

PATOLOGÍA BUCAL

*Javier Bordas Guijarro
M.^a Ángeles Flores Carmona
Mercedes García Moreno
Isabel Ródenas Iruela
Carlos Martínez Manzanares*

Anatomía del diente y la cavidad oral (1)

El diente es un órgano duro, blanco y liso que sirve básicamente para masticar los alimentos. Está constituido macroscópicamente por tres partes: la corona, o porción situada por encima de la encía; la raíz, o porción situada por debajo de la encía, y el cuello, zona de separación entre la corona y la raíz. El esmalte, la dentina y la pulpa son los tejidos dentarios, y la encía es el tejido peridentario blando que se adhiere al cuello de los dientes, toma su forma y texturas definitivas con la erupción de los dientes.

Esmalte

Es el tejido más duro y calcificado del organismo, lo que justifica su acción protectora. Constituye la superficie exterior de la corona y su grosor aumenta a partir del cuello. El esmalte completamente formado está libre de sensaciones dolorosas, ya que carece de vasos y nervios.

Dentina

Constituye el tejido más voluminoso del diente, se encuentra debajo del esmalte y está dispuesta en el diente, desde la corona hasta la raíz. A diferencia del esmalte, la dentina da una respuesta dolorosa ante estímulos físicos y químicos, especialmente si la capa protectora del esmalte se altera.

Pulpa

Es la zona más interna del diente, está formada por un tejido blando conjuntivo, irrigado por vasos sanguíneos e inervado por fibras nerviosas, que al ser extremadamente sensibles pueden originar dolor dental.

Saliva

Secretada por diferentes glándulas salivales, es un líquido alcalino, claro y viscoso. Entre sus funciones principales destacan: humedecer y lubricar los alimentos; arrastrar restos celulares y desechos alimentarios, lo que contribuye a una limpieza de los dientes;

posee una amplia acción bacteriana; amortigua la acción de los ácidos producidos por los microorganismos de la placa dental y, finalmente, contribuye a la remineralización de la superficie del esmalte por su alto contenido en iones de calcio, flúor y fosfato.

Cambios en la boca

La integridad del cuerpo humano es la base para que pueda existir una adecuada funcionalidad del órgano y sistema correspondiente; la boca no es la excepción. El contar con las piezas dentales en buena condición es importante no sólo para la masticación y nutrición, sino que juegan un papel relevante en la estética de la persona, así como en el mecanismo de lenguaje y la calidad de vida. Entre los mayores se calcula que hay 40% de edéntulos, cifra afortunadamente cada día menor gracias a la prevención.

La odontogeriatría no sólo pretende mantener la integridad a través de los tratamientos de reemplazo o sostén, sino que la meta es la prevención mediante el cuidado y limpieza de toda la cavidad bucal y en especial de las piezas dentales, ya que así se mantiene un equilibrio de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales que dan la posibilidad de conservar su función integral de manera adecuada.

El médico debe examinar la boca del anciano cada vez que lo explora, retirando las prótesis dentales móviles. Además, todos los ancianos deben acudir al dentista cada seis meses.

Mucosa

Se observa una atrofia en el dorso de la *lengua* con una disminución en la percepción de sabores —pérdida de papilas gustativas—, siendo el sabor dulce el menos afectado seguido por el salado; a lo que se añade la pérdida de la función olfatoria con la edad, que contribuye a la percepción de los sabores, de aquí que los ancianos tengan cambios en sus hábitos dietéticos. La hipogeusia (disminución de la percepción de los sabores) y la disgeusia (mal sabor persistente) pueden relacionarse con enfermedades sistémicas (neuropatías, trastornos cognitivos, infecciones de

vías respiratorias altas), uso de drogas (anfetaminas y el consumo de ciertos fármacos (antihistamínicos), anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, etc.); sin embargo, la gran mayoría está vinculada con la higiene y el estado general de la boca.

La mucosa gingival, que contiene un tejido colágeno denso con gran cantidad de elastina, permite cierto grado de movimiento, lo cual en el caso del ligamento periodontal da la capacidad de soportar, sin la fractura del mismo, las fuerzas masticatorias. Con el envejecimiento, hace que se ponga rígida por el cambio de tipo de colágena y la pérdida de un gran porcentaje de elastina, favoreciendo fracturas del ligamento, con la consecuente pérdida de piezas dentales. La enfermedad periodontal es causada por la acumulación de placa dentobacteriana que fomenta la destrucción inmunitaria de los tejidos conjuntivos con reacción inflamatoria (gingivitis), llegando a la destrucción del hueso alveolar y del ligamento (periodontitis o enfermedad periodontal), con pérdida de tejido de sostén. La limpieza e higiene con productos comerciales antiplaca son el mejor medio de prevención, aunadas a un adecuado cepillado de los dientes.

