

E. Gutiérrez Ramírez<sup>1</sup>  
E. Chimenos Küstner<sup>2</sup>

## Consideraciones relativas a la historia clínica y a la patología oral en el anciano

1 Odontóloga.  
Profesora Asociada de Medicina Bucal.  
2 Médico Estomatólogo.  
Profesor Titular de Medicina Bucal.  
Facultad de Odontología.  
Universidad de Barcelona.

**Correspondencia:**

Dr. Eduardo Chimenos Küstner  
Via Augusta 124, 1º 3ª  
08006 Barcelona

### RESUMEN

La historia clínica es fundamental en la práctica diaria del odontólogo, como lo es para cualquier otro profesional de la salud. Cada vez más, los pacientes odontológicos son ancianos con complejas historias médicas y farmacológicas que solicitan atención. Entre ellos se encuentran pacientes que sufren dolencias cardíacas, pacientes con discrasias sanguíneas, pacientes con cáncer (a veces en fase terminal), pacientes con enfermedades graves endocrinas, respiratorias, hepáticas o renales. Se podrían citar muchos más ejemplos, pero bastan éstos para destacar que toda esta patología debe ser reconocida y valorada antes de iniciar los procedimientos odontológicos. Cada parte de la anamnesis y del examen clínico, que permiten establecer el diagnóstico y el plan de tratamiento, requieren una técnica especializada.

### PALABRAS CLAVE

Historia clínica; Pacientes ancianos; Atención odontológica; Medicina y patología oral.

### ABSTRACT

*The medical history is fundamental to the daily odontological practice, as it is for other health professionals. More and more, elderly patients with complex medical and drug histories are seeking dental care. Some of them are cardiac patients, patients with blood dyscrasia, patients with cancer (sometimes terminal), patients with severe diseases, affecting liver, kidney, lungs or endocrine glands. There are many more examples, but these are sufficient to highlight the importance of their recognition and evaluation, before the initiation of dental procedures. Each part of the anamnesis and clinical examination contribute to establish the diagnosis and treatment plan and require a specialized skill.*

### KEY WORDS

*Clinical history; Elderly patients; Dental care; Oral medicine and pathology.*

## INTRODUCCIÓN

Los ancianos constituyen el grupo poblacional con mayor crecimiento en los últimos años. Esta realidad responde a unas mejores condiciones de vida, consecuencia de los avances sociales, económicos, laborales y sanitarios en el último cuarto de siglo, que han elevado la expectativa de vida de los ancianos españoles a los 77 años. El aumento de la esperanza de vida en los países industrializados se ha convertido en nuestros días en una de las mayores preocupaciones de la sanidad. La Odontología está asumiendo el reto asistencial derivado del envejecimiento humano y debe incrementar los programas de atención al paciente geriátrico. Cada vez será mayor el porcentaje de personas mayores de 65 años que mantendrán sus dientes naturales, como consecuencia de las medidas preventivas y restauradoras, lo que presagia un considerable cambio en las necesidades odontológicas geriátricas. De cara a efectuar un buen diagnóstico, es necesario poder clasificar el grado de dependencia del paciente en cuestión. Los Adultos Mayores Independientes (AMI) representan la mayoría de las personas de más de 65 años que viven en la sociedad actual, residen en su vivienda y gozan de un estado general relativamente sano. Con frecuencia padecen algún trastorno crónico menor o controlado y representan el 70-80% de los ancianos; su atención bucodental no presenta serios problemas. Los Adultos Mayores Dependientes (AMD), representan entre el 20 y el 30% y su grado de dependencia suele ser relativo, manteniendo sus actividades diarias básicas con ayuda de otras personas (familiar, asistente social). Pero cuando el grado de dependencia es absoluto, los ancianos suelen presentar un estado de salud comprometido, que afecta seriamente su vida. Los ancianos dependientes suelen vivir confinados en su hogar, o institucionalizados en residencias geriátricas. El tratamiento dental es limitado por dificultades para acudir al consultorio, por lo que son necesarios los equipos dentales portátiles.

