

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
MAESTRIA EN MEDICINA ESTOMATOLOGICA

**“PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES DE TEJIDOS BLANDOS EN UNA
POBLACION DE ADULTOS MAYORES EN VENEZUELA”**

Trabajo Especial presentado ante la ilustre

Universidad Central de Venezuela por la

Od. Valentina Mujica Torrealba

Para optar al título de:

Magíster Scientiarum en Medicina Estomatológica.

Caracas / Noviembre de 2005.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
MAESTRIA EN MEDICINA ESTOMATOLOGICA

**“PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES DE TEJIDOS BLANDOS EN UNA
POBLACION DE ADULTOS MAYORES EN VENEZUELA”**

Tesista: Valentina Mujica Torrealba.

Tutora: Maria del Carmen Carrero Rivas.

Caracas / Noviembre de 2005.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
MAESTRIA EN MEDICINA ESTOMATOLOGICA

**“PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES DE TEJIDOS BLANDOS EN UNA
POBLACION DE ADULTOS MAYORES EN VENEZUELA”**

Tesista: Valentina Mujica Torrealba.

Tutora: Maria del Carmen Carrero Rivas.

Caracas / Noviembre de 2005.

Aprobado en nombre de la
Universidad Central de Venezuela
por el siguiente jurado examinador:

Tutora: Maria del Carmen Carrero Rivas.
Cedula de Identidad N°:

Firma

Jurado:
Cedula de Identidad N°:

Firma

Jurado:
Cedula de Identidad N°:

Firma

OBSERVACIONES: _____

Caracas / Noviembre de 2005.

DEDICATORIA

A ustedes papás, porque todos mis logros
son suyos.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Carmen Carrero, por la distinguida orientación dada a este trabajo, por los conocimientos a mí transmitidos, por su ejemplo de dedicación al trabajo, integridad e idealismo, por su gran calidad humana, mi admiración y sinceros agradecimientos.

A la Doctora Helen Rivera, por haberme permitido compartir sus conocimientos y experiencias, por su asistencia en momentos de duda.

A Sofi por el compañerismo y amistad que me ha demostrado, por la colaboración y ayuda indispensables en la realización de este trabajo.

A los docentes del Servicio de Clínica Estomatológica de la Facultad de Odontología U.C.V.

A Claudia y a la Sra. Elsa, quienes laboran en Laboratorio de Histopatología Bucal “Dr. Pedro Tinoco”.

Al Personal del Laboratorio de Microbiología
de la Facultad de Odontología U.C.V.

Al INAGER, especialmente a la Unidad Geriátrica “Dr. Joaquín
Quintero- Quintero” por haberme permitido realizar esta
investigación en sus instalaciones.

A todos los pacientes, que gracias a su participación
fue posible este estudio.

A mi familia y amigos, por creer en mí y apoyarme
siempre que lo necesito.

TABLA DE CONTENIDO

	PP.
Lista de Tablas.	vii
Lista de Figuras.	viii
Resumen.	ix
<u>INTRODUCCIÓN</u>	1
CAPITULO	
<u>I- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN</u>	10
1- DEMOGRAFÍA. A nivel mundial, en Latinoamérica y Venezuela.	10
2- ENVEJECIMIENTO.	15
3- ODONTOGERIATRÍA: Una disciplina al servicio de la edad avanzada.	22
4- LA SALUD BUCODENTAL EN LA TERCERA EDAD.	27
5- INFLUENCIA DE LA CAVIDAD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.	30
6-ALTERACIONES DE LA MUCOSA BUCAL INHERENTES AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.	35
6.1- <i>Cambios asociados al proceso de envejecimiento.</i>	35
6.2- <i>Alteraciones asociadas a deficiencias nutricionales.</i>	46
6.3- <i>Cambios de la mucosa bucal, secundarios a enfermedades sistémicas.</i>	56
6.4- <i>Cambios asociados al de uso medicamentos (Farmacia y multifarmacia).</i>	72

6.5- <i>Alteraciones de la mucosa bucal, debidas a procesos de adaptación o modificación de las estructuras bucales.</i>	80
6.6- <i>Lesiones bucales más comunes en adultos mayores.</i>	93
II- MARCO METODOLÓGICO	115
1- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	115
1.1- <i>Objetivo general</i>	115
1.2- <i>Objetivos específicos</i>	115
2- MATERIALES Y MÉTODOS	116
2.1- <i>Equipos de laboratorio</i>	116
2.2- <i>Materiales de laboratorio</i>	117
2.3- <i>Material biológico</i>	117
2.4- <i>Recursos humanos</i>	118
3- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	118
3.1- <i>Tipo de estudio</i>	118
3.2- <i>Población objeto de estudio</i>	118
3.3- <i>Técnicas e instrumento de recolección de datos</i>	119
3.4- <i>Análisis estadístico de datos</i>	125
III- RESULTADOS	126

IV- DISCUSIÓN	153
----------------------	------------

V- CONCLUSIONES	167
------------------------	------------

VI- RECOMENDACIONES	170
----------------------------	------------

VII- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	171
--	------------

VIII- ANEXOS	201
---------------------	------------

Anexo A: Instrumento de recolección de datos.	202
Anexo B: Cambios asociados al proceso de envejecimiento.	204
Anexo C: Alteraciones asociadas a deficiencias nutricionales.	205
Anexo D: Alteraciones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis dentales.	206
Anexo E: Candidiasis bucales.	207
Anexo F: Lesiones premalignas.	208
Anexo G: Lesiones malignas.	210
Anexo H: Displasias epiteliales.	211

LISTA DE TABLAS

	PP.
TABLA 1- Causas fundamentales de boca seca en el adulto mayor.	46
TABLA 2- Principales fármacos causales de hiposalivación.	74
TABLA 3 - Efectos secundarios de la medicación a nivel bucal.	79
TABLA 4- Distribución de adultos mayores según su desempeño en la comunidad.	127
TABLA 5- Prevalencia de lesiones bucales en tejidos blandos en adultos mayores.	132
TABLA 6- Relación entre la ausencia de dientes y uso de prótesis en los pacientes que presentaban lesiones bucales.	137
TABLA 7- Relación entre el uso de prótesis bucal y lesiones de tejidos blandos producidos por las mismas.	139
TABLA 8- Prevalencia de tipos de candidiasis en adultos mayores.	141
TABLA 9- Prevalencia de lesiones premalignas y malignas en tejidos blandos.	144
TABLA 10- Tratamiento aplicado.	151
TABLA 11- Relación entre leucoplasia bucal y su diagnóstico histopatológico.	152

LISTA DE FIGURAS.

