

## ARTÍCULOS ORIGINALES

### Enfermedad periodontal en la tercera edad

### Periodontal disease in elders

**Dra. Nelia Espeso Nápoles; Dra. Mariela Mulet García; Dra. Mercedes Gómez Mariño; Dra. Mahelis Más Sarabia**

Clínica Estomatológica Docente Provincial Ismael Clark y Mascaró. Camagüey.

### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo desde marzo a septiembre de 2004 en tres instituciones para ancianos del Municipio Camagüey. La muestra estuvo constituida por 48 ancianos, se les aplicó una entrevista estructurada para determinar el nivel de información sobre salud bucodental y enfermedades periodontales. Fue utilizado el Índice periodontal de Russell. Además se exploraron factores de riesgo de la enfermedad periodontal locales y generales.

La enfermedad periodontal estuvo presente en el 95.8 % de los ancianos y dentro de ella la periodontitis resultó ser la más común. El nivel de información fue evaluado de mal en más de la mitad de los ancianos. Los factores de riesgo locales más frecuentes fueron: la placa dentobacteriana y el sarro y dentro de los generales la diabetes mellitus.

**DeCS:** ENFERMEDADES PERIODONTALES; ANCIANO; ENTREVISTAS; FACTORES DE RIESGO; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA

## ABSTRACT

**Background:** A descriptive study was conducted from March to September 2004 at three homes for the seniors at the Municipality of Camagüey. The 48-elder sample was surveyed through a questionnaire structured in such a manner as to assess awareness of mouth care and periodontal diseases. The Russell periodontal index was used. Risk factors for local and general periodontal diseases, chiefly periodontitis, were manifest in 95.8 % of elders, half of them awareness on the subject, (this was true at least of half of them) was graded as "poor". Most frequent local and general risk factors were dental plaque and tartar, along with diabetes mellitus, respectively.

**DeCS:** PERIODONTAL DISEASES; AGED; INTERVIEWS; RISK FACTORS; EPIDEMIOLOGY DESCRIPTIVE

## INTRODUCCIÓN

El individuo envejece rápidamente. El incremento de las personas mayores de 60 años y el descenso de la natalidad son los factores poblacionales más característicos en los cambios demográficos actuales.<sup>1-2</sup>

El envejecimiento es la disminución a la adaptación por la pérdida de la capacidad funcional de los diversos órganos como consecuencia del tiempo, es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, donde intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que no pueden ser considerados como enfermedad ni fenómeno unicausal.<sup>3, 4</sup>

No siempre resulta fácil fijar la línea divisoria entre lo fisiológico y lo patológico, entre lo que es involución y donde comienza la enfermedad.<sup>3</sup> Las modificaciones bucales relacionadas con la edad pueden tener dos orígenes: como expresión del envejecimiento propiamente dicho o como consecuencia de la acumulación de factores internos fisiológicos que no provocan enfermedad pero inducen cambios bioquímicos funcionales y estructurales.<sup>3</sup>

5

Las enfermedades periodontales constituyen una causa importante de la pérdida de los dientes. Clásicamente se había aceptado que la pérdida de inserción epitelial y hueso alveolar eran cambios periodontales relacionados con la edad, sin embargo, en la actualidad estas alteraciones no se corresponden con los fenómenos del envejecimiento propiamente dicho <sup>6</sup>

No obstante, tanto la sociedad en general como los ancianos continúan aceptando el deterioro del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento, cuestión que influye negativamente en la calidad de vida.<sup>7</sup>

El periodonto desde el punto de vista práctico reacciona al proceso de envejecimiento de dos formas: si hay poca higiene, el acúmulo de placa afecta a los tejidos periodontales lo cual provoca gingivitis y con el tiempo en pacientes susceptibles retracción, formación de bolsas y pérdida dental. Por otra parte con frecuencia se ven resultados opuestos en pacientes de edad avanzada con mínimo cambio en encía marginal, estrechamiento del ligamento periodontal y adherencia firme de los dientes, atrición marcada en estos con posible acúmulo de cemento radicular. Sin embargo, a pesar de cambios degenerativos gingivales y periodontales la capacidad de recuperación tisular del periodonto permanece estable.<sup>8</sup>

Estos resultados indican que existe la necesidad de desarrollar estrategias específicas que permitan mejorar la salud bucal de este sector de la población y poner en marcha programas que incentiven el autocuidado, y hagan énfasis en la higiene bucal.<sup>8,9</sup>

En Cuba la expectativa de vida es de 75 años y es necesario tener un diagnóstico acertado acerca del comportamiento de la enfermedad periodontal en el anciano, por lo que decidimos realizar este estudio.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo desde marzo a septiembre de 2004 en tres instituciones para ancianos del municipio Camagüey. El universo estuvo constituido por 105 pacientes y la muestra por 48 gerontes. Se incluyeron ancianos de ambos sexos, de 60 años y más que dieron su consentimiento

para participar y se excluyeron los pacientes desdentados totales y con trastornos motores que impiden la higienización bucal adecuada.

