

# La otorrinolaringología del adulto mayor

**David Montes de Oca Rosas**

*Otorrinolaringólogo, vocal adjunto del Cuadro Básico de Medicamentos del IMSS*

**Eduardo Montes de Oca Fernández**

*Otorrinolaringólogo, miembro de la Academia Mexicana de Cirugía*

## Resumen

*La población del mundo envejece. Cada día aumenta el número de médicos de la tercera edad que ejercen la otorrinolaringología. Para todos son evidentes los cambios en el organismo que ocurren con el paso del tiempo. Sin embargo, en la bibliografía mundial son muy escasas las publicaciones de otorrinolaringología enfocadas a los cambios del adulto mayor. En este trabajo se hacen algunas consideraciones de los padecimientos particulares de este grupo. La inversión en la pirámide demográfica y sus consecuencias son innegables, y aumenta la incidencia y prevalencia de los casos de geriatría otorrinolaringológica y de su tratamiento inadecuado.*

*Palabras clave:*

*otorrinolaringología, tercera edad.*

## Abstract

*The population of the world is aging. It is increasing the number of physicians on the third age that exerts the otolaryngology. For all of us, the changes in the organism happening with the passage of time are evident. Nevertheless, in literature worldwide there are few publications of otolaryngology, focused on these changes and this group of age. Some considerations become on the special pathology of the elder adult. Despite of the investment in the demographic pyramid has undeniable consequence, such as the increase in the incidence and prevalence of the cases of geriatric otolaryngology and the inadequate*

*Key words:*

*otolaryngology, aging.*

## Introducción

Según la OMS, el envejecimiento de la población mundial aumenta continuamente,<sup>1</sup> lo cual nos involucra a todos en esta problemática. Por este solo hecho, la incidencia y prevalencia de los problemas otorrinolaringológicos del adulto mayor aumentan. En Estados Unidos, la llamada tercera edad representa 12% de la población, pero ocupa: 30% del tiempo de los médicos, consume 24% de los medicamentos y demanda 40% de los internamientos hospitalarios.<sup>2</sup>

En 1996, personal de la revista de la Asociación Médica Americana (JAMA) realizó una encuesta entre las 80 revistas médicas más importantes del mundo y concluyó que el asunto del envejecimiento era el principal tópico a tratar.<sup>3</sup>

Las publicaciones específicas que tratan el tema de la otorrinolaringología geriátrica son muy escasas en la literatura médica mundial, con excepción de la intervención rinológica.<sup>4</sup>

Enseguida haremos un análisis de los otorrinolaringólogos que se encuentran en la tercera edad, ya que en nuestro medio no se ha hecho nada al respecto. Ward<sup>5</sup> señala, según resultados en 863

otorrinolaringólogos de más de 60 años, que estos médicos son los más longevos en comparación con otras especialidades. Otra ventaja que se encontró es que pueden continuar con su ejercicio profesional; los aspectos médicos de la especialidad garantizan y facilitan ejercer durante más tiempo. Menciona como causas de retiro de la cirugía la disminución de la visión y fuerza, y el temblor en las manos. También señala que el mejor tiempo para retirarse “es un año antes de la incompetencia”, y que “los mismos factores de la incompetencia hacen difícil y erróneo el juicio en la autovaloración del retiro”.

## Generalidades

Se ha definido a la vejez como “un atributo, universal y endógeno, que se caracteriza por un proceso bioquímico y fisiológico que conduce a la detención de los sistemas y con ello a la muerte”.<sup>5</sup>

La teoría del error, que explica al envejecimiento, propone que en la multiplicación celular se producen trastornos en el ADN y que, eventualmente, lleva a la muerte del organismo junto con los cambios bioquímicos oxidativos de la célula.

El adulto mayor tiene más enfermedades crónico-degenerativas, por lo cual tiene más prescripciones. La mayor parte de los textos geriátricos ignoran la abundancia de los padecimientos otorrinolaringológicos.

Las personas mayores de 65 años de edad consumen más medicamentos y remedios, con o sin receta, que las personas más jóvenes. También tienden a padecer más enfermedades crónicas de largo plazo, como: artritis, diabetes, hipertensión y dolencias cardíacas.

