

Caries en el adulto mayor, un reto para la odontología

Autores: Dr. Esteban Alberto Williams Vergara y Dra. María de Lourdes Montaña Pérez

Profesores de clínica integral en la Facultad de Odontología de Mexicali de la Universidad Autónoma de Baja California.

La caries dental figura entre las más significativas de las enfermedades humanas debido simplemente a la frecuencia de su aparición. Se estima que 95% de la población mundial mayor de 25 años se ve afectado por la caries.¹

En México, el envejecimiento de la población se ha producido a gran velocidad; el promedio de vida en nuestro país se ha incrementado a 74.6 años. Estadísticas recientes indican que en el año 2000, 6.8% de la población correspondía a adultos mayores.² De acuerdo con las proyecciones se espera que para el año 2050 la proporción aumente a 28%,³ por lo que en tan sólo 50 años nuestro país llegará a los niveles de envejecimiento que las naciones europeas han alcanzado en más de 2 000 años.⁴

Por esta razón, en México los odontólogos y el sector salud en general deben preparar estrategias para dar respuesta a las necesidades médicas que este sector de la población demandará a corto plazo. En el área odontológica, los reportes indican que la prevalencia de las enfermedades bucales en el adulto mayor no están documentadas, ya que la mayoría de la información epidemiológica de salud bucodental existente se ha concretado a evaluar solamente a la población escolar de primarias de los grandes centros urbanos del país.

Frente a este inmenso problema es importante resaltar la importancia de los datos que reflejan los indicadores socioeconómicos y epidemiológicos para tener una idea lo más clara y cercana a la realidad del estado de salud de los grupos etáreos, niños, adultos y tercera edad.⁵ En otras palabras, el estado de salud de los individuos que conforman una sociedad es una resultante directa de su propia organización y estructuración socioeconómica y cultural.⁶

Según la clasificación internacional emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), México se encuentra entre los países que presentan frecuencias elevadas de enfermedades bucales, entre ellas, la caries dental, que afecta a más de 90% de la población mexicana. Por su alta morbilidad se considera una de las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que trae como consecuencia la necesidad de grandes gastos económicos que van más allá de la capacidad del sistema de salud y de la economía de la población.⁷

Por lo anterior, es necesario apelar a todas las fuentes posibles de información para documentar la prevalencia y la incidencia de las enfermedades bucodentales epidemiológicamente importantes y poder ofrecer soluciones oportunas.

Caries dental

La caries es un proceso infeccioso en el que varios microorganismos de la placa dentobacteriana como *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus acidophilus* producen ácidos que atacan principalmente el componente inorgánico del esmalte dental y provocan su desmineralización. De no ser revertido este fenómeno a través de la remineralización, propicia la pérdida de sustancia dentaria, que trae consigo la formación de cavidades en los dientes. En este proceso también influye la resistencia propia del esmalte al ataque de los ácidos, así como la higiene bucal que el individuo mantenga.⁸

Regularmente el proceso de la caries inicia en el esmalte de la corona de los dientes y cuando existe migración gingival el proceso carioso puede establecerse también en la porción radicular e invadir el cemento dentario y, posteriormente, la dentina radicular.

Anteriormente se suponía que la caries era un proceso que se presentaba en la infancia y que a lo largo de los años su ataque iba disminuyendo, sin embargo, estudios recientes muestran que el proceso de caries continúa hasta la vejez.⁹

La caries se define como un padecimiento multifactorial, en el que para iniciar el proceso de la enfermedad se establece la intervención simultánea de tres grupos de factores: microbianos, del sustrato y elementos propios del sujeto afectado.¹⁰ Sin embargo, existen otros factores que aumentan el riesgo de caries y es importante considerarlos:

Xerostomía

La xerostomía es una condición que se presenta como resultado del uso de medicamentos, como antihipertensivos, tranquilizantes, diuréticos, entre otros, que causan boca seca. También se manifiesta en pacientes que han sido expuestos a tratamientos con radioterapia en la región de las glándulas salivales por un cáncer de cabeza y cuello o como consecuencia de algunos padecimientos crónicos que conllevan a que el individuo sea respirador bucal, condición

que igualmente favorece la resequeadad de la cavidad oral y con ello la aparición de lesiones cariosas.¹¹ Se ha observado disminución del flujo salival y de la capacidad amortiguadora de la saliva en ancianos enfermos.¹²

Esta disminución de flujo salival afecta negativamente a la neutralización de la baja de pH provocada por el metabolismo bacteriano de la placa, impide el efecto mecánico de arrastre y, por último, reduce considerablemente el aporte de inmunoglobulinas salivares, todo lo cual favorece la aparición y progresión de caries radicular.

