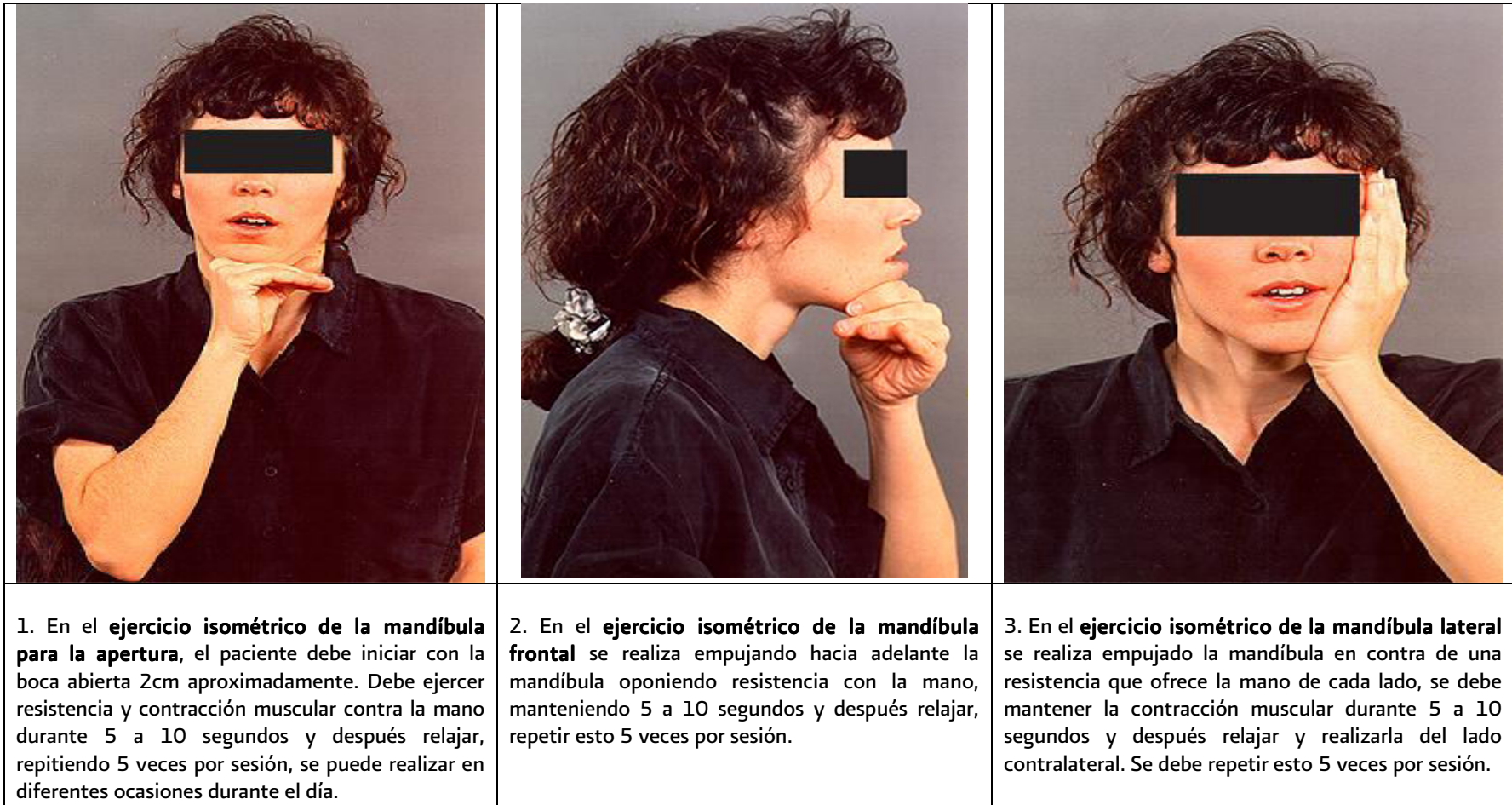
El estomatólogo forma parte del equipo interdisciplinario de geriatría por lo que dentro de la valoración geriátrica integral se debe evaluar el estado de salud bucal. Si el médico de primer contacto o de hospitalización encuentra cualquiera de las alteraciones mencionadas en esta guía, se recomienda que posterior al abordaje diagnóstico y manejo inicial se envíe a valoración por el estomatólogo para que reciba un tratamiento que se complemente con el manejo médico de las enfermedades de base. Se recomienda enviar al estomatólogo cada 6 meses a todos los adultos mayores de 60 años, con mayor énfasis en aquellos que tengan alguna condición médica crónica como diabetes, insuficiencia renal, cáncer con quimioterapia o radioterapia, entre otras.