	PP.
Fig. 1- Distribución de adultos mayores según el género.	126
Fig. 2- Distribución de adultos mayores según su desempeño en la comunidad.	128
Fig. 3- Presencia de lesiones bucales de tejidos blandos en adultos mayores.	129
Fig. 4- Prevalencia de una o más lesiones bucales de tejidos blandos en adultos mayores.	130
Fig. 5- Prevalencia de lesiones bucales de tejidos blandos en adultos mayores.	133
Fig. 6- Rango de edad más afectado.	134
Fig. 7- Género mas afectado con lesiones bucales de tejidos blandos.	135
Fig. 8- Presencia de lesiones bucales de tejidos blandos en adultos mayores, según su desempeño en la comunidad.	136
Fig. 9- Relación ausencia de dientes-uso de prótesis- presencia de lesiones bucales.	138
Fig. 10- Relación entre el uso de prótesis bucal y lesiones de tejidos blandos producidas por las mismas.	140
Fig. 11- Tipos de Candidiasis en adultos mayores.	142
Fig. 12- Prevalencia de lesiones benignas y malignas.	143
Fig. 13- Prevalencia de lesiones benignas, premalignas y malignas de tejidos blandos en adultos mayores.	145
Fig. 14- Evaluar el método diagnóstico aplicado.	147
Fig. 15- Relación entre leucoplasia bucal y su diagnóstico histopatológico.	153

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de lesiones bucales en tejidos blandos de los pacientes que acudían al, Servicio Odontológico de la Unidad Geriátrica “Dr. Joaquín Quintero-Quintero” perteneciente al Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología (INAGER). 340 pacientes fueron evaluados clínicamente, de estos 266 eran institucionalizados y 74 ambulatorios, en edades comprendidas entre los 60 y 104 años, 212 pertenecían al género femenino y 128 al masculino. Se realizó el análisis estadístico utilizando el software SPSS versión 11, se realizó contraste de hipótesis con un nivel de significación del 5%. Los resultados de esta investigación arrojaron que 57% de la población estudiada presentaba una o mas lesiones bucales, asociadas al uso de prótesis, trauma y consumo de tabaco, observándose que el género más afectado fue el femenino, las lesiones predominaron en pacientes institucionalizados en la categoría de 60 a 74 años, el 34% de estos presento sólo una lesión en cavidad bucal, aunque podían verse casos donde coincidían hasta 4 lesiones. Las alteraciones más frecuentes fueron: estomatitis subprotésica, leucoplasia bucal, hemangioma, máculas melanóticas bucales, fibroma traumático, hiperplasia fibrosa inflamatoria, queilitis angular, entre otras. Los hallazgos observados destacan la necesidad de efectuar exámenes exhaustivos de tejidos blandos en pacientes de edad avanzada.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población ocupa la atención hoy día a nivel mundial, tanto en países altamente industrializados, como de los que transitan hacia el desarrollo. También forma parte de la motivación de organismos internacionales que promueven el desarrollo social, que luchan por los derechos humanos y propician la protección de los grupos más vulnerables de la población, sobre todo por las implicaciones de salud y derechos humanos que vinculan el tema.

Sin embargo, en los últimos años se ha dado mayor énfasis a este tema, al considerar que en el mundo existen en la actualidad cerca de 580 millones de personas mayores de 60 años, aproximadamente del 15 al 18% de la población mundial. La estructura demográfica de la población se ha ido modificando en América Latina desde los años sesenta como expresión de cambios promedios en los niveles de fecundidad y mediante el control de la natalidad, resultando esto en una disminución de la tasa de nacimientos y un aumento real en la expectativa de vida, que pasó de aproximadamente 44 años en 1900 a 76 años en 1996. En los últimos 3 decenios del siglo pasado, el número medio de hijos por mujer descendió de 6 a 3, y entre 1950 y la actualidad la duración media de la vida aumentó más de 20 años, hasta llegar a los 70 años. ^(1,2)

Los grandes avances médicos y tecnológicos han reducido la incidencia de enfermedades infecciosas, entre otras cosas por la utilización de antibióticos e inmunización contra enfermedades, lo que ha permitido la longevidad de las personas y el aumento en la expectativa de vida. ⁽²⁾

Para enfrentar el desafío que representa el proceso de envejecimiento, a nivel internacional se han realizado importantes esfuerzos. Uno de los principales fue la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento promovida por las Naciones Unidas en 1982. El resultado de ese trabajo se recoge en un documento conocido como el “Plan de Viena”, que sintetizó un marco político y los principios de una política universal para enfrentar los problemas y fenómenos del envejecimiento de la población. ⁽³⁾

Posteriormente, en 1991 se declararon los Principios de las Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad, con la finalidad de propiciar que los gobiernos introdujeran en sus programas y políticas los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad en la atención de los adultos mayores.

En la Segunda Asamblea Mundial realizada en abril de 2002 en la ciudad de Madrid, se presentó un Plan de Acción en el cual se comprometen los países a propiciar un entorno favorable para esta población. En el caso de América Latina

se otorgó prioridad a los temas de seguridad económica, salud y la creación de condiciones favorables para el desarrollo y bienestar de los adultos mayores. ⁽⁴⁾

En la región también se han concretado una serie de iniciativas en ese sentido, en 1995 la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) promovieron las “Políticas de Atención Integral a la Tercera Edad en América Latina”. En 1997, la Organización Mundial de la Salud conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) presentaron en la ciudad de Montevideo, Uruguay, la declaración sobre “Política de Protección Integral al Envejecimiento y la Vejez Saludable”. Posteriormente en 1999, en el marco de la celebración del Año Internacional de las Personas de Edad, promovido por la CEPAL y OPS, se llevó a cabo en Santiago de Chile el “Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre Personas de Edad” con la finalidad de discutir el impacto que el envejecimiento traerá a la región. ⁽³⁾

El más reciente evento fue la “Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: “Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”, celebrada en Santiago de Chile en noviembre del 2003. La meta general establecida fue la protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, de participación

social y de educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo.⁽⁵⁾

Las acciones comentadas anteriormente son demostraciones de preocupación e interés por el fenómeno, toda vez comprobadas las consecuencias que produce en todos los ámbitos de la vida, tanto a nivel social, económico y en el campo de la salud, ya que el envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más importantes de finales de siglo pasado y será protagonista del presente, pues trae profundas modificaciones en las estructuras sociales, económicas y culturales a nivel mundial.⁽⁶⁾

En el plano económico el envejecimiento de la población cambia la relación de dependencia entre jóvenes y ancianos y el tamaño de la población activa. Generalmente, los adultos mayores pasan a desincorporarse del mercado de trabajo incrementando la relación de dependencia entre la población económicamente productiva. En consecuencia, es necesario hacer ajustes en el empleo, la seguridad social, el bienestar, la educación y la atención en salud, así como en las pautas de ahorro, inversión y consumo, debido a que el incremento de personas en edades avanzadas demanda un mayor consumo de bienes y servicios en función de las necesidades propias de este grupo.⁽⁷⁾

La vida familiar de las personas mayores también está sujeta a cambios importantes, a veces limitados por las condiciones de salud o por la viudez, éstas

generalmente requieren de la ayuda o pasan a depender de sus familiares; de hecho en América Latina, los adultos mayores generalmente viven en hogares multigeneracionales, siendo la familia la principal entidad responsable del cuidado de sus mayores. Sin embargo, la existencia de estos arreglos familiares no significa necesariamente que los adultos mayores dependan económicamente de su grupo, por el contrario, otros miembros del hogar podrían ser los dependientes.⁽⁸⁾

Culturalmente en los países menos desarrollados por ser poblaciones que no han experimentado el envejecimiento, y que tradicionalmente están conformadas en su mayoría por personas jóvenes, en menor medida le dan importancia a esta etapa de la vida. Muchas veces los adultos mayores no son reconocidos como transmisores de los valores, tradiciones y costumbres de la sociedad. A diferencia de los países desarrollados, no son objeto de cuidados ni privilegios, contrariamente, a veces son víctimas de maltratos y abandono.