Glándulas salivales

La glándula submaxilar presenta mayor cantidad de grasa y tejido conectivo. También el resto de glándulas se atrofian, disminuyendo la excreción salival, y como consecuencia se acidifica el pH oral. Se ha observado la disminución de la cantidad de saliva secretada en relación con padecimientos como diabetes, artritis reumatoide o medicamentos y no propiamente con el envejecimiento.

La saliva contribuye a la integridad, conservación y mantenimiento de los tejidos bucales, lo cual influye factores antibacterianos (particularmente IgG e IgA), lubricantes, remineralizantes, solventes viscosos que permiten captar el sabor y preparar el bolo alimenticio; cualquier trastorno que produce xerostomía debe ser tratado para que el organismo no sufra las consecuencias.

Dientes y tejidos periodontales

Sufren desgaste por bruxismo o por cepillado incorrecto a través del tiempo. La pulpa es menos irrigada, por lo que es más sensible a la isquemia y muerte. Los dientes cambian de coloración a una más oscura, presentan grietas longitudinales del esmalte y son más propensos a la caries coronales. Con la edad, hay más pérdida de hueso alveolar; por ello, las raíces quedan expuestas al medio bucal, siendo más sensibles a la abrasión (pérdida de sustancia ósea por causas externas como el cepillado), atrición (desgaste de la sustancia dental en las superficies oclusales y puntos de contacto) y desmineralización, dando lugar a las caries radiculares. Está indicada una limpieza adecuada, con

enjuagues a base de flúor, eliminación de placa dentobacteriana y de sarro por un especialista cada seis meses.

Huesos y articulaciones

La osteopenia generalizada, la degeneración del cartílago de la articulación temporo-mandibular (ATM), la distensión de cápsula y ligamentos de la ATM, y la disminución de la dimensión vertical del tercio inferior de la cara son algunos ejemplos de los cambios con el proceso de envejecer.

La biopsia de cavidad oral

Es una técnica sencilla y no tiene contraindicaciones, excepto las lesiones vasculares y la posible existencia de una hemorragia. Toda lesión de la mucosa oral que no se resuelve antes de tres semanas, tras eliminación del teórico factor causante (por ej., úlceras por prótesis, aftas, lesión debida a mordedura), debe ser biopsiada para establecer un diagnóstico definitivo.

Enfermedades y lesiones más frecuentes (2)

Xerostomía

La xerostomía que se presenta en los ancianos no es fisiológica, sino, en general, manifestación de una enfermedad o efecto secundario de algún medicamento. La xerostomía favorece el crecimiento bacteriano, dificulta la higiene de prótesis dentales, así como la permanencia de éstas en su sitio; la saliva favorece la formación del bolo alimenticio y degrada en primera instancia varios de los hidratos de carbono de la dieta, lo que provocará meteorismo en caso de existir una disminución de calidad y cantidad.

Las personas ancianas consumen una gran cantidad de medicamentos, entre ellos antihistamínicos, diuréticos, tranquilizantes (benzodiazepínicos, antidepresivos —sobre todo las fenotiacinas—), antihiper-tensivos y anticolinérgicos, como causas de sequedad oral. La xerostomía no sólo es la consecuencia de fármacos, suele ser un síntoma de enfermedades sistémicas como la diabetes, uremia, síndrome de Sjögren, deshidratación, procesos inflamatorios crónicos o fracaso cardíaco. Pueden presentarse ulceraciones, erupciones por contacto, eritema multiforme, cambios de pigmentación, dermatitis y estomatitis exfoliativa, atrofia papilar de lengua, edema y dolor en las glándulas salivales. Se realizará un tratamiento etiológico junto con medidas que pueden ayudar: evitar alimentos secos, alcohol y tabaco, favorecer la higiene bucal y estimular la salivación con limón o goma de mascar. Pueden usarse preparaciones comerciales o caseras de saliva artificial.

Dolor bucofacial (síndrome miodisfuncional doloroso, síndrome de Costen)

El delicado equilibrio que guardan los grupos de músculos en la cara, cabeza, cuello y hasta la cintura escapular es muy vulnerable y pierde su simetría con suma facilidad provocando dolor, en muchas ocasiones intenso. El origen puede ser muy variado: intrabucal (dientes, periodonto, mucosa, hueso, lengua y laringe), extrabucal (ATM, neuralgia del trigémino o posherpética o dolor facial atípico) y sistémico (depresión, artritis reumatoide, osteoartritis, fibromialgia o medicamentos).