Tabaco/alcohol

El tabaquismo, que favorece alteraciones en el tejido de soporte del diente y, como consecuencia, ocasiona migración gingival y con ello exposición de los cuellos de los dientes, incrementa el riesgo de formación de caries radiculares. Por otra parte, el tabaquismo tiende a reducir el flujo salival,¹³ factor que aumenta el riesgo de caries.

En México, el uso de bebidas alcohólicas es una práctica arraigada en la cultura y su origen se remonta al periodo prehispánico. El alcohol estuvo vinculado a actividades religiosas, económicas, sociales y políticas de los pueblos que habitaron nuestro país. El alcohol que se consume proviene de jugos fermentados, entre los que se encuentran las bebidas fermentadas y las bebidas destiladas, que se obtienen al transformar el azúcar en alcohol; su producto final tiene azúcares simples en diversas proporciones. El aporte energético varía en función del grado de alcohol y de los azúcares que contienen (poseen un alto grado de carbohidratos), pero su afección a nivel nutricional se da en la mala absorción y en la baja ingesta de alimentos. Es notable la baja de vitamina A, la cual está ligada al mantenimiento de las mucosas y del epitelio, lo que provoca una susceptibilidad a la irritación. Además, los carbohidratos son la principal fuente de energía de las bacterias bucales causantes de caries, específicamente las que están directamente involucradas en el descenso del pH.¹⁴

Dieta

Los hábitos alimentarios de las personas de la tercera edad suelen ser inadecuados porque se adquirieron en épocas de la vida en las que las demandas de energía eran muy superiores a las que tienen en la actualidad. Además, el metabolismo se torna más lento con los años, lo que tam- ▶

Clendix[®]

Clindamicina

Un antimicrobiano de **alta eficacia** en el tratamiento de infecciones **orales y maxilofaciales**



Amplio espectro antimicrobiano

Potencia bactericida contra patógenos aerobios, anaerobios y productores de betalactamasas



Alta penetración en los tejidos

Concentraciones elevadas en saliva, fluido crevicular y hueso maxilar



Tratamiento de primera elección

En pacientes alérgicos a la penicilina

Presentación Ideal:

21

caja con
cápsulas



- Tratamiento completo
- Menor costo de la terapia

Eficacia clínicamente comprobada en:

- Profilaxis antibiótica
- Absceso periodontal
- Absceso dento-alveolar
- Pericoronitis
- Celulitis
- Infecciones postoperatorias
- Infección sinusal crónica
- Infección bacteriana de glándulas salivales



bién contribuye a que la carga energética normal en otras edades sea excesiva en edades avanzadas.

Dado que las necesidades de proteínas, vitaminas y minerales siguen siendo las mismas, lo que deben reducir es la ingestión de hidratos de carbono y, en particular, la de grasas, dulces y toda clase de frituras. El menor consumo de estos últimos alimentos no sólo les brinda la posibilidad de mantenerse libres de un tejido adiposo excesivo, sino también de evitar la ulterior degradación de las arterias, caries dental y radicular, entre otros padecimientos.¹⁵

Otras enfermedades

La presencia de enfermedades demenciales aumenta a más del doble el riesgo de formación de lesiones cariosas. Padecimientos crónicos, que producen deterioro en la habilidad cerebral y motriz del paciente para efectuar su higiene bucal,¹⁶ son también un factor de riesgo para desarrollar caries en el adulto mayor.

En este artículo pretendemos llamar la atención sobre el cuidado de los dientes en el adulto mayor, con especial énfasis en la problemática que representan las caries de raíz.