CUADRO 1. ALTERACIONES QUE CONDICIONAN LOS MEDICAMENTOS EN LA CAVIDAD BUCAL

ANORMALIDAD BUCAL	FÁRMACO	FÁRMACO	FÁRMACO
Xerostomía	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos de acción central • IECA • Antiinflamatorios no esteroideos • Antiácidos • Antidiarreicos • Antiarrítmicos • Antihipertensivos • Antihistamínicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Antineoplásicos • Broncodilatadores • Bloqueadores de canales de calcio • Descongestionantes • Diuréticos • Relajantes musculares • Analgésicos narcóticos • Agentes antitabaco • Antieméticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes anti acné • Ansiolíticos • Anticolinérgicos/ Antiespasmódicos • Antidepresivos • Sedantes • Anticomisiales • Anorexígenos • Antiparkinsonianos • Antipsicóticos
Lesiones eritematosas o liquenoides	<ul style="list-style-type: none"> • Fenobarbital • Carbamazepina • Fenitoína • Clorpropamida • Tolbutamida • Dapsona 	<ul style="list-style-type: none"> • Ibuprofeno • Furosemide • Metildopa • Captopril • Hidroclorotiazida • Quinidina 	<ul style="list-style-type: none"> • Clindamicina • Sulfonamidas • Fenilbutazona • Diflunisal • Bismuto • Tetraciclinas
Disguesia	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-inflamatorios no esteroideos • Medicamentos inhalados (cromoglicato de sodio) 	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes cardiovasculares (diltiazem) • Betabloqueadores (atenolol, metoprolol) • Parches de nicotina 	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulantes del SNC (dextroanfetamina) • Inhibidores de la anhidrasa carbónica (acetazolamida)
Angioedema	<p>Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Captopril, enalapril, lisinopril, moexipril, perindopril, ramipril 	<p>Antagonistas de los receptores de angiotensina 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Candesartan, irbesartan, telmisartan, valsartan 	
Hiperplasia gingival	<ul style="list-style-type: none"> • Antagonistas de los canales de calcio (Nifedipino, Amlodipino). 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonvulsivantes (Fenitoína) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclosporinas
Eritema multiforme	<ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos (eritromicina, sulfas, ciprofloxacino, penicilina) • Antimicóticos (Anfotericina B) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonvulsivos (carbamacepina) • Barbitúricos. • Analgésicos (codeína). • Clordiazepoxido 	<ul style="list-style-type: none"> • Antihipertensivos (Captopril, enalapril). • Hipoglucemiantes • Fenibutazona

Adaptado de: Ciancio SG. Medications' impact on oral health. J Am Dent Assoc. 2004 Oct;135(10):1440-8; quiz 1468-9.