La ATM, situada entre la fosa glenoidea del maxilar y la apófisis condilar de la mandíbula, permite el movimiento mandibular. Muchos ancianos sufren molestias dolorosas y dificultad para masticar y con los movimientos mandibulares, otalgia, dolor temporal y cervical, dolor referido a piezas dentarias que están sanas, con chasquidos y crepitación con los movimientos mandibulares debido a trastornos de la ATM. El tratamiento consiste en un dispositivo interoclusal, fisioterapia a corto plazo, modificación conductual, y AINEs (antiinflamatorios no esteroides). La dieta blanda, los relajantes musculares y el calor húmedo pueden ser útiles.

Estomapirosis

Es la sensación urente de la mucosa oral, sin lesiones causantes aparentes. La estomapirosis (síndrome de la boca ardiente) es un trastorno intraoral crónico doloroso de causa poco conocida, más frecuente en las mujeres menopáusicas. La glosopirois (lengua ardiente) es una forma habitual de estomapirosis. Entre la etiología relacionada se encuentran las prótesis dentales mal ajustadas, deficiencias nutricionales de vitaminas del grupo B o ácido fólico, traumatismo local, anomalías gastrointestinales, alergia, hipofunción salivar y diabetes. El diagnóstico es por exclusión. El tratamiento resulta difícil y complejo, siendo los anti-depresivos a dosis bajas una buena opción terapéutica por su importante componente funcional asociado.

Aftas

Las aftas, provenientes en la mayoría de los casos de infecciones virales, causan dolor, dificultad al movimiento de la lengua y de la cinética de la masticación; además, alteran la fonación y la deglución de manera secundaria. La localización frecuente de las aftas es la mucosa labial, el dorso de la lengua y el suelo de la boca; se observa un centro blanco rodeado de un halo hiperémico. Se tratan con soluciones de difenhidramina, tetraciclinas y violeta de genciana, sin olvidar que indirectamente se debe pensar en una infección generalizada por virus del herpes, varicela, coxsackie.

Con frecuencia el problema se vuelve crónico o recidivante.

Lesiones blancas bucales (3)

Las alteraciones del color son las lesiones más características de la mucosa bucal, y dentro de este grupo, las lesiones blancas son las más frecuentes.

Se pueden dividir en dos grandes grupos: las que pueden ser eliminadas con el raspado (ej. candidiasis) y las que no (ej. leucoplasia o líquen). En este segundo grupo el mecanismo puede ser: engrosamiento de la capa superficial de queratina (hiperqueratosis), acantosis epitelial (engrosamiento de la capa de células espinosas) y edema de las células epiteliales.

En los ancianos las más frecuentes son las queratosis *irritativa-reactiva* (leucoplasia), las de base *inmunológica* (líquen plano) y las *infecciosas* (candidiasis pseudomembranosa). Es importante la diferenciación correcta de estas lesiones, ya que el carcinoma de células escamosas bucal puede aparecer también como una lesión blanca.

Lesiones reactivas

Queratosis «friccional»

Es una reacción del epitelio que se protege de un traumatismo de poca intensidad, pero repetido durante períodos prolongados. Estas lesiones se localizan bien en la mucosa alveolar desdentada por el traumatismo de la masticación o por prótesis removibles mucosoportadas, bien en los labios o en la mucosa yugal por algún borde agudo de un diente o por el traumatismo de las muelas del juicio o incluso en la encía por un cepillado excesivamente enérgico. Para diferenciarla de la leucoplasia, se elimina la posible causa de irritación; si desaparece la lesión blanca orienta hacia una queratosis «friccional».

Lesiones blancas relacionadas con el tabaco

a) «Palatitis nicotínica»

Respuesta ante la agresión térmica del humo, la nicotina no juega un papel importante. Es una lesión que aparece en los grandes fumadores, sobre todo de pipa y cigarros puros. Clínicamente observamos un paladar de color blanquecino-grisáceo con un aspecto cuarteado y un punteado rojizo que corresponde a los conductos hipertrofiados de las glándulas salivales inflamadas. No se le considera precancerosa, y si se abandona el hábito, la lesión suele regresar.

b) Leucoedema

Variante de la normalidad, aparece como un velamiento gris de la mucosa yugal (aunque puede exten-

derse a los labios), generalmente bilateral y que desaparece al estirla.