El tipo de tratamiento bucodental se establecerá dependiendo del nivel de funcionalidad del paciente

anciano. En ocasiones la afectación del estado general obliga exclusivamente a solucionar los problemas urgentes y paliativos en los pacientes más incapacitados. En consecuencia, los investigadores y los profesionales de la salud oral deben realizar una historia clínica detallada y una exploración básica que determine si el paciente necesita una atención odontológica especial. En este trabajo se pretende realizar una puesta al día de la problemática que supone efectuar esta historia clínica, teniendo en cuenta la patología oral más prevalente en el anciano; conocer qué cambios se producen con el envejecimiento. Con esta finalidad, se realiza una breve revisión de las principales alteraciones o enfermedades más frecuentes en el paciente geriátrico. Finalmente, hay que destacar el carácter multidisciplinario de la odontología geriátrica, resaltando el hecho de que todos los datos que constituyen la historia clínica son los cimientos estructurales de la atención odontológica.

## HISTORIA CLÍNICA

### Anamnesis o interrogatorio

El odontólogo puede lograr una mayor precisión diagnóstica y una mejor calidad asistencial si realiza una correcta anamnesis o interrogatorio. Una pieza clave es la comunicación odontólogo-paciente, por lo que se debe utilizar un lenguaje adaptado al nivel sociocultural de cada paciente, escuchándole con atención. El logro de una correcta planificación del tratamiento dental en esta población va a depender de la comunicación entre el odontólogo, el paciente y el geriatra o médico especialista. Se deben realizar historias clínicas muy detalladas, teniendo en cuenta que las exploraciones pueden ser más lentas, en función del deterioro cognitivo de cada paciente. Es prioritario llevar a cabo la confección de una historia clínica médica lo más completa posible, realizando aquellas consultas interfacultativas que resulten necesarias<sup>(1)</sup>. Elaborar la historia clínica médica y dental se centrará en los antecedentes personales y familiares, sin omi-

506 tir la importancia de la terapia farmacológica en estos pacientes, así como la apariencia general física y cognitiva. El paciente geriátrico suele presentar disfunciones crónicas, como pueden ser enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, procesos articulares, diabetes y alteraciones sensoriales<sup>(2)</sup>. Respecto al consumo de fármacos, el anciano es un gran consumidor; con frecuencia se automedica<sup>(1)</sup>. Debe anotarse de manera rigurosa la dosificación de los mismos. El odontólogo debe conocer los efectos adversos y su repercusión en la cavidad oral. Hay que prestar una especial atención a los fármacos implicados en la xerostomía. La farmacocinética en estas edades, referida a la absorción de fármacos, distribución, metabolismo y excreción, se ve alterada en la mayoría de las ocasiones por cambios fisiológicos o patológicos en el sistema renal, hepático, digestivo y composición corporal (aumento de grasas y disminución en el número de receptores de unión a proteínas)<sup>(1)</sup>. La medicación para procesos crónicos asociados contraindica en numerosas ocasiones algunos de los fármacos utilizados en odontología, ya que se pueden producir interacciones farmacológicas.

La evaluación médica del paciente geriátrico se puede resumir en la recopilación de los siguientes datos:

- Los datos biomédicos, obtenidos al indagar sobre los diagnósticos actuales y pasados, en donde será importante la colaboración del médico de cabecera.
- Como profesionales de la salud, no hay que olvidar los datos nutricionales. La simple observación puede indicar trastornos de la nutrición. Así, por ejemplo, una dieta pobre en vitaminas A y C, se asocia a un mayor riesgo de cáncer oral, mientras que una dieta rica en frutas y vegetales, que aporta un alto contenido de dichos elementos, parece disminuir el riesgo<sup>(3)</sup>.
- Debido a la pluripatología que suele presentar el anciano, la prescripción de medicamentos en ellos se hace más compleja, dando lugar a la historia farmacológica, en la que deben constar los fármacos, las dosis y las posibles alergias.

