

## CARTA AL EDITOR

# CARIOLOGÍA EN EL ADULTO MAYOR

*Cariology in the elderly*

POR

LORENA BUSTILLOS

 [orcid.org/0000-0002-6886-5129](https://orcid.org/0000-0002-6886-5129)

Actualmente la población de adultos mayores está aumentando exponencialmente. Esto se debe en gran medida al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad. Según datos proporcionados por la Organización Mundial para la Salud (OMS), para el año 2017 una de cada ocho personas tenía 60 años o más; además, se estima que para el 2030 será una de cada seis personas y para el año 2050, una de cada cinco. Gran parte de las personas mayores viven en países en desarrollo, sin embargo, las proyecciones indican que para el año 2050 casi el 80% de las personas mayores alrededor del mundo vivirán en países menos desarrollados<sup>1</sup>.

Si bien la esperanza de vida del adulto mayor ha aumentado, también es una realidad que al vivir más tiempo este grupo poblacional está más expuesto a factores de riesgo que no solo pueden afectar su salud general sino también su salud bucal; dentro de las afecciones bucales más comunes en los adultos mayores se encuentran: gingivitis, periodontitis, maloclusiones, caries coronal y caries radicular<sup>3</sup>. En consecuencia, el paciente geriátrico estará cada vez más presente en la consulta odontológica.

La caries radicular es una patología común y puede afectar a las personas a lo largo de su vida. A nivel mundial se han realizado diversidad de estudios que han permitido determinar las altas tasas de prevalencia, además de caracterizarla y estudiar los diversos factores que la envuelven. En Irak, La India, China y Japón, se encontró que en promedio la prevalencia de caries radicular es de 50,6%; por otra parte, en Europa, en ciudades de Portugal, Irlanda, Gran Bretaña, Grecia y Rusia la prevalencia es de 41,1%. Por último, en

América se presenta en un 42%, destacando Chile y Perú como los dos países con las tasas de prevalencia más altas de esta región<sup>6,7,8</sup>.

En todo el mundo se han realizado estudios que han permitido descubrir el comportamiento epidemiológico de la caries radicular en esta población, no obstante, en nuestro país estos datos son escasos<sup>2</sup>. Las lesiones se pueden hallar en cualquier etapa de la vida, sin embargo, se ha observado que se encuentra en mayor proporción en pacientes de mayor edad. Esto como consecuencia de estar expuesto a diversos factores durante largos periodos de la vida, además de los cambios físicos y mentales propios del envejecimiento que facilita el hecho de padecerla. La caries radicular es una lesión que se puede localizar en las superficies radiculares expuestas por recesiones gingivales fisiológicas o por enfermedad periodontal y generalmente se les puede observar descolorida, de bordes difusos, reblandecida. Este tipo de lesiones se localizan junto al margen gingival o en el tercio cervical de la raíz, caracterizándose esta zona por ser altamente retentiva, por lo que la colonización bacteriana es muy rápida, y suele extenderse circunferencialmente en superficie más que en profundidad<sup>4,5</sup>.

Son muchos los factores que pueden determinar que una lesión de caries se origine o no, y la interacción entre ellos es definitiva en el inicio o la progresión de esta. Dentro de los factores más relevantes están: superficie radicular expuesta, flujo salival disminuido, dieta alta en carbohidratos fermentables, higiene bucal deficiente, hábitos como fumar o consumir alcohol, experiencia previa de caries, maloclusiones y el uso de prótesis parciales removibles<sup>8</sup>. Estos factores al interactuar entre sí, componen un ambiente ideal para las bacterias, que generan ácidos orgánicos suficientes para alterar el balance en el proceso de desmineralización-rem mineralización, que da como resultado a la caries radicular<sup>9</sup>.

La caries radicular es un proceso dinámico con etapas de enfermedad: activas e inactivas. Las lesiones activas sufren una pérdida progresiva de minerales y, por lo tanto, requieren una intervención terapéutica, a diferencia de las lesiones inactivas, las que no sufren pérdida mineral e incluso pueden ganarlos. Por lo tanto, las lesiones inactivas pueden considerarse como cicatrices del proceso carioso y no requieren intervención terapéutica<sup>9,10</sup>.