Es de destacar que, existe una clara diferencia entre el proceso de envejecimiento que se ha dado en los países altamente industrializados y el que se desarrolla en América Latina. En el primer caso ha sido paulatino, han contado con un proceso de desarrollo suficientemente afianzado para adaptarse al proceso, pudiendo crear condiciones favorables para enfrentar el incremento de la población de adultos mayores. Sin embargo, en la región latinoamericana el proceso se da a un ritmo más acelerado y en condiciones socioeconómicas muy

diferentes, con altos índices de pobreza, una persistente inequidad social, un escaso desarrollo institucional y una baja cobertura de la seguridad social. ⁽⁹⁾

Esta población a nivel mundial tiene tendencia a un alto crecimiento. En el caso de América Latina para el 2000 era de 40 millones, se calcula que para el 2025 este grupo poblacional será de 96 millones, significa un incremento a más del doble, lo que representará entre un 16 y 20 % de la población total de estos países, según la fase de transición demográfica en que se encuentren. ⁽⁸⁾

En Venezuela, la población de 60 años y más para 1990, según el Censo Nacional de Población y Vivienda era de 1.101.597 personas, es decir, un 6,1 de la población total, en tanto que para el Censo 2001 es de 1.711.298, que significa un 7,7%. Quiere decir, que durante el período 90 - 2001 hubo un incremento de 609.701 personas, con una tasa de incremento promedio anual de 3,5. Se calcula que para el 2025 habrá 4.041.025 de adultos mayores, aumentando su importancia relativa a un 12% de la población total. ⁽¹⁰⁾

Una característica del proceso de envejecimiento de la población en la región, es que se desarrolla en un contexto de pobreza. Para el año 2002, según estimaciones de CEPAL (2004), un 44% de la población de América Latina, es decir, un poco más de 220 millones de personas se encontraban en estado de pobreza, y un 19,4%, más de 97 millones, en estado de indigencia. La evolución

de la pobreza en la región ha sido heterogénea desde 1997 hasta 2003. En Venezuela se estimó que para ese mismo momento, un 48,6% de la población, se encontraba en estado de pobreza, y un 22,2% en estado de indigencia, cifra mayor al promedio en la región, lo que complica más la situación por la dificultad del acceso a la asistencia sanitaria adecuada. ⁽¹¹⁾

Por otra parte, en Venezuela, al igual que en muchos otros países de la región, no se cuenta con un sistema de seguridad social de amplia cobertura, ya que el porcentaje de cobertura en los adultos mayores no alcanzaba a un 15%, mientras que alrededor de un 58% no recibía ingresos de ninguna fuente, aumentando así su dependencia económica y vulnerabilidad social. En Venezuela el 5% de las personas de 65 y más años de edad están institucionalizados, en tanto que el 95% restante vive en comunidad. ⁽⁹⁾

Dada su importancia, el envejecimiento de la población es motivo de estudio tanto a nivel académico como en el ámbito de las políticas públicas. Son diversas las áreas o enfoques desde los que se aborda este fenómeno, desde el campo de la demografía, de la salud, pasando por los aspectos físicos y psicológicos, hasta el uso del tiempo de ocio de los ancianos.

Como se ha visto, la sociedad envejece rápidamente y el incremento del número de personas de más de 60 años es el factor poblacional que caracteriza

los cambios demográficos actuales. Esto ha servido como razón para realizar un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de lesiones bucales de tejidos blandos en la población de “adultos mayores”. En este un grupo, donde las lesiones y tratamientos han sido muy cambiantes en las últimas décadas. Y tomando en cuenta que son necesarias unas estadísticas propias, ya que generalmente son tomadas cifras de reportes y estudios extranjeros, los cuales no se corresponden a la realidad de nuestro país, en cuanto a la raza, idiosincrasia, estructura socioeconómica y cultural, las cuales influyen de manera importante en la aparición y prevalencia de ciertas patologías bucales.

Las enfermedades bucales y las necesidades de tratamiento en el anciano varían notablemente en cada país, en sus diferentes regiones, e incluso entre los pacientes hospitalizados, los institucionalizados y los que viven en comunidad, por eso la importancia de realizar esta investigación, ya que estas diferencias pueden estar dadas incluso por factores como el nivel socioeconómico, la historia médico-odontológica del individuo, el costo del tratamiento, el acceso a los servicios dentales, la incapacidad física o mental y los factores sociales. ⁽¹²⁾

Al considerar que la atención médico-odontológica que deben recibir las personas mayores de 60 años de edad debe ser bien dirigida y específica, es importante establecer un protocolo de atención al paciente geriátrico de acuerdo a las patologías prevalentes, partiendo del diagnóstico sistémico y odontológico, tratamiento, bases quirúrgicas, controles post-operatorios, medicación pre y post-

operatoria mas adecuada, todo esto en comunicación con el médico tratante, así como el conocimiento que se debe tener sobre los valores hematológicos importantes a considerar al momento del manejo de este paciente. ⁽¹³⁾

Por otro lado, es importante considerar e incorporar el estudio de la Odontogeriatría en los planes de estudios universitarios, ya que, al igual que el número de personas mayores, también el número de dientes naturales remanentes en estas personas viene aumentando, situación que obliga al odontólogo a reconocer las patologías bucales más prevalentes en este grupo y a proponer políticas que lleven al mejoramiento en la calidad de vida y la atención en salud del paciente anciano. ⁽¹³⁾

La información existente sobre patología bucal en la población geriátrica es limitada de allí que no se encuentran reportes sobre investigaciones similares en Venezuela. Por otra parte, la mayoría de los reportes en el extranjero corresponden a estudios en pacientes institucionalizados y están dirigidos a determinar caries, predicción de caries, enfermedades periodontales, ^(14,15) modificaciones en la flora bacteriana, cambios en el flujo salival, necesidades de atención médico-odontológica y su relación con factores sociales y barreras en la atención de los ancianos. Mientras que son escasos los reportes de patología en tejidos blandos. ^(16,17)

I- ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

1- DEMOGRAFIA

A nivel mundial, en Latinoamérica y Venezuela.

El término envejecimiento se refiere a un proceso que se da tanto en una persona como en una población. Desde el ámbito demográfico se define como el aumento gradual de la proporción de personas adultas y de edad avanzada, con respecto a la población total, en tanto que el envejecimiento individual alude al proceso biológico, psicológico y social que vive una persona al alcanzar una edad avanzada. ⁽¹⁸⁾

Hay dos procesos determinantes en el ***envejecimiento de la población***, en primer lugar, el descenso de la fecundidad y el otro es la disminución de las tasas de mortalidad, fenómenos que se han producido paralelamente y a consecuencia del desarrollo científico, técnico y económico. Estos dos fenómenos están condicionados por las variables sociales y económicas de cada país. ⁽¹⁸⁾

El envejecimiento está marcado por el avance de la transición demográfica en cada uno de los países por los patrones de migración que se registran. El término ***transición demográfica*** se define como un proceso de larga duración, que parte de un bajo crecimiento demográfico, dado por altas tasas de mortalidad y fecundidad, hasta llegar a uno bajo, también con bajas tasas de mortalidad y fecundidad. ⁽³⁾

La tipología elaborada en América Latina por el CELADE, comprende cuatro grupos: **transición incipiente (TI)**, que comprende a países que aún poseen altas tasas de natalidad y mortalidad, **transición moderada (TM)**, que se refiere a los países que presentan una mortalidad en descenso y una natalidad relativamente elevada, **plena transición (PT)**, que se caracteriza por una natalidad descendente y una mortalidad moderada o baja, y la última etapa es la **transición avanzada (TA)** en la que la natalidad y la mortalidad son moderadas o bajas. ⁽⁸⁾

Un fenómeno asociado al envejecimiento de la población es que las personas viven en promedio más años que antes, en términos demográficos significa un aumento en **esperanza de vida**. Quiere decir, que una persona puede vivir en promedio más años que aquellos que han nacido en otro momento. ⁽⁸⁾

La esperanza de vida es un indicador sensible a las condiciones de vida y al desarrollo de los países. Así tenemos que a mayor desarrollo, mayor es la esperanza de vida de los habitantes de un país. La esperanza de vida promedio en los países más industrializados está en el orden de los 75,5 años para los hombres, en tanto que para las mujeres alcanza los 83 años.