- Respecto a los datos funcionales, la función física evalúa la capacidad para diversas actividades personales (comer, bañarse, vestirse, usar el retrete, continencia), así como actividades de otra índole (uso de transporte, teléfono, medicamentos). Se evalúa la movilidad en general.
- Es frecuente que los pacientes se presenten en la consulta refiriendo dificultades de memoria o de concentración; por ello debe tenerse en cuenta la función cognitiva. Hay que valorar su estado de orientación, memoria, atención, lenguaje y comprensión. En cuanto a la función emocional se valora si presentan depresión, paranoia, alucinaciones.

A menudo se etiqueta a un paciente de «senil», empleando este término con unas connotaciones psíquicas de carácter negativo. Se asocia este calificativo con manifestaciones propias del envejecimiento patológico, que se caracteriza por pérdida de memoria, confusión mental, conducta irregular, etc. Lo que experimentan los ancianos es la senescencia o proceso de envejecimiento como cualquier organismo vivo, pero la senescencia no lleva en sí otra limitación que la común al envejecimiento de los órganos. La senilidad auténtica afecta al cerebro y origina la amplia categoría diagnóstica de las demencias, de las cuales las más importantes numéricamente son la enfermedad de Alzheimer y la arteriosclerosis cerebral. Las manifestaciones de ambas enfermedades son semejantes: deterioro generalizado de las funciones mentales, conducta agitada, depresión o delirios<sup>(2)</sup>.

Las enfermedades funcionales o debidas a factores externos se dividen por su gravedad y manifestaciones en dos categorías: neurosis y psicosis. La probabilidad de enfermar depende de la condición física pasada, de las experiencias y de la intensidad de los factores sociales que atacan el equilibrio del anciano<sup>(2)</sup>. Los datos sociales constituyen el eje fundamental para conocer el entorno del paciente, la historia matrimonial, sus amistades, su situación en domicilio<sup>(4)</sup>, si vive solo o acompañado. La relación del anciano con su familia propicia su salud física, por el control de la calidad y regularidad de su alimentación. La

persona clave procede normalmente de la familia, con frecuencia la hija o nuera del anciano, convertida en responsable principal en la toma de decisiones. Entre los datos sociales no se pueden ignorar los recursos económicos, ya que la enfermedad en la ancianidad es «clasista», perjudicando a los menos favorecidos y favoreciendo a los que disponen de mayores posibilidades. Los recursos económicos determinarán el sistema de apoyo, ya sea mediante cuidadores, o a través de un soporte organizado. En las modernas residencias, el anciano posee casi toda la autonomía de que dispondría en su domicilio, con las ventajas del cuidado permanente, pero el ingreso en una institución tiene un importante significado simbólico de incompetencia personal.

### Exploración clínica

En la *exploración de los dientes*, se observa que estos cambian en forma y color con la edad. La forma dental es afectada por el desgaste o atricción. La dentina crece permanentemente, formando un depósito de dentina secundaria y provocando la oclusión de los túbulos dentinarios, bajo la forma de dentina esclerótica. Una consecuencia lógica del aumento de dentina es la reducción de la cámara pulpar<sup>(5)</sup>, lo que dificulta el tratamiento endodóncico<sup>(6)</sup>.

*Exploración de los labios*: debe observarse su forma, coloración, si se detecta la presencia de úlceras, edema, inflamación, pigmentación, etc.

*Exploración de la lengua*: deben valorarse la forma y tamaño de la lengua, el color, su capacidad de movilidad.

*Exploración de la mucosa*: debe recordarse que la mucosa yugal, el istmo de las fauces y el suelo de la boca están revestidos de epitelio poco o nada queratinizado, en condiciones normales<sup>(7)</sup>.

*Exploración de los ganglios linfáticos*: hay que estudiar si existen adenopatías, consistentes en la presencia de uno o más ganglios palpables, con un diámetro igual o mayor de 1 cm, de los que puede conocerse o no su causa<sup>(8)</sup>. Un tamaño superior a 2 cm suele ser reflejo de patología activa.