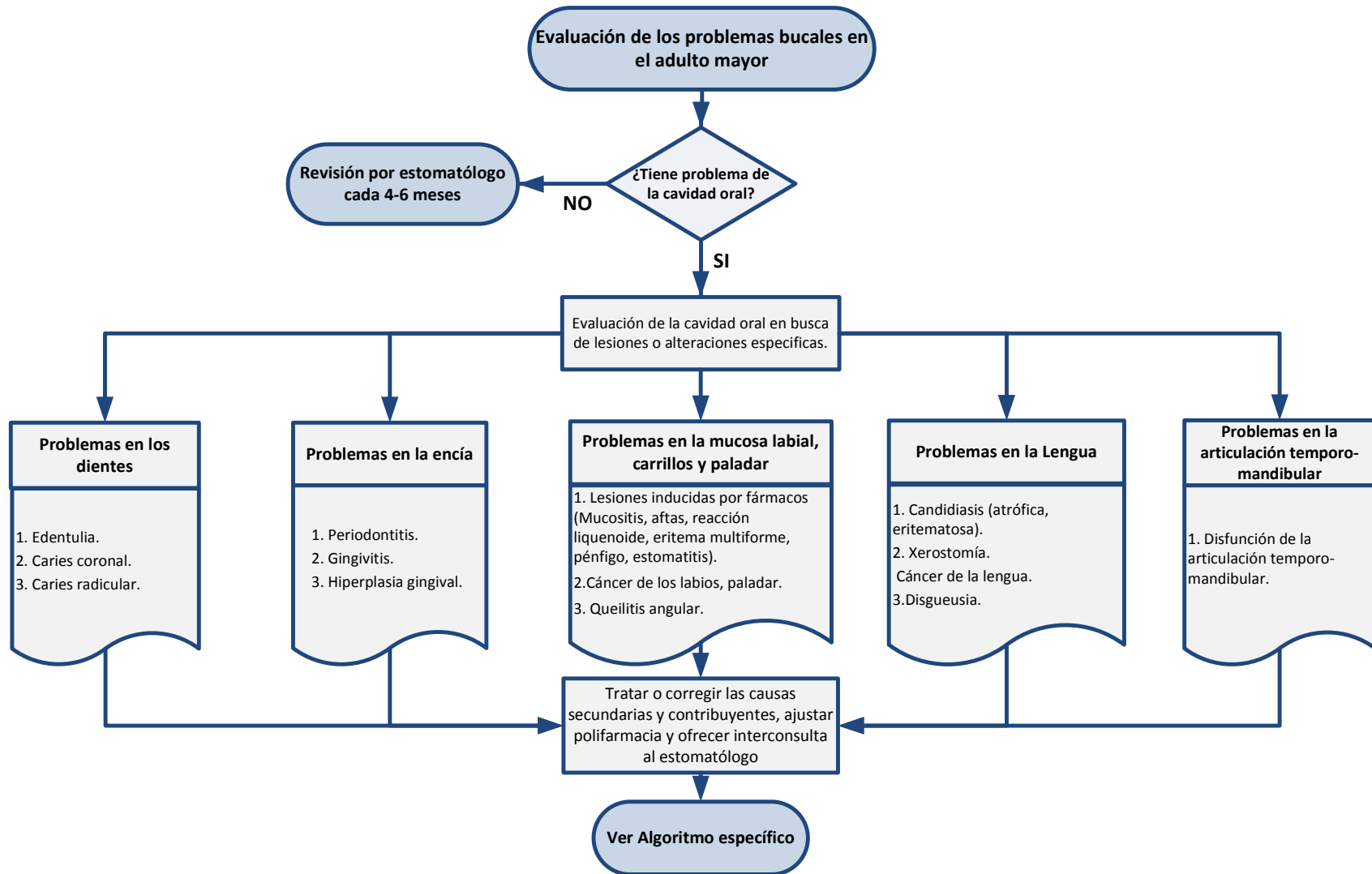
FIGURA 1. LOS EJERCICIOS ISOMÉTRICOS DE LA MANDÍBULA SON ÚTILES EN LOS PACIENTES CON DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR. ÉSTOS EJERCICIOS SE REALIZAN APLICANDO RESISTENCIA CON LA PALMA O CON EL PUÑO.



