

¿Somos conscientes de la salud bucal del anciano?

Dalva Maria Pereira Padilha^a, Leticia Algarves Miranda^b y Luigi Ferrucci^c

^aDepartamento de Salud Oral de la Comunidad. Universidad Federal de Rio Grande do Sul y Universidad Católica Pontificia de Rio Grande do Sul. Con el apoyo de CAPES. Subvención del Ministerio de Educación de Brasil.

^bUniversidad Católica Pontificia de Rio Grande do Sul y Departamento de Periodontología de la Universidad Luterana de Brasil. Con el apoyo de CNPq. Subvención del Consejo Nacional de Investigación de Brasil.

^cÁrea de Investigación Clínica. Instituto Nacional de Envejecimiento. Estados Unidos.

La fragilidad se ha descrito como un síndrome biológico en el que se produce una disminución de la reserva fisiológica y un aumento de la resistencia a los factores estresantes como resultado del deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos¹, que afecta a cerca del 7% de las personas ancianas en la comunidad y que tiene una prevalencia que aumenta con la edad. La fragilidad es un factor independiente de riesgo de malos resultados, como las caídas, la disminución de la movilidad, la discapacidad, la hospitalización y la muerte².

A pesar de que persiste el debate acerca del concepto de fragilidad, muchos científicos y geriatras admiten que la mala funcionalidad física, los cambios en la composición corporal y la sensación de cansancio extremo son las señales características del síndrome. Según las últimas ideas, la fragilidad conlleva la pérdida de complejidad en la dinámica de muchos sistemas fisiológicos, altera la adaptación al estrés y se la contempla, a menudo, como un círculo vicioso que incluye componentes conocidos y desconocidos³.

El concepto de fragilidad es intrínsecamente llamativo porque hay una evidencia creciente de que la enfermedad, por sí sola, no es el origen de algunos de los cambios fisiológicos que ocurren con el proceso de envejecimiento. En concreto, se ha planteado que la desnutrición crónica es uno de los componentes importantes de la fragilidad. Curiosamente, sabemos que la mala salud bucal tiene una alta prevalencia en las personas ancianas y que es una causa importante de desnutrición; sin embargo, no se ha hecho una investigación completa acerca de la relación de la mala salud bucal con la fragilidad y la discapacidad.

Recientemente, hemos realizado una encuesta cualitativa sobre el conocimiento de los médicos en lo que concierne a la importancia de la salud bucal en la tercera edad. Hicimos un descubrimiento extraordinario y completamente inesperado: «la boca no existe» (datos no publicados).

Mientras que probablemente la salud bucal sea uno de los principales contribuyentes al círculo de la fragilidad, la

mayoría de los estudios sobre la fragilidad y de los científicos que tratan de definirla no tienen en consideración la boca.

Proponemos el estudio de la salud bucal en las personas ancianas, no sólo porque es importante per se sino porque puede mejorar sustancialmente nuestro conocimiento del círculo vicioso que conduce a la fragilidad.

Hay evidencias que indican que la mala salud bucal es un factor de riesgo importante para la inflamación crónica. La mala salud bucal se relaciona con la elevación de factores sistémicos inflamatorios y hemostáticos y es un fuerte predictor de los episodios coronarios⁴. La enfermedad periodontal se relaciona con un estado inflamatorio sistémico persistente caracterizado por elevados valores séricos de reactivos de fase aguda⁵⁻⁷ y citocinas proinflamatorias⁸⁻¹⁰. Diversos estudios han relacionado los marcadores inflamatorios elevados, tales como la interleucina 6 (IL-6) y la proteína C reactiva (PCR) con la fragilidad y la discapacidad. Hay también muchos argumentos que apoyan la idea de que la salud bucal y probablemente la enfermedad periodontal son factores de riesgo importantes para la fragilidad relacionada con el envejecimiento.

La identificación del mecanismo subyacente que inicia o perpetúa el círculo de la fragilidad es una de las principales áreas activas de investigación en el ámbito geriátrico. Podría decirse que los efectos en la inflamación por el mal estado de salud bucal, manifestado por las enfermedades periodontales crónicas, contribuyen a la fragilidad en los ancianos. La mayoría de las enfermedades relacionadas con la edad y sus tratamientos farmacológicos originan cambios notables en el flujo de saliva y en su composición. La falta de secreción salival y los cambios en la composición de la saliva son factores de riesgo importantes para la caries, la enfermedad periodontal y la mucositis^{11,12}. La salud bucal afecta enormemente a la capacidad de masticar y deglutir los alimentos e incide, por tanto, en la ingesta nutritiva de fibra, frutas y vegetales¹³. Al tener una capacidad reducida de masticación, se tiende a preferir los alimentos blandos y ricos en hidratos de carbono. Las pérdidas dentales, la calidad de la rehabilitación bucal, la potencia muscular masticatoria, la función

neuromuscular y la percepción olfativa y gustativa afectan a la calidad de la dieta¹⁴ y pueden, en consecuencia, producir desnutrición crónica. La desnutrición, sobre todo la desnutrición proteínica, que conlleva invariablemente deficiencias concomitantes de micronutrientes antioxidantes, origina la hipofunción de las glándulas salivales, la alteración de la inmunidad y el cambio de la flora microbiana oral normal por otra en la que predominan los organismos anaeróbicos. La supresión inmunitaria, con la función alterada de las citocinas y la disminución de la respuesta de fase aguda a las infecciones, tiene una incidencia negativa en la historia natural de las enfermedades periodontales inflamatorias¹⁵.