*Exploración de la articulación temporomandibular*: hay que valorar desplazamientos, limitaciones, dolor, tensión, tumoración, en los movimientos mandibulares. El análisis postural se justifica en la frecuente relación entre trastornos temporomandibulares y alteraciones del cinturón cervicoescapular que, a su vez, pueden ser el resultado de una inadecuada postura corporal, congénita o adquirida. Conductas escolióticas, asimetrías estructurales de cada hemipelvis, pueden originar, mediante un mecanismo de compensación, desequilibrios a nivel craneocervical y sobrecarga de la musculatura masticatoria, que se puede manifestar como un dolor orofacial<sup>(9)</sup>. Hay que tener en cuenta aspectos como presencia de artropatías y realizar un examen muscular mediante la palpación intra y extraoral, valorando el tono muscular y la presencia de «áreas gatillo» (*trigger points*), cuya presión provoca dolor local, que puede irradiarse a continuación<sup>(10)</sup>.

507

### Pruebas diagnósticas complementarias

Las principales pruebas diagnósticas complementarias en odontología incluyen:

- El radiodiagnóstico, mediante el cual se pretende estudiar la imagen sospechosa «completamente»<sup>(11)</sup>, recurriendo a proyecciones radiológicas convencionales o a técnicas especiales, como aleta de mordida, periapical, oclusal, ortopantomografía, tomografía convencional, tomografía computarizada, resonancia magnética, etc.
- Las pruebas bioquímicas son pruebas de laboratorio que indican presencia o gravedad de enfermedades locales o sistémicas. Son útiles los datos aportados por la hematimetría: recuento total de eritrocitos (defecto en la anemia, exceso en la poliglobulia). Otros valores de interés incluyen el hematócrito, el recuento leucocitario, etc.
  - Las pruebas de la coagulación (tiempo de protrombina o de Quick, tiempo de tromboplastina parcial), así como el valor INR y el recuento de plaquetas, informan de la situación del paciente y de posibles alteraciones hemorragíparas.

- 508
- Entre las pruebas inmunológicas de interés odontológico se encuentra el estudio de las inmunoglobulinas (Ig) en el suero y en otros líquidos biológicos. Puede ser esencial ante la sospecha de una inmunodeficiencia primaria o secundaria.
  - La biopsia es fundamental para confirmar un diagnóstico de sospecha y diagnosticar con precocidad enfermedades graves<sup>(11)</sup>.

## ENVEJECIMIENTO Y PATOLOGÍA ORAL

Una vez realizados el interrogatorio y la exploración del paciente, se pueden observar ciertos signos de envejecimiento oral, como son los cambios en la forma y color de los dientes, la retracción gingival y acúmulo de placa dentogingival. El envejecimiento del hueso alveolar se caracteriza por cambios muy parecidos a los que se manifiestan en el sistema óseo (por ejemplo, osteoporosis)<sup>(12)</sup>.

La ATM es susceptible de sufrir cambios degenerativos: el disco articular tiende a perforarse con la edad, lo que sugiere un trastorno por el desgaste natural<sup>(13,14)</sup>. Se ha demostrado la influencia de la prótesis sobre la anatomía y la fisiología de la ATM<sup>(15)</sup>. Se produce una disminución de la función motora oral. Los ancianos completamente desdentados tienen menor habilidad para adecuar los alimentos a su deglución<sup>(16)</sup>.

Es fundamental tener en cuenta la xerostomía, que puede deberse a enfermedades generales y a la terapia farmacológica: cabe recordar aquí el síndrome de Sjögren (SS), primario o secundario, asociado o no a diversas enfermedades o a sus tratamientos. La sequedad de boca favorece en extremo las infecciones. Las infecciones que con mayor frecuencia afectan la cavidad oral son las caries y las periodontopatías. Cuando el pH salival desciende, son frecuentes las caries cervicales, coronales y radiculares. Se asocian a una deficiente higiene oral, a la frecuente recesión gingival y al acúmulo de placa bacteriana. Las periodontopatías avanzadas (periodontitis) provocan numerosas pérdidas dentarias, que conducen al edentulismo, parcial o total. En general, el maxilar edéntulo de un

paciente anciano tiene una reabsorción moderada centrípeta; la mandíbula, por el contrario, presenta una reabsorción centrífuga, progresiva e importante<sup>(17)</sup>. Estas situaciones, junto con los trastornos de la ATM, pueden condicionar la capacidad masticatoria del paciente, que favorecen situaciones de malnutrición<sup>(15, 16)</sup>.