c) Leucoplasia

Es la lesión blanca por excelencia, ya que sirve de referencia en el diagnóstico diferencial por su carácter precanceroso. Se define como «una lesión predominantemente blanca de la mucosa oral que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión definible». Enfermedad multifactorial donde el tabaco es el factor etiológico más importante, le sigue en frecuencia el alcohol, y, por último, otros como factores irritativos o friccionales, sobreinfecciones de *Cándida*, enfermedades sistémicas (sífilis, anemia de Plummer-Vinson). Clínicamente se encuentran: la homogénea (95%), —lesión blanca y uniforme de consistencia firme, poco espesor, superficie lisa o arrugada y que a veces presenta surcos poco profundos como la «tierra seca y resquebrajada», malignizan en un 2%; la no homogénea (malignizan en un 26%) pueden ser moteadas (4%) —presentan en su superficie áreas blancas interpuestas con otras atróficas erosivas, lo que le confiere el aspecto moteado o nodular que las define— o bien verrugosas (1%) —aspecto de coliflor con proyecciones dactiliformes y con un carácter más exofítico que el resto de las leucoplasias—. Aunque se localizan en cualquier zona de la boca, los lugares por orden de frecuencia son la mucosa yugal (sobre todo la zona retrocomisural), encía, lengua, labios, suelo de la boca y paladar. La sintomatología es anodina y escasa (escozor, sensación de tirantez). El diagnóstico es clínico y se confirma histológicamente: leucoplasia con/sin displasia epitelial (con displasia en un 10-25%). El tratamiento consiste en: 1. Eliminar los factores etiológicos. 2. Realización de biopsia (o varias): si se trata de una leucoplasia sin displasia: insistir en la erradicación de los factores etiológicos y en seis meses revisión, si no ha mejorado, exéresis con criocirugía o láser CO₂; si se trata de una leucoplasia con displasia: exéresis quirúrgica; si la biopsia nos indica la presencia de *Cándida* utilizamos antifúngicos durante dos-tres semanas previa a la cirugía.

Queilitis actínica

Frecuente alteración de la mucosa labial (generalmente la inferior) debida a la exposición habitual y prolongada a la luz solar. Lesión precancerosa, con mucosa pálida, atrófica y brillante con unos límites mal definidos. En casos avanzados se pueden producir erosiones, fisuras, costras y placas, y puede transformarse en un carcinoma de células escamosas. Como prevención se deben utilizar lápices protectores labiales, y se deben vigilar las lesiones instauradas, y ante cualquier señal de malignización deben ser eliminadas.

Lesiones infecciosas

Candidiasis (4, 5)

La *Cándida albicans* es un germen comensal del área orofaríngea. Su transformación en agente patógeno depende de factores locales o generales como la depresión de la inmunidad celular (VIH —virus inmunodeficiencia humana—, tratamientos quimioterápicos, corticoideo inhalado o sistémico), por interferencia con la flora normal microbiana por el abuso de antibióticos, por la malnutrición (deprime la inmunidad); evaluados con el número de linfocitos totales: menos de 1.200/microlitro, carencias del grupo vitamínico B, de hierro, del cinc. Otros factores locales, como la xerostomía (fisiológica agravada con la medicamentosa: psicotropos, anticolinérgicos) o las prótesis removibles inadecuadas (en el 78% se producen crecimientos positivos de *Cándida albicans*, sin signos clínicos de estomatitis protésicas), incluso el hecho de portar la prótesis, ya que es un importante reservorio de *Cándida* (el 38% de los pacientes que utilizaban prótesis totales o parciales presentaban una candidiasis orofaríngea). El grupo de ancianos de riesgo más importante se encuentra en las residencias. Las cifras de incidencia de candidiasis orofaríngea varían entre un 30-70%. La candidiasis oral se manifiesta por malestar, que el anciano puede referir como sequedad de boca, dolor o sensación urente en la lengua. Las formas crónicas pueden provocar la resorción de las encías y una desadaptación de las prótesis dentales. Estas manifestaciones locales producen dificultades para alimentarse, que son responsables, sobre todo en personas de edad avanzada, de desnutrición, deshidratación y alteración del estado general. En casos extremos, la candidiasis puede diseminarse por vía sanguínea en los pacientes más débiles, en particular inmunodeprimidos, con un pronóstico muy desfavorable.

Las dos formas de presentación con lesiones blancas son: candidiosis pseudomembranosa y la hiperplásica. La candidiosis aguda o crónica pseudomembranosa (muguet) se presenta con grumos blanquecinos, pequeños, redondeados, que tienden a confluir, y se desprenden fácilmente al raspado dejando un área rojiza. La hiperplásica es poco frecuente, sobre todo en VIH+. Ambas lesiones responden bien al tratamiento tópico o sistémico con antifúngicos (sobre todo el flucanazol durante dos semanas, pudiendo aparecer recidivas posteriormente; en caso de xerostomía asociada, el clotrimazol sería el más indicado), siempre que previamente se solucionen los factores facilitadores de la infección (y se trate conjuntamente la prótesis). El estudio micológico debe reservarse para las formas resistentes a tratamiento o bien para el diagnóstico diferencial.