La medicación en el adulto mayor es compleja y muchas veces esto no se toma en cuenta. La metabolización de los medicamentos es muy diferente a la que se tiene en otras edades, porque el organismo también es distinto; el tejido graso es mayor, contiene menor cantidad de agua y de músculos, y el hígado y los riñones funcionan menos eficientemente. Todo lo anterior redundando en absorción y distribución tisular distinta, así como en eliminación más lenta y difícil. Por estas razones, el médico debe esmerarse en personalizar la medicación. Es necesario tomar en cuenta otros factores, como: que el paciente puede vivir solo, en la

pobreza, padecer depresión, demencia u otros trastornos psiquiátricos. Es común que las personas mayores tomen diferentes medicamentos a la vez, porque tienen más de una enfermedad o incapacidad al mismo tiempo.

También es importante priorizar los tratamientos, no dejarlos al criterio del paciente anciano y eliminar los medicamentos innecesarios.

Por todas estas razones, las prescripciones en el adulto mayor deben elaborarse cuidadosamente, en especial en lo referente a las contraindicaciones, sobredosis y efectos secundarios. Es necesario evitar la automedicación y propiciar la medicina integral.<sup>6</sup>

Para la anestesia e intervenciones quirúrgicas del paciente es necesario tomar en cuenta su estado general, en especial la valoración cardiopulmonar, la cardioangioesclerosis y el enfisema pulmonar, ya que facilitan las complicaciones transoperatorias y postoperatorias. La tensión arterial es más lábil y la recuperación postoperatoria más lenta.<sup>7</sup> Se mencionan complicaciones postoperatorias específicas, como el daño cognitivo.<sup>8</sup>

Los cuidados antes, durante y después de la intervención no han sido estudiados interdisciplinariamente, por lo que la Sociedad Americana de Geriátrica reunió a diez médicos de distintas especialidades, incluyendo la otorrinolaringología, para estudiar los problemas anestésicos del adulto mayor.<sup>9</sup> Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son: delirio, tromboembolia, deshidratación, infección e inadecuado manejo del dolor.<sup>10</sup>

Willard<sup>11</sup> señala que la edad, *per se*, no debe ser determinante para la intervención; es necesario que el criterio del cirujano prevalezca en lo relativo a la oportunidad y el procedimiento quirúrgico a emplear. A continuación mencionaré las principales enfermedades en otorrinolaringología imputables a la edad.

### **Presbiacusia**

Es relevante su repercusión en la calidad de vida del adulto mayor, en su alta incidencia y prevalencia, y en sus secuelas de aislamiento, lo que facilita la depresión, frustración, pasividad y disminución en la velocidad del pensamiento. Este cuadro clínico es uno de los problemas otorrinolaringológicos más importantes. La nueva tecnología de los auxiliares auditivos es digital y el concepto de “compresión amplificaciones” es útil y práctico en los aparatos modernos. El principal problema para usarlos en nuestro país, al igual que otros adelantos tecnológicos de la modernidad, es la baja condición socioeconómica de la mayoría de nuestra población. En los países desarrollados son de uso común los aditamentos telefónicos, para la televisión, etc., que mejoran la calidad de vida en los presbiacúsicos, particularmente los que tienen hipoacusia media.

### **Presbiestasia**

Es el trastorno del equilibrio secundario a la edad. Se produce por cambios degenerativos vasculares en el neuroepitelio del laberinto posterior y por la disminución de la población celular de este tejido. Las personas de la tercera edad también tienen ataxia por disminución de las células de Purkinje en el cerebelo. Lo anterior, aunado a la pérdida de fuerzas por la atrofia muscular senil, provoca caídas en el anciano e inseguridad al caminar. La caída es una de las causas principales de fracturas de cadera y de neumonía como complicación mortal.

A todos los procesos crónico-degenerativos que ocasionan esta enfermedad peligrosa, y que producen discapacidad, se suman las alteraciones debidas a las afectaciones anteriores ya olvidadas, como: traumatismos e intoxicaciones voluntarias, profesionales o por medicamentos.

De acuerdo con Coppa<sup>12</sup> coinciden alteraciones vestibulares, fracturas de cadera y riesgo de nuevas fracturas. Se debe insistir en la prevención de estos problemas peligrosos en el equilibrio del adulto mayor, por medio de ejercicios del cuello, y de toda la vía vestibulo espinal y cerebelosa.<sup>13</sup>

### **Presbiosmia y presbigusia**

Con la edad, a consecuencia de los cambios neuroepiteliales en la nariz y en el área del gusto, se produce hiposmia e hipoagusia. Hay aumento de los umbrales olfatométricos y gustométricos por degeneración neuroepitelial y alteraciones en los neurotransmisores y las vías nerviosas.