En Venezuela, según las Proyecciones de Población ⁽¹⁰⁾ para el 2001 la esperanza de vida al nacer era de 73,72 años. Al discriminar por sexo, para los hombres es de 70,83 y para la mujeres 76,61, se puede observar entonces que las mujeres viven en promedio casi seis años más que los hombres. ⁽¹⁹⁾

El **envejecimiento individual** es el segundo concepto de envejecimiento mencionado, tiene que ver con la prolongación de la vida de los individuos. El proceso de envejecimiento biológico ocurre a lo largo de toda la vida, sin embargo se considera vieja a una persona cuando se encuentra al final de ésta, en la que dicho proceso se hace más acelerado y va comprometiendo las facultades físicas y mentales. ⁽²⁰⁾

Como se ha descrito, el envejecimiento poblacional está definido en base a tres factores que determinan la llamada pirámide demográfica, son: la fertilidad, la mortalidad infantil y los fenómenos migratorios, sobre todo en las capas juveniles.

La Organización de Naciones Unidas (ONU), en el año 1956 estableció tres parámetros para caracterizar si una sociedad era joven o madura; ⁽²¹⁾ utilizando como limite inferior del comienzo de la tercera edad los 65 años y mas.

1. Sociedad joven: aquella que tiene menos de un 4% de personas mayores de 65 años.

2. Sociedad madura: aquella que tiene entre un 4 y un 6.9% de adultos mayores.
3. Sociedad envejecida: aquella que supera el 7% de adultos mayores.

En Venezuela para 1999, en función de los planteamientos de la ONU, se consideraba que su población era madura, ya que 12,6% pertenecía al grupo de menores de 4 años, 23,6% al de 5 a 14 años y 55,5% al de menores de 25 años. Solo 4,1% de la población se encontraba en el grupo de 65 años y más. ⁽²²⁾

Existen algunos criterios de clasificación de edades en los adultos mayores. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, se consideran personas mayores a aquellas que tienen 60 años o más, pero debido a la gran pluralidad de factores -biológicos, cronológicos, sanitarios, sociales, económicos... el concepto de edad, y a partir de ella, el de anciano, viejo o persona mayor, es todavía hoy un tema de debate y por el momento no hay un criterio numérico estándar.

Capo Pallás⁽²³⁾ afirmaba: *“Las edades son de nuestra vida y no, primariamente, de nuestro organismo, son etapas diferentes en que se segmenta nuestro quehacer vital”*. (p: 6)

La mayoría de los países desarrollados han aceptado y adoptado la edad cronológica de 60 años como definición de “persona mayor”. Sin embargo, debido

al aumento de la esperanza de vida y a la heterogeneidad del envejecimiento se distinguen tres grandes grupos para clasificar las personas mayores, ya que las características sociales y biológicas de estos tres grupos son suficientemente diferentes como para ser significativas y permitir describir cada una de ellas: ⁽²³⁾

Ancianos jóvenes: personas de edades comprendidas entre los **60-74 años**. En general, este grupo de población goza de buena salud y de autosuficiencia (es independiente para realizar las actividades de la vida diaria); por ello, el profesional sanitario deberá desarrollar para este colectivo un plan educacional dirigido a prevenir la incapacidad.

Ancianos: personas de **75-84 años**. La invalidez funcional y la necesidad de ayuda para las tareas domésticas o el transporte suelen ser los cambios más destacables, así como la morbilidad y la mortalidad.

Ancianos viejos: personas de más de **85 años**. La fragilidad y la incapacidad son los aspectos más predominantes.

Chackiel ⁽²⁰⁾ señala que el establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, que está sólo parcialmente determinada por factores biológicos y/o psicológicos. Estas construcciones teóricas varían de país a país y de cultura a cultura y a través del tiempo. Según Chackiel, se pueden distinguir cuatro etapas del ciclo de vida:

1. Primera edad relacionada con la infancia y la juventud.
2. Segunda edad vinculada a la vida activa y reproductiva.
3. Tercera edad referida a la etapa activa de retiro.
4. Cuarta edad que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro más acelerado. Esta cuarta etapa o cuarta edad, responde al incremento promedio de años de vida en los países desarrollados. Esta fase a su vez refiere dos etapas de la vejez, la primera entre los 60 y 75 años y la segunda a partir de los 75 años.

La definición cronológica de la población adulta mayor, no resulta particularmente útil en Odontología. Por tanto, emergió una definición funcional que clasifica a la población mayor en tres grupos distintos, en función de su capacidad de buscar atención. Esta clasificación ⁽²⁴⁾ determina las diferentes necesidades de cada grupo, y cómo las discapacidades funcionales afectan la capacidad de aceptar y recibir tratamiento odontológico. Los grupos son identificados de la siguiente manera:

- 1- Adultos mayores funcionalmente independientes
- 2- Adultos mayores débiles
- 3- Adultos mayores funcionalmente dependientes.

2- ENVEJECIMIENTO.

El envejecimiento es un proceso normal que se traduce en una serie de cambios fisiológicos que lenta y progresivamente se presentan en el transcurso

del tiempo y pueden considerarse como el efecto global del envejecimiento celular. Se caracteriza por el enlentecimiento gradual de algunas funciones y desaparición de otras, disminución de la adaptabilidad y defensas frente a los cambios ambientales, aumentando la vulnerabilidad de la persona con la aparición de una mayor incidencia de enfermedades que ponen en peligro la supervivencia del sujeto. ⁽²⁵⁾

Es importante distinguir el envejecimiento como proceso, del proceso de envejecimiento. El *envejecimiento como proceso* (“envejecimiento normal”) representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. No todos estos cambios relacionados con la edad tienen consecuencias clínicas negativas. ⁽²⁶⁾

Por el contrario, el *proceso de envejecimiento* está muy influenciado por los efectos de los estados del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades, que, a su vez, están relacionados con el envejecimiento o cambian por su causa pero que no se deben al envejecimiento en sí. ⁽²⁵⁾

El concepto de envejecimiento activo, fomentado ahora por la OMS, anima al “proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida”. ⁽²³⁾ (p:4)

Las definiciones categóricas de viejo, tercera edad, mayor y envejecimiento no son ni claras ni universalmente aplicables. Viejo es un término específico de cada persona, cultura, país y género. Las definiciones pueden variar a medida que los acontecimientos de la vida contribuyen a las transiciones del envejecimiento, por ejemplo, la jubilación del trabajo, la viudez. ⁽²⁶⁾

Una definición cronológica de tercera edad o de persona mayor se usa con mucha frecuencia, pero es cuestionada. Tanto la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como la OMS utilizan tablas donde categorizan a las personas mayores en rangos de edad, que inician a partir de los 60 en algunos casos 65 años y a los 80 años, clasificándolos en mayores y muy mayores respectivamente. ⁽²⁶⁾

Para muchos hombres y mujeres, especialmente en países en vías de desarrollo, la tercera edad viene acompañada de enfermedades y discapacidades crónicas, el resultado de unas vidas vividas en la pobreza, con escaso (o ningún) acceso a una asistencia sanitaria adecuada. Muchas personas son “mayores” funcionalmente en la cuarentena o en la cincuentena, lo que pone en duda la pertinencia de las definiciones cronológicas de la vejez. Para las personas mayores de países desarrollados la importancia de la salud personal se clasifica constantemente al mismo nivel que la de la seguridad material como preocupación prioritaria. ⁽²⁷⁾

En algunas sociedades la definición de tercera edad se basa en la edad oficial de jubilación, la cual puede colocar a muchos ciudadanos de la tercera edad en una posición de vulnerabilidad.