Se les aplicó una entrevista estructurada para determinar el nivel de información sobre salud bucodental y enfermedades periodontales que fue evaluada de bien, regular o mal.

Los ancianos fueron examinados por dos estomatólogos con luz natural y set de clasificación. Para precisar la prevalencia y severidad de la enfermedad periodontal fue utilizado el Índice periodontal de Russell.<sup>6</sup> En él se utilizó una escala de valores para determinar la severidad de las periodontopatías según sus valores promedios:

Criterios	Valores
Sano	0
Gingivitis	0.1-1.5
Periodontitis	1.6-3.9
Periodontitis avanzada	4-8

Además, se recogieron factores de riesgo de la enfermedad periodontal locales y generales.

Como factor de riesgo local: placa dentobacteriana, sarro, mala odontología restauradora, hábitos, maloclusiones, dientes perdidos no restituidos, empaquetamiento de alimentos, tabaquismo y caries dental. Dentro de los generales se tuvieron en cuenta: la diabetes mellitus, cardiopatías, trastornos psicossomáticos e ingestión de medicamentos (nifedipina).

Toda la información fue recogida en un formulario confeccionado al efecto para su posterior análisis estadístico. Se tabularon los datos con una computadora Pentium 4, mediante el programa analítico SPSS y se halló distribución de frecuencia en valores absolutos y por cientos.

## RESULTADOS

El mayor número de entrevistados presentó una mala información sobre salud bucodental y enfermedad periodontal (34 personas) y el 30 % se ubicó en la categoría regular con 14 ancianos (Tabla 1).

**Tabla 1. Información sobre salud bucodental y enfermedad periodontal en los ancianos**

Información	No.	%
Bien	0	0
Regular	14	30.2
Mal	34	69.8
Total	48	100

La enfermedad periodontal estuvo ausente en solo dos ancianos, por lo que su prevalencia para este grupo de edad se consideró muy alta. Con respecto a la severidad de la enfermedad periodontal según escala empleada en el IP de Russell que predominó la periodontitis con 26 pacientes (54.2 %), seguido por la gingivitis con un 25 % (Tabla 2).

**Tabla 2. Severidad de la enfermedad periodontal en el adulto mayor según IP de Russell**

Criterios del IP de Russell	No.	%
Sano	2	4.2
Gingivitis	12	25
Periodontitis	26	54.2
Periodontitis Avanzada	8	16.6
Total	48	100

Los factores de riesgos locales que predominaron fueron la placa dentobacteriana y el sarro con un 91 y 77 %, respectivamente, seguidos por los dientes perdidos no restituidos que se presentó en 35 senescentes, así como la caries dental que estuvo presente en 19 (Tabla 3).

**Tabla 3. Factores de riesgo locales más frecuentes en la enfermedad periodontal**

Factores locales	No.	%
Placa dentobacteriana	43	91
Sarro	37	77
Caries dental	19	39.6
Mala odontología restauradora	6	12.5
Hábitos	9	18.7
Maloclusiones	5	10.4
Dientes perdidos no restituidos	35	73
Empaquetamiento de alimentos	4	8.3
Tabaquismo	7	14.6

En cuanto a los factores de riesgo generales se apreció que el 27 % de los gerontes padecían de diabetes mellitus y sólo el 10.4 % presentó trastornos psicosomáticos (Tabla 4).