La presbigusia está potenciada por la presbiosmia, ya que el sentido del olfato es en gran parte responsable, desde el punto de vista neurofisiológico, del sentido del gusto. También contribuye a la disminución de la sensibilidad de la cavidad oral del adulto de la tercera edad.<sup>14</sup>

### **Presbilaringe**

Es responsable, como la presbiacusia, de los trastornos de la comunicación del adulto mayor y de sus consecuencias señaladas. De acuerdo con Bloch<sup>15</sup> su diagnóstico es por exclusión y se efectúa por videoestroboscopia. Se describe atrofia laríngea, incompleto cierre de la glotis y alteración en los pliegues de la mucosa laríngea.

### **Presbifaringe**

Las dificultades en la deglución en el adulto mayor pueden ocasionarle problemas graves, como broncoaspiración y, por lo tanto, tos crónica y traqueobronquitis. Los trastornos neurológicos diversos, secundarios a la edad avanzada, pueden contribuir a la disfagia, que también es favorecida por la disminución sensorial en la boca, faringe e hipofaringe.<sup>16</sup> Todo lo anterior deteriora la deglución,

respiración y vocalización del adulto mayor.

## La nariz y sus cambios con la edad

Como el resto del cuerpo, con la edad cambia la nariz por dentro y por fuera. Los síntomas nasales en el adulto de la tercera edad son muy frecuentes. La sinusitis crónica está en el séptimo lugar de morbilidad en este grupo. También son más frecuentes que en el joven los pólipos nasales, la rinorrea anterior y posterior, las epistaxis y las costras nasales.

La escasa literatura médica sólo relata cambios parciales en la tercera edad, por lo que estos problemas son poco estudiados y conocidos; sin embargo, la nariz se vuelve vulnerable a diversas enfermedades.

Hollender,<sup>17</sup> en 1944, señaló cambios subepiteliales que consisten en la disminución de la circulación linfática. Kushnick<sup>18</sup> con microscopía electrónica encontró disminución de las células ciliadas en individuos de edad avanzada que, con otros cambios “viscoelásticos”, predisponen al adulto mayor a costras nasales. González Ulloa<sup>19</sup> señala que el descenso en el lóbulo nasal con la edad se debe a la lasitud de la piel y a que la variabilidad en el ancho y largo nasal es resultado de los cambios malos y alveolares.

Eldestein<sup>20</sup> señala que la nariz cambia interna y externamente. Al interior, los ciclos nasales, las corrientes de aire, la inflamación y los alérgenos hacen muy difícil evaluar los cambios rinológicos que se manifiestan con la edad.

Vetter,<sup>21</sup> al estudiar cambios nasales septales en tres grupos de edad avanzada, menciona mayor crecimiento celular en su eje anterior y mayor padecimiento de condrocitos en pacientes adultos mayores que afectan a la nariz en el flujo de aire.

Sakakura<sup>22</sup> estudió la función mucociliar en 30% de pacientes de más de treinta años y la encontró disminuida.

Los cambios funcionales de la nariz, con la edad, son notables. La rinorrea gustatoria, que consiste en el aumento de la secreción nasal durante la alimentación, es mayor en el anciano. Los estudios rinomanométricos señalan mayor resistencia nasal con la edad. Esta función también se afecta por los procesos de envejecimiento de la vía respiratoria baja que dañan la motilidad ciliar. Todo lo anterior explica la frecuencia y las fluctuaciones de los síntomas nasales del anciano que deberán tomarse en cuenta al prescribir medicamentos, ya que los hipotensores y los diuréticos resecan la nariz y hacen espeso al moco nasal. Este mismo efecto es producido por vasoconstrictores y antihistamínicos.