A medida que las poblaciones dejan de trabajar, pierden los beneficios, no sólo económicos sino también sociales y psicológicos, de la actividad y de tener un objetivo en la vida. Aunque la edad normal de jubilación en los países en vías de desarrollo tiende a ser menor que en los países desarrollados, a menudo en estos países las personas mayores están forzadas a trabajar durante los últimos años de su vida. Asimismo, aunque en algunas partes del mundo hay beneficios en materia de salud, dichos beneficios no siempre cubren adecuadamente los costos médicos, cada vez más elevados, que conlleva la edad. Esto puede disuadir a las personas de avanzada edad de buscar una atención médica adecuada en los últimos años de su vida. ⁽²⁶⁾

También la tercera edad es definida en relación con la capacidad de trabajar y los atributos sociales de la experiencia y el liderazgo. Por lo tanto, se considera que una persona es mayor cuando ya no puede trabajar a causa de la avanzada edad y la pérdida de fuerza física o por su mala salud. Basándose en esta capacidad física para trabajar, las personas mayores pueden ser clasificadas en tres categorías: ⁽²⁷⁾

1. *Mayores recientes*: personas que aún están activas y llevan a cabo actividades normales sin ayuda.
2. *Mayores*: personas que trabajan con dificultad y por tanto desarrollan actividades limitadas.
3. *Muy mayores*: aquéllos que trabajan con dificultad en sus casas o que no trabajan en absoluto.

La tercera edad también puede definirse en relación al aumento de dependencia de los demás debida a la creciente necesidad de seguridad causada por debilidades físicas y una salud que se deteriora. También las personas mayores pueden ser consideradas como una carga por culpa de su discapacidad o dependencia. Generalmente, el momento en que las personas mayores dependen del apoyo familiar constituye la base para definir la tercera edad. ⁽²⁸⁾

También en algunos casos, las transiciones del papel que desempeña una persona en la sociedad, como convertirse en padre o abuelo y perder la capacidad de reproducirse, surgen como indicadores de la tercera edad en muchas sociedades. Sin embargo en muchas culturas los términos utilizados para describir a las personas mayores son sinónimos de sabiduría, experiencia y visión, guardianes de la tradición, y los lazos que unen a la familia.

Determinantes de la salud del hombre al envejecer.

Tanto la salud como el envejecimiento son consecuencias sociales y culturales además de estar determinados biológicamente. Existen tres fuentes básicas para las diferencias en el envejecimiento saludable: los determinantes hereditarios, las circunstancias socioeconómicas y el estilo de vida y otros factores conductuales. Los factores culturales y políticos también influyen en la salud de las personas al envejecer. ⁽²⁶⁾

La influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de afecciones crónicas varía significativamente. Muchas personas tienen una predisposición genética a sufrir ciertas afecciones crónicas, como enfermedades coronarias, diabetes, determinados cánceres y la enfermedad de Alzheimer, por ejemplo. ⁽²⁶⁾

Los determinantes sociales y económicos del envejecimiento saludable abarcan una gran variedad de factores incluidos el estado laboral, las condiciones y seguridad del trabajo, y a edades más jóvenes la educación que se ha obtenido, el entorno de vida y la permanencia en él, y las circunstancias familiares. Es probable que cada una de estas circunstancias actúe sobre la salud de forma distinta en cada etapa de la vida. ⁽²⁾

Hay importantes diferencias entre las clases sociales en cuanto a los índices de crecimiento y de otros aspectos del desarrollo físico, así como sobre la incidencia de enfermedades infecciosas y de otra naturaleza y sobre el riesgo de

lesión. La mayor vulnerabilidad a la mala salud física durante la infancia y más adelante en la vida adulta está relacionada con la mala situación socioeconómica de los padres y con unos niveles bajos de educación. ⁽²⁾

Así mismo, varios estudios han mostrado que el nivel de educación y el estado civil tienen una importancia grande a la hora de predecir la mortalidad. Además, la edad, el género, y el estado socioeconómico influyen sobre la esperanza de vida sin discapacidad. ⁽²⁶⁾

Los factores conductuales o los hábitos, como el consumo de tabaco, el ejercicio físico, las actividades diarias, el consumo de alcohol, la dieta, las prácticas de cuidado personal, los contactos sociales y el tipo de trabajo, son determinantes importantes del envejecimiento saludable.

Las enfermedades a las que se enfrentan las personas mayores difieren de las que sufre la población en general, igual que difieren los sistemas de asistencia sanitaria, y las capacidades económicas y sociales para cuidar dichas enfermedades. Por consiguiente, es vital tener en mente las diferencias culturales y económicas entre distintas partes del mundo a la hora de desarrollar estrategias de acción mundial, ya que el cambio demográfico aún continúa. La “relación población trabajadora -población dependiente” está menguando y, en un futuro próximo, podría haber pocos trabajadores jóvenes para proporcionar el apoyo social necesario para sus parientes mayores. En conjunto, la menor población en

edad laboral podría no contar con las reservas económicas necesarias para ayudar a miembros mayores de sus familias. La solución puede que se encuentre en colocar mayores obligaciones sobre programas estatales ya infradotados y devolver la responsabilidad a las personas mayores. ⁽²⁶⁾

El envejecimiento supone cambios físicos, mentales y sociales. En los últimos años, científicos y médicos se han esforzado en desarrollar nuevos tratamientos para enfermedades y condiciones de discapacidad relacionadas con la edad, mientras que los epidemiólogos han intentado aclarar muchos aspectos del envejecimiento y del impacto de las intervenciones, de allí la importancia de asumir de forma integrada y multidisciplinaria el tema de la vejez. ⁽²⁶⁾

3- ODONTOGERIATRIA: Una disciplina al servicio de la edad avanzada.

La Odontogeriatría, llamada también Gerodontología, Odontología Geriátrica, “es el estudio multidisciplinario del proceso de envejecimiento en el área bucofacial y su relación con zonas vecinas”. Su objetivo principal es el estudio del envejecimiento bucofacial mediante la investigación clínica y básica, para aportar mejores bases en la toma de decisiones clínicas. ⁽²⁹⁾

La Gerodontología, es aquella parte de la Odontología que estudia los efectos del envejecimiento en la cavidad bucal y abarca los diferentes métodos

para promocionar la salud, prevenir y curar las alteraciones bucodentales en las personas de edad avanzada. ⁽²⁹⁾

Es también considerada la Gerodontología, como la rama de la medicina que se ocupa de la salud bucodental del adulto mayor, siendo uno de sus principales objetivos, el sensibilizar a los profesionales de la salud para que los ancianos modifiquen su actitud respecto a la atención odontológica con el fin de procurarles una mejor calidad de vida. ⁽³⁰⁾

La Odontología Geriátrica es aquella parte de la Odontología que trata del cuidado de la salud oral de los ancianos con una o más enfermedades crónicas, debilitantes, físicas y/o mentales, asociadas a tratamientos medicamentosos y/o problemas psico-sociales. ⁽²⁴⁾

Como se puede ver, cualquiera sea el nombre que se adopta al referirse a la atención odontológica del adulto mayor, ésta representa un componente modesto de los planes de estudio en la actualidad, relacionado con los cambios demográficos que han surgido, también debido al impulso y apoyo de organizaciones como la American Society for Geriatric Dentistry, la American Dental Association y la American Association of Dental School y por las demandas de los propios adultos mayores consumidores, lo cual ha llevado a

considerar con mayor relevancia, la importancia de la salud bucodental del adulto mayor y en cómo interviene en la calidad de vida de esta población. ^(19,24,31)