Por otra parte, las alteraciones olfativas y gustativas pueden generar la preferencia por alimentos con más sabor, que por lo general contienen más azúcar y sal. El aumento del consumo de azúcar y de dietas ricas en hidratos de carbono puede afectar a la salud bucal y producir obesidad. Aunque la obesidad no está relacionada de forma clara con la fragilidad, datos recientes muestran que la fragilidad tiene una gran prevalencia en los ancianos obesos¹⁶.

Disponemos actualmente de cierta acumulación de indicios de que la salud bucal es un factor importante que afecta a la salud y a las conductas relacionadas con la salud en los ancianos. El número de piezas dentales restantes tiene relación con la actividad física en los ancianos¹⁷. Además, Merchant et al¹⁸ han descrito una relación lineal inversa entre el mantenimiento de la actividad física y la periodontitis, independiente de los factores de confusión potenciales.

Nunca se ha considerado la salud bucal como parte de la ruta fisiopatológica que conduce a la fragilidad en los ancianos. A pesar de ello, diversas evidencias indican que el deterioro de la salud bucal puede ser una de las vías más importantes para la fragilidad. ¿Por qué? ¿Tienen boca los ancianos?

BIBLIOGRAFÍA

1. Schmaltz HN, Fried LP, Xue QL, Walston J, Leng SX, Semba RD. Chronic cytomegalovirus infection and inflammation are associated with prevalent frailty in community-dwelling older women. *J Am Geriatr Soc.* 2005; 53:747-54.
2. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56:M146-56.
3. Lipsitz LA. Physiological complexity, aging, and the path to frailty. *Sci Aging Knowledge Environ.* 2004; pe16.
4. Montebugnoli L, Servidio D, Miaton RA, Prati C, Tricoci P, Melloni C. Poor oral health is associated with coronary heart disease and elevated systemic inflammatory and haemostatic factors. *J Clin Periodontol.* 2004;31:25-9.
5. Leivadarios E, Van der Velden U, Bizzarro S, et al. A pilot study into measurements of markers of atherosclerosis in periodontitis. *J Periodontol.* 2005;76:121-8.
6. D'Aiuto F, Parkar M, Andreou G, et al. Periodontitis and systemic inflammation: control of the local infection is associated with a reduction in serum inflammatory markers. *J Dent Res.* 2004;83:156-60.
7. D'Aiuto F, Ready D, Tonetti MS. Periodontal disease and C-reactive protein-associated cardiovascular risk. *J Periodontol Res.* 2004;39:236-41.
8. Figueredo CM, Gustafsson A, Asman B, Bergstrom K. Expression of intracellular elastase activity in peripheral neutrophils from patients with adult periodontitis. *J Clin Periodontol.* 2000;27:572-7.
9. Fredriksson MI, Figueredo CM, Gustafsson A, Bergstrom KG, Asman BE. Effect of periodontitis and smoking on blood leukocytes and acute-phase proteins. *J Periodontol.* 1999;70:1355-60.
10. D'Aiuto F, Nibali L, Parkar M, Suvan J, Tonetti MS. Short-term effects of intensive periodontal therapy on serum inflammatory markers and cholesterol. *J Dent Res.* 2005;84:269-73.
11. Dodds MW, Johnson DA, Yeh CK. Health benefits of saliva: a review. *J Dent.* 2005;33:223-33.
12. Dennesen P, Van der Ven A, Vlasveld M, et al. Inadequate salivary flow and poor oral mucosal status in intubated intensive care unit patients. *Crit Care Med.* 2003;31:781-6.
13. Walls AW, Steele JG. The relationship between oral health and nutrition in older people. *Mech Ageing Dev.* 2004;125:853-7.
14. Budtz-Jorgensen E, Chung JP, Rapin CH. Nutrition and oral health. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2001;15:885-96.
15. Enwonwu CO, Sanders C. Nutrition: impact on oral and systemic health. *Compend Contin Educ Dent.* 2001;22:12-8.
16. Blaum CS, Xue QL, Michelson E, Semba RD, Fried LP. The association between obesity and the frailty syndrome in older women: the Women's Health and Aging Studies. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:927-34.
17. Tada A, Watanabe T, Yokoe H, Hanada N, Tanzawa H. Relationship between the number of remaining teeth and physical activity in community-dwelling elderly. *Arch Gerontol Geriatr.* 2003;37:109-17.
18. Merchant AT, Pitiphat W, Rimm EB, Joshipura K. Increased physical activity decreases periodontitis risk in men. *Eur J Epidemiol.* 2003;18:891-8.