Caries radicular

La caries es una enfermedad dentaria primaria, sin embargo, la radicular es secundaria a la exposición bucal del cemento por retracción gingival fisiológica, senil o por enfermedad periodontal. La caries radicular es la más frecuente en el anciano¹⁷ y será un reto muy grande en el futuro tanto para los pacientes como para los odontólogos. Hay grandes evidencias de que la caries impacta la salud endocrina, cardiovascular y pulmonar, particularmente en personas frágiles, lo que provocará que este grupo poblacional busque atención dental.¹⁸

Al igual que la caries coronaria, la radicular depende de factores ya conocidos: el diente (en este caso la raíz), la flora bacteriana, la dieta y el factor tiempo. Una vez expuesta la superficie radicular al medio oral, es el cemento el que entra directamente en contacto con la saliva y todos sus contenidos. Este cemento tiene una superficie muy rugosa y su alto contenido en fibras de colágeno que se deterioran al quedar al descubierto deja abiertas múltiples puertas para el anidamiento de bacterias. Si a todo esto añadimos la cada vez más deficiente higiene oral con el paso de los años, se facilita la presentación de lesiones de caries en la

superficie radicular. Tampoco hay que olvidar que tanto el cemento como la dentina, al estar menos mineralizados que el esmalte, tienen un pH crítico más elevado (6.0-6.5) y su desmineralización se inicia más precozmente (con componentes de la dieta no tan refinados como los monosacáridos y disacáridos).

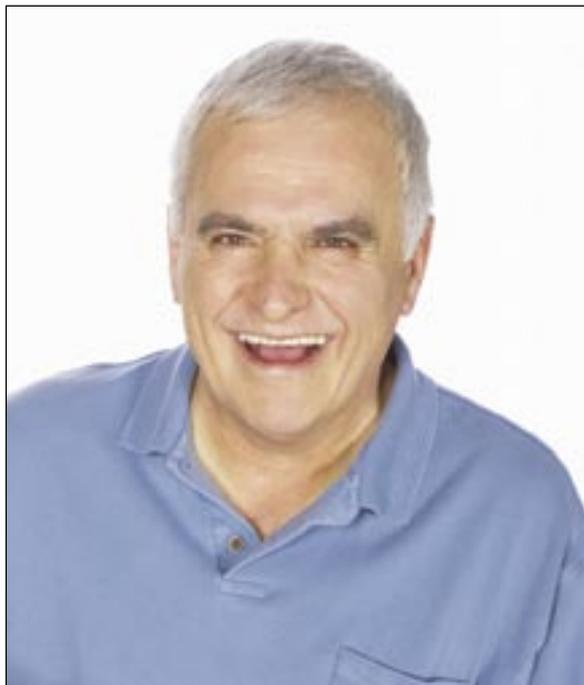
Desde el punto de vista microbiológico, sabemos que en la década de los setenta se responsabilizaba a unas bacterias filamentosas Gram positivas del género *Actinomyces* (*naeslundii* y *viscosus*) de ser las causantes de este tipo de caries. Unos años más tarde, el primero en demostrar la posible relación entre *Streptococcus mutans* y caries radicular fue Syed, en 1975. Pero también se han realizado trabajos que no han podido vincular de forma clara la prevalencia de caries radiculares y la presencia de *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus*, *Actinomyces viscosus*, *noeslundii* y *veillonella*, aunque sí se detectó una mayor predisposición al desarrollo de esta caries en aquellos sujetos con presencia de *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus*.

Posteriormente, se realizaron numerosos estudios al respecto y la mayoría de ellos concluyeron que hay una estrecha relación entre niveles elevados de *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus* en saliva y la prevalencia de caries radicular. Recientemente, en estudios de lesiones radiculares mediante siembras de material obtenido a partir de dentina careada se pudo apreciar que en aquellas lesiones consideradas como blandas o activas había recuentos de bacterias significativamente superiores que las lesiones duras o inactivas. En este caso, las bacterias predominantes eran *Streptococcus mutans*, seguidos de *Lactobacillus* y formas filamentosas Gram positivas. Este mismo estudio señalaba que aquellas lesiones más caviladas y las situadas a menos de 1 mm del margen gingival eran las que contenían mayor número de *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus* y levaduras.

Son muy numerosos los estudios que avalan el hecho de que la combinación de los cultivos positivos de *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus* están directamente relacionados con la prevalencia de caries radicular. Cabe destacar que en aquellas lesiones consideradas como inactivas, la flora bacteriana no difiere de la localizada en las superficies radiculares sanas.