Al considerar los cambios demográficos y el evidente envejecimiento poblacional, debe ser analizado este impacto sobre la profesión odontológica, considerando los cambios académicos, de infraestructura, de prestación de servicio, de formación de recursos humanos para la atención de esta población, lo cual implica un gran reto para el odontólogo, considerando que estos son unos pacientes complejos, portadores de patologías sistémicas crónicas, polimedicados, con una carga cultural, social y psicológica importante, por lo que implica la vejez en si misma. Por esto, la importancia del fomento de la Odontogeriatría y el trabajo multidisciplinario e integrado entre todas las áreas de la salud que intervienen en el cuidado geriátrico. ^(29,30)

La prestación de servicios odontológicos a los adultos mayores, no sólo es una aplicación de odontología general, esta debe darse con base en principios científicos, que partan del conocimiento, entendimiento y manejo del proceso de envejecimiento del individuo y de su cavidad bucal. Una encuesta realizada en 1986, por un grupo de la Comisión para la Educación y la Practica Dental Internacional (FDI), acerca de los problemas específicos en el campo de la Odontogeriatría, permitió establecer las siguientes áreas como las de mayor preocupación: ⁽²⁹⁾

- 1- Tanto los odontólogos como el personal no odontológico consideraron que los adultos mayores no valoran su salud bucal.
- 2- Los odontólogos reportaron no tener el suficiente entrenamiento para atender a esta población.
- 3- Que existían dificultades con la accesibilidad al consultorio para las personas mayores.
- 4- Que hay ausencia de programas públicos que promuevan la salud bucal para este grupo poblacional, e insuficiente financiamiento a la investigación de las necesidades de salud bucal para los mismos.

La situación de los adultos mayores en lo que se refiere a su salud física, puede considerarse cubierta por todos los servicios y programas desarrollados con este fin por la medicina. No puede decirse lo mismo en lo que se refiere a la salud, la rehabilitación bucodental y la participación de la odontología y estomatología en la prevención y conservación de esta. ⁽³²⁾

En relación a la preparación académica en las Escuelas de Odontología los planes de estudio se encuentran sobrecargados y normalmente la Odontogeriatría es subestimada durante la formación del estudiante ⁽²⁹⁾. Escuelas de Odontología de Estados Unidos y Canadá están enseñando actualmente a sus estudiantes los principios del cuidado geriátrico y de pacientes especiales. Pero actualmente existe una enorme necesidad, tanto a nivel de postgrado, como de pregrado, de

aclarar conceptos y estereotipos erróneos sobre el envejecimiento, ya que afectan las terapias clínicas y al tratamiento del paciente mayor. ⁽²⁴⁾

En la misma investigación realizada por la FDI ⁽²⁹⁾, a nivel de Escuelas de Odontología, pero ya con la finalidad de dilucidar los problemas en la enseñanza de la Odontogeriatría, se obtuvieron los siguientes resultados:

- 1- Al menos dos tercios de las facultades que respondieron declararon incluir en sus currículos la Odontogeriatría.
- 2- La forma más común de enseñanza consistía en lecturas ocasionales, como parte de alguna de las especialidades clínicas.
- 3- Fuera de las escuelas de Norte América y Europa, es rara la existencia de un curso específico de odontología geriátrica.
- 4- La mayoría de las facultades no invertía más de 25 horas en la enseñanza de la Odontogeriatría.
- 5- Los tópicos de enseñanza mas frecuentes, son las manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas y los cambios bucales asociados a la edad.
- 6- Tópicos como el cuidado al paciente en relación al desplazamiento, manejo odontológico del anciano y barreras para la atención odontológica del adulto mayor, recibían poca atención.

Estos resultados son alarmantes, y partiendo de la premisa, de que las Universidades, son las instituciones a las cuales corresponde realizar la discusión académica, analizar y dar alternativas de solución a los problemas del país, entonces es importante plantear: ¿Existe la necesidad de ir configurando un perfil profesional que brinde atención a este grupo poblacional en aumento, acorde con sus necesidades particulares de salud bucal?...

La respuesta es clara, la formación en Odontogeriatría debe incrementarse en los planes de estudio, en función de atender a una población en aumento. Es significativamente importante, darle el sitio de relevancia que debe tener la Odontogeriatría, considerándose reprobable el que se continúe aceptando el deterioro de la cavidad bucal como un proceso inevitable del envejecimiento, de allí la importancia de crear conciencia al respecto.

4- LA SALUD BUCODENTAL EN LA TERCERA EDAD.

Las personas mayores son una combinación y expresión compleja de predisposiciones genéticas individuales, estilos de vida, socialización y ambientes, los cuales afectan sus creencias sobre la salud y consecuentemente su comportamiento sobre la misma. ⁽²⁴⁾

En el pasado, la población mayor suponía una proporción relativamente pequeña de la población; la mayoría de estas personas eran edéntulas y

utilizaban los servicios odontológicos con poca frecuencia, y cuando lo hacían, era sólo por aquellas necesidades no realizadas antes y que no podían ser ignoradas por más tiempo. Sin embargo, hoy existen grandes evidencias para demostrar que han surgido nuevos consumidores dentales, y se trata de este grupo creciente de adultos mayores, los cuales cada vez mas, tienen más alto nivel de instrucción, por lo tanto poseen mas información, acceso y conocimiento de los tratamientos realizados en la actualidad, y lo más importante, preservan dientes remanentes. Como pacientes estas personas tienen un rango de necesidades y expectativas mayor, y demandan gran variedad de servicios. ⁽²⁴⁾

Aunque también hay que reconocer que existen barreras en la atención odontológica de los mayores de 60 años, lo cual implica también un reto importante para el tratamiento de estos pacientes. Las principales barreras que se presentan en este grupo poblacional, incluyen, limitaciones personales (Ej.: estereotipo del envejecimiento: Aceptar el deterioro bucal y del aparato masticatorio como un proceso inevitable del envejecimiento), físicos (incapacidad), psíquicos (enfermedades mentales), sociales (factores económicos). Y las barreras asociadas a la propia profesión, relacionadas al desconocimiento y falta de promoción de la Odontogeriatría como especialidad clínico-odontológica. ^(15,33)

Existen claras evidencias de que a medida que la población envejece, aumentan las visitas a los médicos, mientras las visitas odontológicas, tienden a

disminuir, esto se le atribuye al aumento del riesgo de enfermedades sistémicas crónicas y al aumento del edentulismo conforme avanza la edad, lo cual en la actualidad representa un mito. ^(13,15,24) En un estudio realizado por Munevar y col. (2002) ⁽¹³⁾, se verificó que los adultos mayores participantes del mismo tenían en promedio 11 dientes naturales remanentes, lo cual demuestra que los cambios en los servicios de salud, la mayor posibilidad de acceso a los mismos, la influencia de los medios de comunicación, así como una mayor valoración de la dentición natural, permite que cada vez más un número superior de personas llegue a la tercera edad conservando su dentadura natural.

Un estereotipo aceptado es que la mayoría de adultos mayores requieren de múltiples extracciones o son edéntulos totales. Como resultado, la fabricación de prótesis totales ha sido sinónimo de las necesidades de los pacientes mayores, permitiendo la creación de otro mito *“Quienes usan prótesis totales no requieren ir al odontólogo, considerando que ya no tienen dientes que tratar”*, sin tomar en cuenta que la mayoría de las lesiones bucales en tejidos blandos están asociadas al uso de prótesis dentales en mal estado. ⁽³³⁾

En resumen, puede decirse, que el estado de salud bucal del adulto mayor, dependerá de los hábitos de higiene y cuidado bucal, del sitio de residencia de la persona (en el seno de su familia o en una institución geriátrica), del tiempo de institucionalización y del grado de incapacidad física, de la posibilidad de acceso a los servicios de salud y de las concepciones y valoración de la salud bucal, y

definitivamente la incorporación de la Odontogeriatría como especialidad clínica permitirá mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. ⁽³³⁾

5- INFLUENCIA DE LA CAVIDAD BUCAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR.