## Rinitis geriátrica y alergia

Esta enfermedad es muy frecuente, subdiagnosticada y a menudo mal tratada.<sup>23</sup> La atrofia del cartílago nasal del tejido submucoso, y de las glándulas mucosas, hace que el moco nasal sea espeso y que haya goteo posnasal, tos crónica, sensación de cuerpo extraño, irritación laríngea y carraspera. La disminución del flujo sanguíneo microvascular ocasiona sequedad y costras nasales. El diagnóstico diferencial deberá efectuarse con la rinitis alérgica, la vasomotora y la sinusitis crónica; están contraindicados los antihistamínicos y los corticoesteroides. El tratamiento de la rinitis geriátrica consiste en humidificar la nariz del anciano mediante métodos simples.

## Rinoplastia en la edad avanzada

La intervención nasal tiene especiales retos para el cirujano rinólogo. Este tipo de pacientes tiene diferentes expectativas y motivaciones que los jóvenes. Los trastornos característicos de la tercera edad hacen que se deba poner especial interés en que la discusión preoperatoria sea honesta y realista.

Además de los cambios en la piel y el lóbulo nasal, con la edad también hay transformaciones en las proporciones estéticas faciales que ameritan técnicas quirúrgicas diferentes. Los cambios de la piel, secundarios a la edad, se deben a que se acentúan la ptosis lobular y la giba dorsal. Las metas quirúrgicas deben ser mucho más conservadoras en este grupo de edad, ya que la cicatrización es más lenta, la piel más delgada y difícil de manipular. Los pacientes que requieran ritidectomía deben tener un estado de salud general apropiado que garantice una buena evolución postoperatoria.

El tratamiento quirúrgico óseo debe ser cuidadoso y lo menos invasor posible, ya que el hueso cicatriza con mucho mayor lentitud que en el adulto joven.

Getchel<sup>24</sup> encontró que en pacientes de más de 60 años disminuye la inmunorreactividad; con la edad, la respuesta se deteriora progresivamente por falta de eficiencia linfocitaria y por cambios estructurales celulares, en especial de los linfocitos T. Esto facilita las infecciones rinosinuales con rinorrea posterior.<sup>25</sup> Las condiciones sistémicas deterioradas del anciano, además del autodiagnóstico, automedicación y factores agregados, como la deshidratación y alergias, hacen que sean estos padecimientos los más difíciles de tratar en la otorrinolaringología geriátrica.

Las causas de envejecimiento de la piel son múltiples, en especial las genéticas y ambientales. Disminuye la actividad mitótica celular que conduce a su evidente atrofia, inducida por los cambios en el ADN. La ionización y radiación de los rayos solares ultravioleta desencadenan a los radicales libres propiciando la malignización. Es muy recomendable el uso de protectores solares en la edad avanzada, de otra manera los efectos serían: retraso en la cicatrización y menor defensa a la infección, seborrea, queratosis y hemangiomas. Estos factores deberán analizarse antes de efectuar incisiones de la piel de la cara.

El tratamiento quirúrgico óseo debe ser cuidadoso y lo menos agresivo posible, ya que el hueso cicatriza con mucho mayor lentitud que en el adulto joven.

En el único trabajo de otorrinolaringología geriátrica del último Congreso Internacional, Marioni<sup>26</sup> señaló que existe mayor incidencia de enfermedades sistémicas concomitantes y de complicaciones en el cuello en la tercera edad, como infecciones profundas del cuello.

La conducta celular oncológica es diferente en este grupo de edad. La búsqueda de atención médica en estos casos es más tardada. Son más comunes los tumores no escamosos de tiroides y glándulas salivales. Hacen más difícil el tratamiento cuestiones como: problemas cancerosos por el retraso en el diagnóstico, ansiedad por los costos, aislamiento social, en ocasiones la ausencia de un médico personal y actitudes catastrofistas.

## Conclusión

El proceso de envejecimiento es progresivo, irreversible y mortal, e incluye el área de la cabeza y el cuello. Estos cambios anatomofisiológicos han sido poco estudiados y descritos, por lo que no se les otorga la importancia debida. El otorrinolaringólogo debe tratar al anciano en forma especial e integral. El organismo y el metabolismo del adulto de la tercera edad son diferentes de los del adulto medio y del joven, y requieren otro tipo de enfoque terapéutico y farmacológico. Aun tratándose de las mismas enfermedades, no se deben usar los mismos fármacos ni las mismas dosis que en el adulto. La medicación en este grupo deberá ser personalizada, cuidadosa, controlada, eficiente y sin riesgo. En suma, es necesario tratar al adulto mayor con problemas otorrinolaringológicos con: mejor estudio clínico, comprensión de su enfermedad y más calidez, calidad, paciencia y humanidad.