Las otras formas de presentación de candidiasis oral son la atrófica aguda —lengua de color rojo intenso, brillante y repapilada—, y la queilitis angular (perleche) —lesiones leucoplásicas y erosivas en las comi-

suras labiales—. Ambas aumentan su incidencia en ancianos portadores de prótesis.

Papilomas bucales

Aparecen como lesiones —asociadas a la infección por papilomavirus humano— exofíticas hiperplásicas epiteliales con un color blanco o rosado, y múltiples proyecciones superficiales. La localización más frecuente es en la mucosa masticatoria del paladar y lengua. El tratamiento es quirúrgico.

Lesiones inmunitarias

Liquen plano

Es una enfermedad inflamatoria mucocutánea crónica de etiología desconocida que representa una respuesta inmune mediada por células, respecto a determinados cambios antigénicos inducidos en el epitelio de la piel y mucosas. Proceso frecuente (0,2-2% de la población), sobre todo en mujeres posmenopáusicas, con una evolución crónica y de presentación en brotes. La localización más frecuente es en la mucosa yugal, en zonas posteriores de forma bilateral y simétrica. Tiene dos tipos de presentación:

a) Liquen blanco

Conjunto de líneas blancas (estrías de Wickham) y que dibujan una red o retículo que se puede comparar a las hojas de helecho. Es asintomático, suele ser un hallazgo casual, parece no malignizar, y no responde a corticoides; por tanto, control periódico es el mejor procedimiento a seguir.

b) Liquen rojo

Lesiones atrófico-erosivas que, en la mayoría de los casos, coexisten con lesiones blancas. Es sintomático (sensación urente o dolor), aparece por reactivación a brotes de un liquen plano silente, puede malignizar, en un 0,1-10% de los casos, a un carcinoma de células escamosas, sobre todo en la lengua. Asocia en algunas ocasiones, hepatopatía, diabetes, enfermedades intestinales crónicas, etc. El tratamiento es a base de corticoides (tópica, sistémica o perilesional). En el caso que haya una relación directa con fármacos (sales de oro, AINEs) se denomina reacción liquenoide, y es indistinguible del liquen.

Se recomienda hacer biopsias para su diagnóstico diferencial.

Hiperplasia de la mucosa de aspecto tumoral (2)

Diapneusia

De aspecto sésil en las zonas de la arcada en las que falta una pieza dentaria.

Granuloma telangiectásico, piógeno o botriomicoma

Masa rojiza que suele sangrar, más frecuente en labios y paladar blando.

Épulis

Lesiones sobre la encía causadas por factores irritativos crónicos, habitualmente por prótesis mal ajustadas.

Precáncer oral (6)

La lesión precancerosa es un tejido de morfología alterada, más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal. Son lesiones precancerosas: la leucoplasia, la eritroplasia, la queilitis actínica, el lupus eritematoso y el liquen plano.

Leucoplasia, queilitis actínica, liquen plano

Ver lesiones blancas.

Eritroplasia

Es una placa aterciopelada de color rojo intenso, que no se puede caracterizar clínica ni patológicamente como atribuible a ningún otro estado. Su prevalencia es desconocida, menos frecuente que la leucoplasia. Etiología desconocida. Se localiza sobre todo en el suelo de la boca, cara ventral de la lengua y paladar blando. Presenta un poder de malignización mayor que la leucoplasia, y en el 90% de los casos aparecen imágenes displásicas. Por tanto, se considera como carcinoma in situ y como tal debe tratarse y seguirse.

Otros

- a) Disfagia sideropénica (o síndrome de Plummer-Vinson): —disfagia y anemia ferropénica— asocia queilitis comisural, mucosa atrófica, labios delgados, lengua dolorosa, roja y depapilada; mayor predisposición al cáncer de vías respiratorias y digestivas altas.
- b) Sífilis (formas terciarias): «*Esclerosis sífilítica*» induraciones irregulares más o menos dolorosas, no ulceradas con un patrón de surcos asimétricos, localizadas en la lengua, primero edematosa, después atrófica.
- c) Lupus eritematoso discoide: enfermedad mucocutánea que afecta a la boca en un 15-25% de los casos; las manifestaciones orales pueden preceder a las cutáneas e incluso ser la única manifestación; se localizan con mayor frecuencia en el labio —*LABIO LÚPICO*—, lesiones con zonas de hiperqueratosis y áreas atróficas, o bien como lesiones discoides atípicas en forma de estrías blancas de formas capri-

chosas en el borde rojo; riesgo de malignización entre el 0,4 y el 4,2%.