**Tabla 4. Factores de riesgo generales más frecuentes en la enfermedad periodontal**

<b>Factores generales</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Diabetes mellitus	13	27
Ingestión de medicamentos	11	22.9
Cardiopatías	8	16.6
Trastornos psicosomáticos	5	10.4

## DISCUSIÓN

A nuestro juicio, la primacía de una mala evaluación en esta investigación con referencia al nivel de información sobre salud bucodental y enfermedad periodontal es reflejo del gran desconocimiento en materia de salud bucal que presentan los ancianos, este resultado nos indica claramente la necesidad de incrementar y sistematizar acciones de salud, a fin de que las generaciones futuras lleguen a los 60 años conscientes de que las enfermedades de la cavidad bucal son procesos evitables del envejecimiento. Resultados similares se obtuvieron en investigaciones realizadas con grupos semejantes en nuestro país.<sup>10</sup>

Después de los 40 años las periodontopatías han sido señaladas como la principal causa de pérdida dentaria, varios estudios demuestran que a mayor edad más posibilidad de padecer la enfermedad periodontal.<sup>3,11</sup> El deterioro periodontal también fue reflejado por *Cangussu et al*<sup>12</sup> y *Fontes Cormack*<sup>13</sup>, los cuales reportan que del 60 al 100 % de los ancianos con dentición natural necesitan de alguna forma de tratamiento periodontal. Otros estudios señalan porcentajes por encima del 50 %.<sup>14, 15</sup>

Dentro de estas las periodontitis son las que predominan, esto es comprensible si tenemos en cuenta que con la edad los factores que

favorecen su inicio y progreso se van acumulando y la inflamación aumenta y pasa a los tejidos de inserción, máxime si tenemos en cuenta que la resistencia de los tejidos disminuye.<sup>6,16</sup> Otros autores no están de acuerdo con estos planteamientos, ya que le dan mayor importancia a la especificidad bacteriana.<sup>17, 18</sup>

El deficiente cepillado gingivodental está asociado con la poca educación que al respecto tiene la población que nos ocupa. Es también factible considerar, al igual que otros autores, que los ancianos pueden presentar dificultad para practicar una higiene bucal adecuada debido a una deficiencia de motricidad y alteraciones en la agudeza visual, lo que puede limitar la remoción total de la placa blanda.<sup>13, 19</sup>

Esta deficiente higiene bucal de los ancianos influyó en que la placa dentobacteriana y el sarro fueran los factores de riesgo locales que predominaron en la investigación.

Otro factor de riesgo factible a tener en cuenta es el no reemplazo de dientes extraídos que desencadena una serie de cambios que producen diversos grados de enfermedad periodontal, por tanto la frecuencia con que aparece la misma debido al hecho de no sustituir un diente ausente o más, señala el valor profiláctico de prótesis temprana,<sup>3,20</sup> por su parte la caries dental y sus secuelas son de los factores más importantes que contribuyen a la iniciación de la enfermedad periodontal por la pérdida de superficie dental, pues crean contactos abiertos, impactación de alimentos, formación de placa que progresa apicalmente entre otros aspectos, todo ello, sumado a las consecuencias de la pérdida dentaria.<sup>16</sup>

Estudios realizados demuestran la relación entre la diabetes mellitus y la enfermedad periodontal, por lo que existen razones para considerar esta enfermedad como un factor de riesgo en las periodontopatías, principalmente cuando no hay un control metabólico adecuado independientemente que la reducción en los niveles de placa y cálculo ayudarían a disminuir el riesgo.<sup>7,16</sup>

Sabemos que los factores psicológicos pueden influir en la salud bucal e intervienen en la modulación de respuestas que pueden conducir a enfermedades,<sup>17</sup> sin embargo, en nuestro estudio no predominó este factor, pensamos que esto se debe a que los ancianos investigados, en su mayoría presentaban un buen funcionamiento sociofamiliar.

## CONCLUSIONES

1. La enfermedad periodontal está presente en gran parte de la población geriátrica y dentro de ella la periodontitis resultó ser la más común.
2. El nivel de información sobre salud bucodental y enfermedad periodontal fue evaluado de mal en más de la mitad de los ancianos.
3. La placa dentobacteriana y el sarro fueron los factores de riesgo locales más frecuentes y dentro de los generales la diabetes mellitus.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berenguer Gouarnalusses MC, Villares Pérez O, Couso Seoane C, Pérez Rodríguez A. La gerontología en el Consejo Popular "Los Maceos" Rev MEDISAN 2000; 5(1):20 – 4.
2. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la segunda asamblea mundial sobre envejecimiento [en línea] 2002 abril 8 [fecha de acceso 15 de junio de 2003] URL disponible en: <http://www.cinu.org.mx/envejecimiento/informe2asambleavejez.pdf>
3. Bullón Fernández P, Velazco Ortega E. Odontoestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada. Madrid: Coordinación Editorial IM&C; 1996.p.2, 29.
4. Chagas IJ das, Nascimento A do, Silveira MM da. Atensão odontológica a idosos na OCM: uma análise epidemiológica. Rev Bras Odontol 2000;57(5):332-5.
5. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma. Rev Panam Salud Pública 2000; 7(1): 60 – 7.
6. Carranza FA. Periodontología clínica de Glickman. 6ed. Mexico: Nueva Editorial Interamericana; 1986.p.88-92; 327-8; 436-9.
7. Berenguer GM. La salud bucodental en la tercera edad. Rev. MEDISAN 1999; 3(4):53-6.
8. Irigoyen ME, Velázquez C, Zepeda MA, Mejía A. Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 ó más años de edad en la ciudad de México. Rev. ADM 1999; 56(2):64-9.