## Referencias

- Segunda Asamblea Mundial OMS, 1. Una sociedad para todas las edades, 1998.
- Bailey BJ. Perspectives on health care for the elderly. In: Geriatric otorhinolaryngology. Philadelphia: Decker, 1989;pp:189-92.
- Winker MA, Glass RM. The aging global population: A call for papers. JAMA 1996;276:1758.
- Ward N, Pratt L. Otolaryngologists older than 60 years: Results of and reflections on survey. Responses from 865 colleagues regarding retirement. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999;125:263-8.
- Montes de Oca E. La tercera edad en el tercer milenio, un reto para todos. LI Congreso Nacional de ORLYCCC, 2004.
- Montes de Oca D, et al. Otorrinolaringología y medicina alternativa. En proceso publicación.
- Rooke GA, Reve JG, Rosow C. Anesthesiology and geriatric medicine: Mutual needs and opportunities. Anesthesiology 2002;96:2-4.
- Newman MF, Kirchner JL, Phillips-Bute B, et al. Neurological Outcome Research Group of the Duke Heart Center: Longitudinal assessment of neurocognitive function after coronary artery bypass surgery. Perioperative decline predicts long-term (5-year) neurocognition deterioration. N Engl J Med 2001;344:395-402.
- Solomon DH, Burton JR, Lundebjerg NE, Eisner J. The new frontier: Increasing geriatrics expertise in surgical and medical specialties. J Am Geriatric Soc 2000;48:702-4.
- Interdisciplinary Leadership Group of the American Geriatrics Society: A statement of principles. Toward improved care of older patients in surgical and medical specialties. J Am Geriatric Soc 2000;48:699-701.
- Willard C. Surgery in the aging population (Clinical challenges in Otolaryngology). Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999;125:1405.
- Coppa MA, Pérez VA. Alteraciones vestibulares determinadas por la pauta EHV de Norré y riesgo de caída en adultos mayores de 65 años fracturados de cadera institucionalizados del sexo femenino. Tesis de la Facultad de Chile, 2002.
- Konrad HR, Girardi M, Helfert R. Balance and aging. Laryngoscope 1999;109:1454-60.
- Small DM, Voss J, Mak YE, et al. Experience-dependent neural integration of taste and smell in the human brain. J Neurophysiol 2004;92:1892-903.
- Bloch I, Behrman A. Quantitative analysis of videostroboscopic images in presbylarynges. Laryngoscope 2002;112:2022-7.
- Aviv JE, Martin JH, Jones ME, et al. Age-related changes in pharyngeal and supraglottic sensation. Ann Otol Rhinol Laryngol 1994;103:749-52.
- Hollender AR. Histopathology of the nasal mucosa of older persons. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1944;40:92-100.
- Kushnick SD, Pelton-Henrion K, McCormick SA, et al. A scanning electron microscopic study of smoking and age-related changes in human nasal epithelium. Am J Rhinol 1992;6:185-90.
- Gonzalez-Ulloa M, Flores ES. Senility of the face-basic study to understand its causes and effects. Plast Reconstr Surg 1965;36:239-46.
- Eldenstein DR. Aging of the normal nose in adults. Laryngoscope 1996;106:1-25.
- Vetter U, Heit W, Helbing G, et al. Growth of the human septal cartilage: Cell density and colony formation of septal chondrocytes. Laryngoscope 1984;94:1226-9.
- Sakakura Y, Ukai K, Majima Y, et al. Nasal mucociliary clearance under various conditions. Acta Otolaryngol (Stockh) 1983;96:167-73.

- 
23. Little DA. Allergies in the aging. *Geriatrics & Aging* 2005;8:52-3.
24. Getchell ML, Chen Y, Ding X, et al. Immunohistochemical localization of a cytochrome P-450 isozyme in human nasal mucosa: Age-related trends. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1993;102:368-74.
25. Habib U, Ewan AM. Neuroendocrinology of aging. *Age and Aging* 2001;30:279.
26. Marioni G, Castegnato E, Ferraro SM, et. al. Deep neck infections in elderly 2005. XVIII IFOS World Congress.