Cáncer bucal (1)

Incidencia

Aunque en nuestro medio suele representar sólo el 5% de los tumores malignos, su incidencia en el anciano es superior; la edad media de presentación es en la sexta década de la vida. El consumo de alcohol y tabaco son los mayores factores de riesgo para el cáncer oral; otros factores son la edad y las lesiones preneoplásicas y las producidas por papilomavirus humano.

Tipo y localización

Más del 90% son epidermoides o espinocelulares. Las localizaciones más frecuentes son el labio y la lengua, seguidos a distancia por el suelo de la boca, encías y paladar.

Formas clínicas

Pueden ser ulcerosa (bordes duros y piel infiltrada), exofítica o vegetante y mixta. La existencia de adenopatías cervicales orienta el diagnóstico.

Pronóstico

El cáncer oral incrementa el riesgo de un segundo cáncer primario (de la boca, la faringe, la laringe, el esófago o los pulmones) hasta en un 33%. Dependerá del momento del diagnóstico y de la localización. Los localizados en el labio son de mejor pronóstico, porque metastatizan lentamente, en cambio los de la lengua y los del suelo de la boca metastatizan precozmente. Las metástasis se producen por diseminación hematogena a los pulmones, los huesos o el hígado.

Prevención y diagnóstico precoz

Incide sobre una serie de factores predisponentes: alcohol, tabaco, dieta pobre en vitaminas y minerales, higiene dental y dentaduras defectuosas. Evaluación selectiva anual de cabeza, cuello y boca.

Tratamiento

Se valorarán las posibilidades de cirugía, radioterapia y quimioterapia.

Higiene orodentoprotésica (7-12)

Placa bacteriana

Después de una correcta limpieza de los dientes, empiezan a depositarse una capa de mucoproteínas

salivares sobre la superficie dentaria, la cual se verá incrementada conforme pasan las horas y, posteriormente, colonizada por bacterias de las que componen el ecosistema oral. Estas mismas bacterias serán las que mediante productos derivados de su metabolismo, principalmente los glucanos obtenidos por éstas a partir de la sacarosa, faciliten su propia adhesión y ayuden a la formación de la matriz que permitirá la acumulación de más bacterias, y así sucesivamente. Si a todo ello se van acumulando micropartículas procedentes de los alimentos, llegaremos a obtener lo que se denomina *placa bacteriana* visible o materia alba. Esta misma placa actuará como «reservorio» de colonias bacterianas, así como de levaduras y hongos que componen nuestro ecosistema oral. Los ácidos derivados del metabolismo de ciertas bacterias son los que producen descensos del pH que llegan a afectar a la estructura dentaria (ya sea esmalte, dentina o cemento) causando desmineralización, reblandecimiento y, por lo tanto, pérdida de estructura, que es lo que conocemos como caries. De igual forma, las toxinas y ácidos producidos crean una irritación de los tejidos blandos que rodean el diente, produciéndose una reacción inflamatoria que conocemos como gingivitis, que, de no remediarse, puede llegar en fases avanzadas a una periodontitis, viéndose comprometido ya el sistema de soporte del diente. Por último, el sarro (tártaro o cálculo dental) se forma dentro de la placa bacteriana por acumulación de sales inorgánicas, mayoritariamente de calcio y fósforo. Únicamente se puede eliminar por la limpieza de un profesional dentista.

Aquellas personas portadoras de prótesis, completas o parciales removibles, no están exentas de estos problemas anteriormente descritos. En los portadores de prótesis completas, también se adhieren las proteínas salivares y posteriormente se ven colonizadas por bacterias y levaduras, formándose la placa bacteriana, ésta produce toxinas que pueden irritar los tejidos blandos: palatitis o estomatitis protésica. En los portadores de prótesis parciales removibles, aparte de lo anteriormente descrito, pueden aparecer caries en los dientes naturales que nos sirven de retención para la estabilidad de la prótesis.