El proceso natural de curación o remineralización de las lesiones puede promoverse mediante estrategias no invasivas como el uso de productos fluorados, la estimulación salival, la mejora en el control del biofilm, tratamiento de la disbiosis además de intervenciones nutricionales en la dieta. Sin embargo, si no se pueden controlar los factores etiológicos, las caries radiculares cavitadas requerirán de un tratamiento restaurador<sup>10</sup>.

Como primera opción para el manejo no invasivo de la caries radicular se recomienda el uso de dentífrico con 5000 ppm de fluoruro. Este se debe ad-

ministrar cepillando los dientes 2 veces al día, durante 2 minutos, siendo importante indicar al paciente no enjuagarse luego del cepillado. Solo eliminar el exceso de pasta remanente en la boca. En caso de no ser posible, la opción es la aplicación semestral de barniz de fluoruro al 5% y trimestral en el caso de pacientes dependientes o el uso de fluoruro diamino de plata al 38%, este puede ser en régimen anual o semestral, este último para el caso de personas con movilidad limitada y capacidad de autocuidado deteriorada<sup>11</sup>.

Por todo anteriormente expuesto, es imprescindible realizar estudios epidemiológicos en Venezuela para determinar la prevalencia de caries radicular en esta población de adultos mayores, y diseñar programas de prevención y de tratamientos acordes con sus necesidades. De esta forma optimizar su salud general a través de una mejor salud bucal; y lograr un importante objetivo: mejorar la calidad de vida en este sector tan importante de la población que presenta una proyección demográfica en aumento muy reveladora en los próximos años.

## **Bibliografía**

1. Organización mundial de la salud. Decade of healthy ageing 2020-2030. 9 de Julio de 2020. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4)
2. Ruiz H, Herrera A. La prevalencia de periodontopatías y algunos factores de riesgo en el adulto mayor. *Rev cubana Invest Biomed* [Internet] 2009. [citado el 24 de abril de 2021]; 28(3): 73-82. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v28n3/ibi07309.pdf>
3. Laplaces B, Legra S, Fernández J, Quiñones D, Piña L, Castellanos L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. *CCM* [Internet] 2013. [citado el 24 de abril de 2021]; 17(4):477-488. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v17n4/ccm08413.pdf>
4. Carillo C. Caries radicular. *ADM* [Internet]. 2010 [citado el 27 marzo de 2021]; 67(2): 56-61. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od102b.pdf>
5. Rubilar C. Presencia de caries radicular en adultos mayores autovalentes. [Tesis de Pregrado] Talca, Chile: Universidad de Talca. 2015.
6. Martínez c, Agudelo T, Espejo A, Garzón Z, Martínez K. Características salivales relacionadas con caries y cálculo dental en personas mayores de 50 años. *Ustasalud* [Internet]. 2011 [citado el 4 de febrero de 2021]; 10: 43-53. Disponible en: [http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD\\_ODONTOLOGIA/article/view/1150/944](http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/USTASALUD_ODONTOLOGIA/article/view/1150/944)
7. Taboada O, Cortés X, Hernández R. Perfil de salud bucodental en un grupo de adultos mayores del estado de Hidalgo. *ADM* [Internet]. 2014 [citado el 21 de diciembre de 2020]; 71(2):77-82. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49069>
8. Parodi G. Caries de Superficies Radiculares: Etiología, diagnóstico y manejo clínico. *acta Odontológica* [Internet]. 2017 [citado el 27 de marzo de 2021]; 14 (1) 14-27. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-63042017000100014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-63042017000100014&script=sci_arttext)
9. Carillo C. Caries radicular. *ADM* [Internet]. 2010 [citado el 27 marzo de 2021]; 67(2): 56-61. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2010/od102b.pdf>
10. Slayton RL, Urquhart O, Araujo MWB, Fontana M, Guzmán-Armstrong S, Nascimento MM, et al. Evidence-based clinical practice guideline on nonrestorative treatments for carious lesions: A report from the American Dental Association. *J Am Dent Assoc*. 2018;149(10):837-49. e19.
11. Meyer-Lueckel H, Machiulskiene V, Giacaman RA. How to Intervene in the Root Caries Process? Systematic Review and Meta-Analyses. *Caries Res*. 2019; 53(6): 599-608.