La patología de origen vírico tiene repercusiones en el paciente geriátrico asociadas a agentes como el herpes zoster, el herpes simple. La neuralgia trigeminal por infección aguda localizada de herpes zoster es más común en el anciano y en pacientes con compromiso inmunitario. Por otra parte, existen evidencias que relacionan a los virus del herpes simple y a los papilomavirus con algunas lesiones precancerosas (por ejemplo leucoplasias) y carcinomas orales<sup>(18)</sup>. Es menos frecuente (aunque no improbable) la infección por VIH, más prevalente en edades más jóvenes.

Entre las entidades nosológicas que presentan los pacientes ancianos se encuentran las hepatopatías crónicas, que conllevan el riesgo de hemorragias y la alteración del metabolismo de ciertos fármacos. Hay que destacar la hepatitis C, que se ha asociado a patología oral como el liquen plano<sup>(19)</sup>. La hepatopatía no infecciosa suele asociarse al consumo excesivo de alcohol (cirrosis alcohólica) y a fármacos, como paracetamol, ketoconazol, metildopa, etc.<sup>(20, 21)</sup>.

Las enfermedades vesiculoampollares más frecuentes, que suelen manifestarse en forma de gingivitis descamativa crónica, son el liquen plano y el penfigoide cicatrizal. Es mucho menos frecuente la aparición de pénfigo oral<sup>(22)</sup>.

En los pacientes portadores de prótesis removibles, factores determinantes de la estomatitis protética son el desajuste y la antigüedad de las prótesis, asociados a boca seca e infección micótica. Las candidiasis (sobre todo por *Candida albicans*) representan una patología común y frecuente: según Fotos<sup>(23,24)</sup>, hasta un 60% de los adultos. Son factores predisponentes locales un bajo pH salival, la xerostomía, el tabaquismo, los colutorios alcohólicos, la radioterapia y las prótesis. Los factores predisponentes generales incluyen la antibioterapia, corticoterapia, hemopatías, endocrinopatías, deficiencias alimentarias, inmunodeficiencias, etc.

La xerostomía y el síndrome de boca ardiente se asocian a menudo. La saliva puede desempeñar un importante papel en la etiopatogenia del ardor bucal. En los pacientes con boca ardiente hay evidencias de cambios en la composición y tasa de flujo salivales<sup>(25)</sup>. Los pacientes ancianos, sobre todo las mujeres, presentan con cierta frecuencia estas manifestaciones álgicas, centradas sobre todo en la lengua (glosodinia). El dolor orofacial es un tema de gran importancia en odontología geriátrica; puede plantear problemas diagnósticos, ya que es posible (y común) la presentación concomitante de varias enfermedades, todas las cuales pueden contribuir al dolor orofacial<sup>(26)</sup>.

La patología oral geriátrica derivada de la terapia farmacológica incluye numerosas reacciones adversas, como la sequedad de boca, que predispone considerablemente a infecciones y puede ser inducida por fármacos neurolépticos, hipotensores, sedantes, hipnóticos y antidepresivos, entre otros. Otras veces producen efectos tóxicos, como las mucositis producidas por agentes citostáticos (en pacientes de cáncer) y otras se producen efectos considerados de hipersensibilidad, que pueden manifestarse en forma de vasculitis y de reacciones liquenoides, que desaparecen al retirar el fármaco causante<sup>(27)</sup>. Otro tipo de lesión oral provocada por fármacos es el agrandamiento gingival, en respuesta a la administración de antiépilépticos, antagonistas del calcio, ciclosporina A y hormonas sexuales femeninas, como terapia sustitutiva en la menopausia<sup>(28)</sup>.