Por tanto, la higiene dental es fundamental, tanto de los dientes naturales remanentes como de los repuestos. *Nunca es tarde para realizar una adecuada prevención mediante un correcto control de la placa bacteriana, tanto mecánico, como químico, y que el hecho de ser anciano, portar una prótesis parcial o completa no es excluyente de estos objetivos.*

Consejos sobre hábitos de higiene dental

1. Visitar una vez al año al odontólogo para que realice una revisión e higiene bucal completa.

2. Recomendar una dieta equilibrada. Se debe evitar la ingestión de alimentos ricos en azúcares refinados (sobre todo entre horas) y el consumo de tabaco y alcohol.
3. Cepillar los dientes después de cada comida, o como mínimo, antes de acostarse, abarcando todas las superficies dentales y durante un tiempo no inferior a tres minutos.
4. Recomendar el cepillo dental más adecuado a cada caso y su renovación cada tres meses, o antes, si éste se deteriora (cerdas deformadas).
5. Para comprobar que los dientes están limpios, puede usar una pastilla o solución reveladora (estos líquidos o tabletas están hechos de fibras vegetales inocuas que tiñen temporalmente la placa dental). Masticar la tableta hasta que se disuelva y enjuagarse con agua. Mirar ahora los dientes en un espejo. Las áreas teñidas indicarán sitios donde aún hay placa dental. Estas áreas precisan probablemente atención especial durante el cepillado. Cepillar las áreas teñidas hasta que la tinción desaparezca.
6. Asesorar sobre el dentífrico (mejor si es fluorado) más conveniente para que refuerce el esmalte dental. Asimismo, recomendar el uso de la seda dental, cepillos interproximales y colutorios para lograr una correcta higiene bucodental.
9. Las prótesis removibles deben extraerse y limpiarse con un cepillo y productos especiales para ello dos veces al día, como mínimo.
10. Preferentemente por la noche, la dentadura cepillada se sumergirá de 15 a 30 minutos en una solución limpiadora (comprimidos limpiadores) para evitar la proliferación de placa bacteriana y demás infecciones bucales; además, estas soluciones limpiadoras blanquean y eliminan restos de alimentos. Al sacar la dentadura de la solución limpiadora, debe cepillarse de nuevo y enjuagarse, antes de volver a ser utilizada.

Cuidados de la boca del paciente anciano terminal (13)

En el enfermo terminal hay una alteración de las propiedades de la boca provocadas por diferentes causas y que dan lugar a numerosos problemas, de los que cabe destacar por su elevada frecuencia la sequedad de boca (60-70% según nuestra experiencia).

Objetivos

Prevención del dolor de boca; mantener mucosa y labios húmedos, limpios, suaves e intactos haciendo prevención de infecciones y promocionando así el confort; eliminar la placa bacteriana y restos alimentarios para evitar la halitosis, procurando no perjudicar la mucosa; evitar preocupaciones y molestias innecesarias y el aislamiento social.

Recomendaciones

Consejos para el uso de prótesis dentales

1. Paciencia para acostumbrarse a la prótesis, pues al principio puede producir dolor, masticación difícil, hipersalivación o dificultad al hablar.
2. Los primeros días es mejor ingerir alimentos líquidos y semisólidos y pasar paulatinamente a los sólidos (primero en trozos no demasiado grandes), masticando lentamente, no sólo para digerir mejor, sino también para habituarse más fácilmente a la prótesis.
3. Practicar delante de un espejo aquellas palabras que más cuestan al principio.
4. Si la prótesis dental molesta o duele, hay que remitirlo al odontólogo.
5. Dado que los ancianos suelen tener la movilidad reducida, es recomendable que al retirar la dentadura postiza lo hagan encima de un cojín para evitar caídas y la consiguiente rotura.
6. No coger la dentadura postiza por los dos extremos a la vez, ya que podría romperse. No sumergir ni en agua caliente ni en recipientes metálicos que contengan lejía.
7. Las prótesis parciales deben colocarse en la boca con ayuda de los dedos, nunca deben apretarse con los dientes.
8. Todas las prótesis dentales removibles deben retirarse por la noche.
1. Cepillo infantil suave, tanto para los dientes como para la lengua. Es el utensilio más eficaz incluso en enfermos inconscientes.
2. Torunda o el dedo índice protegido con guante o gasa. Es menos efectivo para eliminar la placa, pero puede ser más cómodo y de ayuda para la humidificación y ante signos de sangrado.
3. Masticar piña o chicle sin azúcar.
4. Para la higiene de después de las comidas, cepillado y enjuague normal.
5. Para la humidificación, pequeños sorbos de agua, zumos de fruta con cubitos de hielo, manzanilla con limón (anestésico local y estimulante de la saliva, respectivamente) y/o salivas artificiales a base de metilcelulosa, esencia de limón y agua (fácilmente preparables por cualquier farmacéutico). Cabe utilizarlos con frecuencia, cada dos-cuatro horas. Una solución base de vaselina líquida, limón, manzanilla y hielo es útil y eficaz en estados más terminales o agónicos, pues la vaselina puede ser desagradable por su viscosidad.
6. Para eliminar el sarro, utilizar el peróxido de hidrógeno diluido (excepto en estomatitis), perborato sódico que no puede ser tragado, solu-

ción de bicarbonato sódico, muy efectivo pero de gusto desagradable (no puede ser utilizado en tratamientos antifúngicos) o el empleo de soluciones de vitamina C.