Para terminar, diremos que actualmente existe un acuerdo entre los principales investigadores en el tema de

la existencia de unos microorganismos que actúan como iniciadores de la lesión (*Streptococcus mutans*, *Lactobacillus* y *Streptococcus mitis* 1) y otros que actuarían como continuadores o secundarios (*Actinomyces*).



Conclusiones

El incremento en la población de la tercera edad tiene implicaciones sociales importantes, y las sociedades actuales se preocupan por alcanzar la meta de una vejez saludable; la salud bucal en las personas de la tercera edad tiene impacto en su salud general.

La atención bucal para el anciano es compleja e implica establecer una serie de adecuaciones en su manejo, puesto que se trata de individuos con una carga de problemas médicos, bucales, económicos y sociales diferentes al resto de la población.

Por lo anterior, la comunidad odontológica y las instancias del sector salud del país deben implantar e impulsar medidas preventivas para controlar esta enfermedad que puede llegar a mermar la calidad de vida de los adultos mayores. Es fundamental crear un grupo multidisciplinario

con odontólogos, médicos, bacteriólogos, nutriólogos y epidemiólogos con los que se puedan definir para México los alcances reales de esta patología en nuestros pacientes adultos y ancianos y se puedan establecer programas tanto preventivos como curativos. ∞

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington D.C. 1998; 202-210, 403-418.
2. Secretaría de Desarrollo Social. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. México 2002.
3. Consejo Nacional de Población. *Proyecciones de la población de México 2000-2050*. México: Consejo Nacional de Población 2002.
4. Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la población mundial 1998*. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas 1998.
5. Rivas GJ, Salas LM, Treviño RM. *Diagnóstico situacional de las afecciones bucodentales en la población de la ciudad de Zacatecas, México*. Vol. LVII, No. 6 noviembre-diciembre 2000, p. 218-221.
6. Rojas SR. *Investigación social, teoría y praxis*. Folios Ediciones. México 1985: 159-164.
7. Diario Oficial de la Federación. *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994 para la prevención y control de enfermedades bucales*, publicada el 6 de enero de 1995.
8. MacEntee MI. How severe is the treat of caries to old teeth? *J Prosthet Dent* 1994;71:473.
9. Irigoyen CM, Mosqueda TA. *Estomatología geriátrica*. Consultado en la world wide web el 16 de junio del 2002 http://www.Drscope.com/pac/mg-2/1/mg2t17_p41.htm
10. Menaker L, Morhart RE, Navia JM. Bases biológicas de la caries dental. *Salvat Editores* 1986, p. 225-226.
11. Mattos MA, Melgar RA. Riesgo de caries dental. *Rev Estomatol Herediana* 2004; 14(1-2):101-106.
12. Pajukoski H, Meurman JH, Snellman-Gröhn S, Keinänen S, Sulkava R. Salivary flow and composition in elderly patients referred to an acute care geriatric ward. *Oral Surg Oral Med Patol Ral Radiol Endod* 1997;3:265-271.
13. Persson RE, Persson GR, Kiyak Ha, Powell LV. Oral health and medical status in dentate low-income older persons. *Spec Care Dentist* 1998;18:70-77.
14. Gómez HP, Hernández AK, Martínez TB, Rodríguez EE, Sánchez RN. ¿Es el alcoholismo un factor causal de trastornos Bucodentales? Available from world wide web: http://odontologia.iztacala.unam.mx/memorias_17coloquio_2006/contenido/oral/oral_17w.htm
15. Guía médica familiar. Dietas especiales. *Alimentación para la tercera edad*. Consultado en la world wide web el 27 de abril del 2007 <http://www.explored.com.ec/GUIA/fas3k.htm>
16. Beck JD, Kohout F, Hunt RJ. Identification of high caries risk adults: attitudes, social factors and disease. *Int Dent J* 1998;38:231-238.
17. Taboada AO, Mendoza NVM, Hernández PD, Martínez ZI. Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad. *Revista ADM* 2000; 57 (5):188-192.
18. Shay K. The evolving impact of aging America on dental practice. *J Contemp Dent Pract* 2004 nov 15;5(4):101-110.
19. Ortolá SJ, et al. Caries radicular. *Odontostomatología, Práctica y Clínica* 1998;1:166-179.