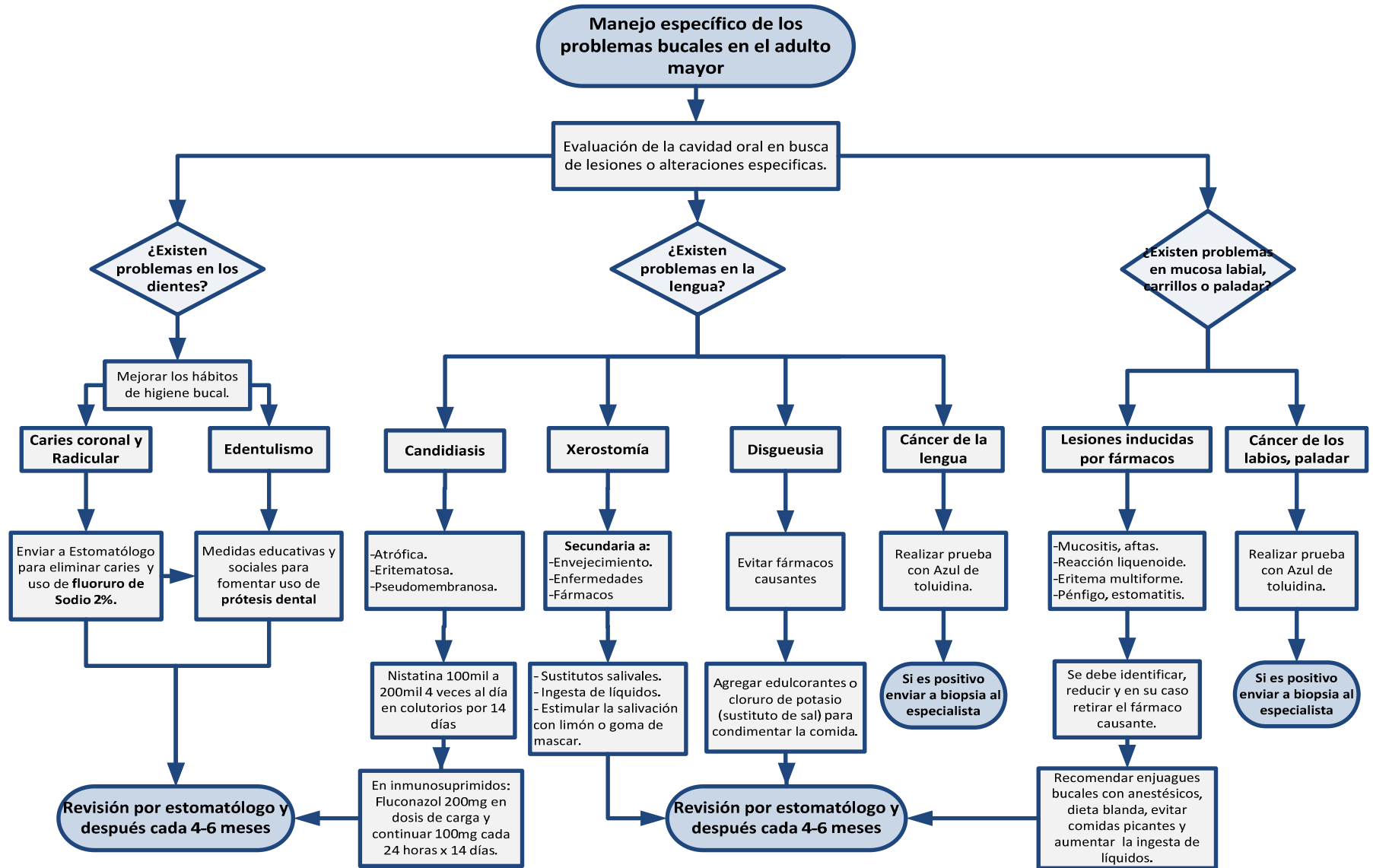
Tomado de: Sheon, RP, Moskowitz, RW, Goldberg, VM. Soft Tissue Rheumatic Pain: Recognition, Management, Prevention, 3rd ed, Williams & Wilkins, Baltimore 1996. Disponible en www.uptodate.com

ALGORITMOS

ALGORITMO 1. EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS BUCALES EN EL ADULTO MAYOR



ALGORITMO 2. MANEJO DE LOS PROBLEMAS BUCALES EN EL ADULTO MAYOR



ALGORITMO 3. MANEJO DE LOS PROBLEMAS BUCALES EN EL ADULTO MAYOR