7. Como antiséptico inhibiendo la formación de la placa bacteriana, usar solución de clorhexidina 0,2%, o yodo solución acuosa diluido en pequeñas cantidades cada 12 horas (aunque suele ser desagradable).
8. El uso de anestésicos locales sobre úlceras dolorosas antes de cada comida, como la xilocaína (lidocaína) o topicaína en vaporizador.
9. El diagnóstico y la detección precoz de la candidiasis oral y la utilización de solución de nistatina cada cuatro horas — 1 cucharada, enjuagar y escupir, y otra cucharada, enjuagar y tragar— y algunas veces, ketoconazol por vía oral. Hay que recordar que aunque los síntomas desaparecen a los siete días, es necesario continuar el tratamiento durante 14 días. El yogur natural es eficaz y barato.
10. Cuidados especiales de la prótesis dental, que favorece las infecciones. En caso de candidiasis hay que sumergirla cada noche en solución de hipoclorito al 1% si no hay metal, o en solución de nistatina.
11. Gargarismos de povidona yodada al 7,5% en los casos de halitosis por boca séptica y/o neoplasia oral.

En resumen, la comunicación, el bienestar y la satisfacción de comer dependen en parte de una buena higiene bucal; por tanto, ésta es fundamental para el anciano sano, e imprescindible para el anciano «frágil», paciente geriátrico o paciente anciano terminal.

Bibliografía

1. Trastornos dentales y orales. En: Beers MH, Berkow R, editores. Manual Merck de Geriatria. 2.^a edición. Madrid: Harcourt; 2001. p. 1013-30.
2. Ruipérez Cantera I, Sepúlveda Moya D. Aparato digestivo: boca y dientes, esófago, estómago, intestino delgado. Enfermedades del colon. Enfermedades del hígado, vías biliares y páncreas. En: Guillén F, Díaz de la Peña J, Ruipérez I. Salgado Alba Manual de Geriatria; Barcelona: Masson editores, 2000; 381-97.
3. Cerero Lapedra R, Aguirre Urizar JM, Martínez-Conde R. Lesiones blancas bucales en el paciente geriátrico. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33 (NM2): 41-7.
4. Ortolá Siscar JC, Almerich Silla JM. Cándida albicans en usuarios de prótesis dentales removibles: una aproximación al diagnóstico. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33 (NM2):15-18.
5. Broker P, Bourée P, Rekeneire de N. Prevalencia de candidiasis orofaríngea en geriatría. Estudio nacional multicéntrico. Año Gerontológico 2000; Vol 14: 59-76.
6. Blanco Carrión A, Velasco Ortega E, López López J, Gándara Rey JM. Precáncer oral en el paciente anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33 (NM2): 33-40.
7. Caballero García FJ, Caballero García JC, Ortolá Siscar JC. Higiene de las prótesis dentales removibles del anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33 (NM2): 25-31.
8. Viñals H, Sabater M. La prevención de la caries dental desde la Atención Primaria. Formación Médica Continuada. AP 1994; 1 (9): 521-3.
9. Cronin MJ, Dembling WZ, Low MA, Jacobs DM, Weber DA. A comparative clinical investigation of a novel toothbrush designed to enhance plaque removal efficacy. Am J Dent 2000; 13: 21A-26A.
10. Cronin MJ, Dembling WZ, Jacobs DM, Low MA, Warren PR. A comparative single-use clinical study of the efficacy of two manual toothbrushes with angled bristles. Am J Dent 2001; 14 (5): 263-6.
11. Haffajee AD, Smith C, Torresyap G, Thompson M, Guerrero D, Socransky SS. Efficacy of manual and powered toothbrushes (I). Effect on clinical parameters. J Clin Periodontol 2001; 28 (10): 937-46.
12. Haffajee AD, Thompson M, Torresyap G, Guerrero D, Socransky SS. Efficacy of manual and powered toothbrushes (II). Effect on microbiological parameters. J Clin Periodontol 2001; 28 (10): 947-54.
13. Sanz Ortiz, J. Principios y Práctica de los Cuidados Paliativos. Med Clin (Bar) 1989; 92: 143-5.