La OMS define **calidad de vida** como un completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad, sugiere esto una visión integral del ser humano en todas sus dimensiones, por lo que los estudios de investigación sobre salud deben incluir el estado de salud bucal, como un componente de estado de salud general. ^(35,36,37)

La cavidad bucal, cumple funciones importantes, en primer lugar, *fisiológicas* (incidir, desgarrar los alimentos, masticar, conformar el bolo alimenticio, iniciar los procesos de nutrición y deglución, humectar la parte superior de la laringe, funciones de defensa (inmunológicas), el saborear los alimentos (gusto), articulación del lenguaje, en segundo lugar, se pueden incluir aquellas funciones fundamentales para el ser humano que permiten la interacción social (comunicación por medio de palabras o gestos, reír, sonreír, besar, etc.). ⁽³³⁾

Por esto, al realizar una reflexión conciente alrededor de estas funciones, se dá el justo valor y se entiende la influencia de la cavidad bucal en la calidad de vida de los individuos. Cuando se tiene salud bucal y se pierde, las funciones

anteriormente enunciadas se ven afectadas, alterando así las esferas biológica y psicosocioafectiva del individuo. Esta reflexión necesariamente obliga no sólo a los profesionales del área de la salud, sino también a los de las ciencias humanas y sociales a recontextualizar no sólo la cavidad bucal, sino el abordaje al paciente y su labor profesional. ^(33,38)

Es poco lo que hoy se conoce acerca de la salud bucal del adulto mayor, entendiendo ésta, no solamente como la presencia o no de patologías bucales, sino además la percepción que éste tiene sobre su boca. Por tanto, es necesario saber cómo se sienten estos adultos mayores sobre sus dientes y su boca y el impacto de estos sobre su vida diaria. Strauss y Junt ⁽¹⁹⁹³⁾ ⁽³⁹⁾, luego de encuestar 1.000 ancianos en Estados Unidos, establecieron una serie de factores que en orden de importancia, según los encuestados, se ven afectados positiva o negativamente por el estado de salud de su cavidad bucal. Resultados similares se encontraron en otro estudio realizado en Colombia por Munevar y col. ⁽²⁰⁰²⁾ ⁽¹³⁾. Según ambos estudios, cuando los individuos presentan una buena salud bucal, consideran que ésta afecta de manera positiva en orden de importancia los siguientes aspectos:

- 1- Apariencia interna y externa.
- 2- Alimentación (disfrute, masticar, morder).
- 3- Sensación de comodidad.
- 4- Longevidad.

- 5- Autoconfianza.
- 6- Habla.
- 7- Disfrute de la vida.
- 8- Salud general.
- 9- Selección de alimentos.
- 10-Vida social.
- 11-Éxito laboral.
- 12-Relaciones románticas.
- 13-Gusto, apetito.

Cuando las personas encuestadas no poseían una adecuada salud bucal, opinaban que esto afectaba de manera negativa los siguientes aspectos:

- 1- Alimentación (disfrute, masticar, morder).
- 2- Selección de alimento.
- 3- Comodidad.
- 4- Apariencia interna y externa.
- 5- Hablar.
- 6- Sonreír y reír.
- 7- Gusto, apetito.
- 8- Autoconfianza.

De acuerdo a los resultados anteriormente mencionados, se puede afirmar que para motivar a un adulto mayor para la realización de un tratamiento odontológico, debería recalcarse el mejoramiento en la apariencia facial y la alimentación, mientras que no resultaría motivador el recalcar que el tratamiento influirá en la salud en general, la actividad social, ni el atractivo sexual, por ejemplo.

La salud bucal forma parte integral de la salud de todo individuo, la alteración de esta no solamente limita sus funciones fisiológicas, sino además las de interacción social resultando particularmente grave en el adulto mayor por su situación de “desplazo social” a la que se ve abocado normalmente en las sociedades occidentales. Por lo tanto, la recuperación, mantenimiento y funcionalidad de la cavidad bucal en el adulto mayor, repercute de manera significativa en su calidad de vida. ⁽³³⁾

Existe sin embargo controversia acerca de brindar o no tratamiento odontológico a pacientes terminales, situación frecuente en adultos mayores a consecuencia de patologías como cáncer, demencias y Parkinson, en sus fases finales, entre otras. Marín ⁽³³⁾, opina que estos son pacientes débiles que no están en condición de recibir el tratamiento, considerando que los costos son muy altos en relación a los beneficios, que las patologías bucales no ponen normalmente en riesgo la vida de las personas y además dadas las condiciones del paciente que le impiden ponerse al frente de su propio cuidado, el tratamiento odontológico

resulta agobiante para el cuidador representando una carga mas. Por otro lado, están quienes consideran que aun en dichas condiciones debe brindarse atención odontológica a estos pacientes. Marín (2002) ⁽³³⁾ cita los trabajo de Gordon en 1988 en los cuales argumenta, que toda persona aun en estado terminal debe mantenerse libre de dolor y de infección; que el hecho de existir limitaciones en los tratamientos no significa que deban brindarse tratamientos limitados, y que el conocimiento de los riesgos inherentes permite que sean manejados y se minimicen, y finalmente que la mejor recomendación es que cuando se sabe que una persona presenta una enfermedad que finalmente la postrará y eliminará su capacidad para responder por su autocuidado, la instauración de un tratamiento temprano con gran énfasis en el componente preventivo, garantizará conservar su cavidad bucal funcional por un mayor tiempo, evitando tratamientos mas agresivos en los estadios finales de la patología y mejorando su calidad de vida.

(33)

Otro estudio, donde se perseguía evaluar cual era la percepción del adulto mayor en relación a su salud bucal, fue el realizado en México por Jiménez (2003) ⁽³⁵⁾, en él se obtuvieron los siguientes resultados:

- Los ancianos tienen especial interés en el valor de sus dientes y dentadura, por su efecto en la realización de funciones como comer, masticar, así como en la estética que influye su apariencia personal. Por lo que la pérdida de dientes naturales, reduce sustancialmente la calidad de vida y genera cambios en la imagen y el funcionamiento.

- La ausencia de dientes o edentulismo en personas mayores a 65 años, está asociado con el bajo nivel socioeconómico, educativo y el hábito del tabaquismo entre otros. Esto afecta su autopercepción de la salud bucal.
- En la edad avanzada las personas no mantienen buena salud bucal, por lo que es necesario realizar programas de fomento a la salud para orientarlas.
- Las enfermedades bucales se manifiestan en disfunción, falta de bienestar y discapacidad, y todo esto está íntimamente relacionado a ciertos aspectos sociales, culturales y económicos.

En conclusión, este estudio realizado por Jiménez (2003) ⁽³⁵⁾, determina que la forma en que perciben las personas mayores su salud bucal está relacionada significativamente con el bienestar, es decir, que una boca “saludable” contribuye a que la persona se sienta bien y ayuda a su satisfacción y felicidad, es por ello que la percepción de salud bucal puede ser considerada como un factor predictor de calidad de vida.

6- ALTERACIONES DE LA MUCOSA BUCAL INHERENTES AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

6.1- Cambios asociados al proceso de envejecimiento.