9. Dirección Nacional de Asistencia Social. Programa integral de atención al adulto mayor [en línea] [fecha de acceso 28 de agosto de 2003] Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/am/programa-am.pdf>
10. Ordaz Hernández E, Ordaz Hernández M, Rodríguez Perera E, Gutiérrez Yut BL. Conocimiento relacionado con prótesis estomatológica en el adulto mayor. Rev. Cienc Med Pinar del Río [en línea] 2001 [fecha de acceso 3 de julio de 2003]. 5(1) Disponible en: <http://www.pri.sld.cu/facultad/revistas/revista1-2001.html>
11. Guerrero del Angel F, Torres Benítez JM, Tudón Torres E, Domínguez Arellano S. Identificación de factores de riesgo asociado a enfermedad periodontal y enfermedades sistémicas. Rev ADM [en línea] 2004 [fecha de acceso 2 de septiembre de 2004]; 6(3): 92-96. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-adm/e-od-2004/e-od04-3/em-od043c.htm>
12. Cangussu MCT, Coelho E de O, Castellanos FRA. Condições de saúde bucal em adultos e idosos em Itatiba / SP, Brasil - 2000. Rev. Odontol UNESP 2001; 30(2): 245 - 56.
13. Cormack EF. A saúde oral do idoso [en línea] 2002 marzo 11 [fecha de acceso 12 de abril de 2003]. Disponible en: <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=174&=19&kr=s>
14. Meneghim M de C, Pereira A C, Silva FRB. Prevalência de cárie radicular e condição periodontal em uma população idosa institucionalizada de Piracicaba - SP. Pesqui Odontol Bras 2002; 16(1): 50 - 6.
15. Corrêa da Silva SR, Valsecki Junior A. Avaliação das condições de saúde bucal dos idosos em um município Brasileiro. Rev. Panam Salud Pública 2000; 8(4): 268 - 71.
16. González Díaz ME, Toledo Pimentel B, Nazco Ríos C. Enfermedad periodontal y factores locales y sistémicos asociados. Rev. Cubana Estomatol [en línea] 2002 [fecha de acceso 21 de agosto de 2004]; 39 (3). Disponible en: <http://scielo.sed.cu/scielo.php?script=sci-arttext&pid=50034-75072002000300006&mg=es&nom=150&tIng=es>

17. Carranza FA. Compendio de periodoncia. 5ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1996. p. 112 – 3.
18. Suzula JB. Diagnóstico y clasificación de las enfermedades periodontales. Clin Odontol Norteamer 1988; 32(2):203-25.
19. Munevar Torres AM, Rojas Garcías JK, Marin Zuluaga DJ. Perfil epidemiológico bucal de los pacientes de 55 años y más que asisten a las clínicas del geronte a la facultad de Odontología de la U.N durante el 1er semestre del año 2000 y cuál es la percepción que tienen estos pacientes sobre su propio estado de salud bucal. Rev. Fed Odontol Colombia 2001; 60 (201): 7– 32.
20. Soltres Vázquez V, Rodríguez LO, Blanco Ruíz AO. Estudio de la enfermedad periodontal y la higiene bucal en dientes en desoclusión [en línea] [fecha de acceso 23 de septiembre de 2004]. Disponible en: <http://www.odontología-online.com/casos/part/ABR/ABROL/abrol>.

Recibido: 16 de marzo de 2005.

Aceptado: 20 de mayo de 2005.

*Dra. Nelia Espeso Nápoles.* Especialista en Estomatología General Integral. Profesor Instructor Clínica Estomatológica Docente Provincial Ismael Clark y Mascaró. Camagüey [espeso@cmwdiesel.com.cu](mailto:espeso@cmwdiesel.com.cu)