Es importante destacar la presencia de lesiones orales precancerosas o cancerosas. El cáncer orofacial es una enfermedad multifactorial, que puede desencadenarse por una serie de factores predisponentes como la leucoplasia, el liquen plano, la queilitis actínica y que también influyen una serie de factores desencadenantes como los hábitos tóxicos, consumo de tabaco, alcohol, irritantes locales. En más del 90% de los casos se trata de un carcinoma espinocelular; constituye alrededor del 5% de todas las neoplasias y afecta a más hombres que mujeres. No es infrecuente su aparición en el anciano. Puede expresarse clínicamente como una lesión ulcerosa, o bien exofítica, o bien

de aspecto poco agresivo. No siempre es fácil de diagnosticar. El odontólogo tiene un importante papel en la prevención del mismo y en el tratamiento de las principales complicaciones orales del paciente oncológico antes, durante y después de la terapia correspondiente y sus complicaciones<sup>(29, 30)</sup>. Otros tipos de cánceres, como las leucemias, pueden manifestarse con palidez de la mucosa, infiltrados gingivales, hemorragia gingival, petequias, úlceras en la mucosa<sup>(31)</sup>.

## CONSIDERACIONES FINALES

Según Berkey y cols.<sup>(32)</sup>, los factores que condicionarían el tratamiento dental del paciente geriátrico son el deseo y las expectativas del paciente frente al tratamiento. Es evidente que el paciente debe estar motivado y debe tener la necesidad de ser rehabilitado, aunque en algunos casos es la familia la que lo solicita. En segundo lugar dependerá del tipo y severidad de las necesidades de tratamiento, valorando qué impacto tendrá este tratamiento sobre la calidad de vida. Se habrá de tener en cuenta la capacidad del paciente de tolerar el estrés, de mantener una higiene oral aceptable y la capacidad económica de este, sin olvidar la destreza y el equipamiento del profesional que lo trate. En resumen, el odontólogo debe aplicar los tres principios de la «Arquitectura», *duritas, firmitas et venustas*, es decir, durabilidad y éxito de los tratamientos; que las prótesis queden lo más firmes y ajustadas posibles; por último, la belleza (*venustas*) es una demanda creciente en nuestra sociedad.

Ya se ha comentado la importancia de realizar una anamnesis y exploración pormenorizadas. Deben aplicarse todas las normas de seguridad e higiene en el trabajo, administrando de forma adecuada los fármacos. Los profesionales de la odontología desempeñan un relevante papel en la prevención y curación o control de las complicaciones orales en los pacientes con cáncer oral sometidos a la radioterapia y quimioterapia<sup>(33)</sup>, proporcionando el alivio y la erradicación de los síntomas como la xerostomía<sup>(34)</sup>, tratando adecuadamente las candidiasis, y conociendo mejor la situa-

**510** ción de los pacientes con hemopatías malignas, pacientes sometidos a terapia anticoagulante, y en general a pacientes con cualquier patología sistémica<sup>(35)</sup>.

La historia clínica es la mayor fuente de información acerca del paciente. Lo que en ella se recoja no dependerá solamente del examen físico y de las pruebas complementarias. Las principales dificultades se plantearán dependiendo del contexto, de la motivación del paciente y el interés del profesional. El contexto nos permitirá conocer frente a qué tipo de paciente nos encontramos, su entorno familiar, el cuidado en la toma de los medicamentos, la actitud de los cuidadores y el estrés que soportan. Con frecuen-

cia los pacientes geriátricos son descritos como «relatores pobres», debido al deterioro cognitivo. Es el profesional quien debe dirigir el interrogatorio y demostrar su habilidad para recoger, analizar y evaluar la información recogida<sup>(36)</sup>. Idealmente, todos los pacientes ancianos deberían ser visitados por un odontólogo, debido a la alta incidencia de patología oral «remediable» que existe entre ellos. Como especialista en salud dental, el odontólogo debería colaborar en un trabajo multidisciplinario, formando parte de un equipo que incluyera, además, a médicos, enfermera y asistente social<sup>(37)</sup>, con el fin de mejorar la atención general a los ancianos<sup>(38)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gil JA ¿Estamos preparados para el tratamiento odontológico en el paciente geriátrico? *Odontoestomatología Práctica y Clínica* 1998;**1**:183.
2. Moragas R. Salud y enfermedad. En: Moragas R. *Gerontología Social*. Barcelona: Herder, 1998; p. 59-99.
3. Jané E, Chimenos E, López J, Roselló X. Importancia de la dieta en la prevención del cáncer oral. *Medicina Oral* 2003;**8**:260-8.
4. Marín M, García AJ. Calidad de vida en la tercera edad desde la salud y el estado de bienestar psicosocial. *Mafre Medicina* 2004;**15**:177-185.
5. Espina A, Castellanos A, Ferreira J, Barrios F. Estudio ultraestructural de los cambios por envejecimiento en el endotelio capilar linfático de la pulpa dental humana. *Rev Esp Endod* 2002;**20**:177.
6. Segura JJ, Velasco E. La endodoncia en el paciente adulto mayor. *RCOE* 2001;**6**:51-64.
7. Chimenos E. *La historia clínica en Odontología*. Barcelona: Masson, 1999.
8. Chimenos E, López J, Roselló X. Generalidades sobre exploración clínica. En: Ceballos A, Bullón P, Gándara JM, Chimenos E, Blanco A, Martínez-Sahuquillo A, García A. *Medicina Bucal Práctica*. Santiago de Compostela: (ASOPROGAIO) Danú 2000; 36.
9. Magdaleno F, Ginestal E, Gómez F. Dolor Orofacial Crónico: una Asignatura pendiente. *Revista Vasca de Odontoestomatología* 2004;**14**:17-26.
10. Magdaleno F, Gómez F, Ginestal E. Trastornos temporomandibulares. *Arch Odontoestomatol* 2001;**17**:389-404.
11. Chimenos E, Finestres F, Piulachs P, Viñals H. Pruebas diagnósticas complementarias. En: Ceballos A, Bullón P, Gándara JM, Chimenos E, Blanco A, Martínez-Sahuquillo A, García A. *Medicina Bucal Práctica*. Santiago de Compostela: (Asoprogaio) Danú, 2000; 47, 66-75.
12. Carlsson GE, Magnusson T. Estados de ansiedad causados por ruidos articulares. Caso Clínico para el tratamiento de disfunciones temporomandibulares en la consulta. *Quintessence* 2003;**16**:103-4.
13. Martínez Blanco M, Bagán JV, Fons A, Poveda-Roda R. Osteoartritis de la articulación temporomandibular. Estudio clínico y radiológico de 16 pacientes. *Medicina Oral* 2004;**9**:106-15.
14. Solórzano A, González O, Baldá R, García C. Osteoartritis de la Articulación Temporomandibular. Parte II: Etiopatogénesis. *Acta Odontol Venezol* 1999;**37**:84-90.
15. Mersel A. Gerodontología del siglo XXI: el tratamiento con prótesis dentales completas. *Odontoestomatología Práctica y Clínica* 1998;**1**:139-140.
16. Subirá C, Marques MS. La función masticatoria en el anciano. *RCOE* 2001;**6**:69-77.
17. Koshino H, Hirai T, Ishijima T, and Ikeda Y. Tongue motor skills and masticatory performance in adult dentates, and complete dentures wearers. *J Pros Dent* 1997;**77**:147-152.
18. González MA, Gutiérrez J, Ruiz I. Oncovirus. En: González MA. *Precáncer y Cáncer Oral*. Madrid: Avances Médico-Dentales 2003; 102-8.
19. Bagán JV, Ramón C, González LI, Diago M, Milián MA, Cors R. Investigación preliminar de la asociación de liquen plano oral y hepatitis C. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1998;**85**:532-5.
20. Andrade RJ, Camargo R, García MD, Alcántara R, García M, García E, Fernández EM, Lucena MI. Principales fármacos causantes de la hepatotoxicidad. En: Andrade RJ, Camargo R (eds). *Actualizaciones temáticas Madaus en Gastroenterología. Hepatopatías tóxicas*. Barcelona: Glosa 2002; 72-98.
21. Salazar E, Pimentel E. Interacciones entre medicamentos y alcohol. *Acta Odontol Venezol* 2003;**41**:88-9.
22. Hernández G, Ávila de la Fuente L, Lucas M. Enfermedades

- ampollosas de la mucosa bucal. Características diferenciales clínicas, histológicas e inmunológicas. *Med Oral* 1999;**4**:528-51.
23. Fotos PG, Vincent SV, Hellstein JW. Oral candidosis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;**74**:41-49.
  24. Escovich L, Ceballos A. Candida albicans y precáncer oral. En: Bascones A, Seoane JM, Aguado A, Suárez JM. *Precáncer y Cáncer Oral*. Madrid: Avances Médico-Dentales 2003; 63-4.
  25. Sreebny LM. Saliva in health and disease: an appraisal and update. *Int Dent J* 2000;**50**:140-61.
  26. Abalo R, Goicoechea C, Ormazábal MJ, Alfaro MJ, Martín MI. Estudios sobre dolor orofacial presentados en los dos últimos congresos mundiales de Dolor. *Rev Soc Esp Dolor* 1999;**6**:4-10.
  27. Guijarro B, López AF. Reacción liquenoide tras la administración de Clopidogrel, un nuevo antiagregante plaquetario. *Med Oral* 2003;**8**:33-7.
  28. Ferre J, Jané E, López J, Roselló X, Chimenos E. Patología oral de origen farmacológico. *Arch Odonto-Estomatol* 1993;**9**:666-74.
  29. Oñate-Sánchez RE, Bermejo-Fenoll A. Asistencia odontológica a pacientes oncológicos. En: Bullón PB, Machuca GM. *La atención odontológica en pacientes médicamente comprometidos*. Madrid: Laboratorios Normon, 1996; p. 393-406.
  30. Silvestre FJ, Plaza A, Serrano MC. Prevención y tratamiento de las complicaciones derivadas de la radioterapia en pacientes con tumores de cabeza y cuello. *Med Oral* 1998;**3**:137-47.
  31. Puyal M, Jiménez C, Chimenos E, López J, Juliá A. Protocolo de estudio y tratamiento de la mucositis bucal en los pacientes con hemopatías malignas. *Med Oral* 2003;**8**:10-8.
  32. Berkey D, Berg R, Ettinger R, Mesel A, Mann J. The old-old dental patient. *JADA* 1996;**127**:321-32.
  33. Infante P, Gutiérrez JL, Bullón P. Complicaciones de la radioterapia y la quimioterapia en pacientes con cáncer en la cavidad bucal. En: Ceballos A, Bullón P, Gándara JM, Chimenos E, Blanco A, Martínez-Sahuquillo A, García A. *Medicina Bucal Práctica*. Santiago de Compostela: (Asoprogaio) Danú, 2000; p. 646-57.
  34. Thornhill MH (1998). Care of the Dry Mouth. *Dentistry Monthly* 46-9. Management of Xerostomia. En: *Compendio de investigaciones científicas sobre el chicle sin azúcar*. Madrid: Wrigley 2002; p. 70.
  35. Silvestre FJ. *El paciente médicamente comprometido en la clínica dental*. 1ª ed. Barcelona: Lab. Kin S.A. 2002; p. 35-49.
  36. Isaacs B. Taking the history. En: Isaacs B. *The Challenge of Geriatric Medicine*. Oxford: Oxford University Press 1992; 9.
  37. Wattis J, Martin C. The organization of services. En: Wattis J, Martin C. *Practical Psychiatry of Old Age*. London: Chapman & Hall 1992; 236.
  38. Garberí I, Hdez-Gutiérrez MA, Terrade J, Carrillo T. Reflexiones tras diez años de actividad en un equipo interdisciplinar de atención domiciliar en el ámbito sociosanitario. *Rev Mult Gerontol* 2003;**13**:114-6.