Al igual que en el resto del organismo conforme la edad avanza se van presentando cambios en las distintas estructuras y tejidos de la cavidad bucal. El envejecimiento normal de los tejidos que componen el aparato estomatognático no afecta por si mismo la función y bienestar de las personas mayores, sin embargo, debido a la suma de factores etiológicos que aparecen durante la vida y las deficiencias en cuanto a medidas preventivas y terapéuticas, algunas de las alteraciones bucales prevalentes en las personas de la tercera edad constituyen la extensión de problemas establecidos en otras épocas, los⁽³⁴⁾ cuales no han recibido atención adecuada.⁽⁴⁰⁾

- a. **Dientes:** El oscurecimiento dental, atrición, abfracturas, líneas de fracturas coronarias secundarias a bruxismo y tendencia a caries radicular, son algunos de los cambios (anexo B.1). Con el paso de los años se incrementa la pérdida de dientes en la población, sin embargo, no puede afirmarse que el envejecer cause edentulismo o que el perder dientes sea inherente a la edad,⁽⁴¹⁾ por lo tanto los problemas bucodentales de los ancianos han sido originados y acumulados a lo largo de la vida, unido esto a las complicaciones crónicas y sistémicas que los acompañan.⁽¹⁵⁾

- b. **Periodonto:** Recesión gingival, atrofia de las encías y disminución del grado de queratinización son cambios asociados con la edad. A mayor edad, mayores son las cifras de prevalencia de gingivitis y periodontitis, especialmente porque a los ancianos suele dificultárseles el control de la placa bacteriana (anexo B.1).⁽⁴¹⁾
- c. **Mucosa bucal:** Como resultado de los cambios metabólicos que se producen en las personas de edad, las membranas mucosas de la cavidad bucal pueden atrofiarse y hacerse frágiles, adquiriendo un aspecto liso y brillante. también las encías muestran estos cambios, junto con la pérdida de puntillado característico. El adelgazamiento progresivo de la capa epitelial se produce en combinación con un descenso de las propiedades elásticas del tejido conjuntivo. Clínicamente estos efectos producen una reducción de la elasticidad de los tejidos. Además, el descenso de los capilares superficiales y la consiguiente reducción de la irrigación sanguínea retrasa la micronutrición y deteriora la capacidad de regeneración.⁽²⁵⁾

La salud y la integridad de la cavidad bucal dependen de la protección que ofrece a los tejidos subyacentes una mucosa intacta. La mucosa debe ser capaz de impedir la entrada de material nocivo e infeccioso, de responder a lesiones y de ejecutar una respuesta inflamatoria e inmunológica eficaz para enfrentarse a cualquier material u organismo que pueda penetrar a través de la barrera.⁽²⁴⁾

La atrofia del epitelio superficial de la mucosa bucal, sobre todo a nivel del dorso lingual, incremento en la queratinización, disminución en el número de células y degeneración de las células del tejido conectivo, disminución del número de terminaciones nerviosas, disminución del número de corpúsculos gustativos, várices bucales, aumento de glándulas sebáceas ectópicas (Gránulos de Fordyce), pigmentación melánicas, son cambios que resultan del envejecimiento propiamente dicho (anexo B.2).^(41,42,43)

Un cambio de capital importancia que se presenta con la edad, es el alisamiento progresivo de la superficie dorsal de la lengua, como resultado de la atrofia de las papilas, y que influye directamente en la sensibilidad a los sabores de los alimentos. Asociado a los cambios a nivel de glándulas salivales y la hiposalivación resultante, provoca disgeusia, disfagia, mayor vulnerabilidad al trauma y menor poder de regeneración de los tejidos de la mucosa bucal.⁽⁴²⁾

Es probable que los cambios clínicos asociados frecuentemente con el envejecimiento estén relacionados con la manifestación bucal de enfermedades sistémicas, mal estado nutricional, efectos secundarios farmacológicos e infecciones bucales. La pérdida de dientes y el uso de prótesis dentales parecen ser algunos de los factores que se asocian con mayor frecuencia con los cambios de la mucosa bucal de personas mayores.^(24,41)

El tratamiento farmacológico es también un factor importante en la presencia de lesiones en la mucosa bucal, ya que algunos de estos medicamentos pueden tener un efecto directo sobre la mucosa produciendo hiposalivación o xerostomía, enfermedades tisulares hemorrágicas, reacciones liquenoides, agrandamiento gingival y reacciones de hipersensibilidad. ⁽²⁴⁾

- d. **Capacidad masticatoria y deglución:** Los cambios en la masa muscular influyen en la capacidad masticatoria, así como la frecuencia en la deglución. Estas actividades se ven más deterioradas en los ancianos que han perdido dientes o que utilizan aparatos protésicos mal adaptados. ⁽⁴¹⁾

La masticación es un proceso biomecánico complejo, el cual se ve afectado durante el envejecimiento. La disminución de la capacidad masticatoria puede relacionarse con los cambios neuromusculares que se producen con el avance de la edad y afectan las fases oral y faringea de la deglución. Mediante ultrasonido se ha observado que la duración de ambas fases es mayor en los ancianos, independientemente de la presencia o no de líquidos en la boca. También se ha observado que los ancianos tienen una menor frecuencia de deglución que los jóvenes. ⁽⁴⁰⁾

También se ha demostrado que las personas mayores sanas mastican con menos fuerza, debido a la disminución en tamaño de la masa muscular y

empeora con la pérdida parcial o total de dientes. Sin embargo, a pesar de las alteraciones funcionales observadas en algunos componentes individuales del aparato masticatorio y en el proceso de deglución, no parece existir ninguna alteración significativa en éste último con el avance de la edad. En consecuencia, la conservación de la integridad dental en número y estructura, y la secreción salival, son los factores que mas pueden ayudar al individuo a realizar una adecuada función masticatoria que abarque la prensión, maceración y formación del bolo, previa a su deglución. ⁽⁴⁰⁾

- e. **Gusto:** El sentido del gusto, se origina y ocurre durante la masticación y la deglución, cuando los alimentos se ponen en contacto con los botones gustativos, distribuidos a lo largo de la superficie dorsal de la lengua, paladar blando, faringe, laringe, epiglotis, úvula y la primera parte del esófago. Estos botones gustativos transmiten señales en relación a la calidad e intensidad, y pueden detectar las sensaciones gustativas de dulce, agrio, salado, picante, amargo, etc. ^(40,44)

Conforme avanza la edad, se producen ciertos cambios sensoriales asociados al envejecimiento, donde pueden estar alterados el gusto y el olfato, esto influye directamente en la nutrición. Estos cambios a nivel gustativo pueden verse exacerbados por la ingesta de medicamentos, ya que como es bien sabido, la mayoría de los adultos mayores, presentan múltiples enfermedades crónicas y por la tanto hay una polifarmacia. También hay

condiciones bucales que pueden afectar el sentido del gusto, como por ejemplo el uso de prótesis dentales, ya que, las personas portadoras de prótesis dentales tienen una disminución en la capacidad de percibir sabores, consistencia y textura de los alimentos. También la presencia de infecciones dentales (abscesos periapicales fistulizados) o problemas gingivales que permitan la presencia de exudados pueden alterar el gusto. ⁽⁴⁴⁾

La atrofia del epitelio lingual genera cambios en la preferencia alimenticia y en los hábitos dietéticos de los ancianos, quienes orientan sus gustos hacia los alimentos dulces y cariogénicos, lo que representa un problema, asociado a la condición de hiposalivación. ⁽⁴¹⁾

- f. **Glándulas salivales y saliva:** La saliva es una secreción exocrina compleja, que cubre y protege toda la superficie bucal. Tiene una participación fundamental en el mantenimiento de la homeostasis de la cavidad bucal y participa de manera importante en el proceso digestivo. La mayor parte de la saliva se produce en las glándulas salivales mayores (parótidas, submaxilares y sublinguales) y sólo alrededor del 7% es producida por las glándulas salivales menores. ⁽⁴⁰⁾

La producción de saliva en el ser humano sano, oscila entre 600 y 800 ml, y casi la totalidad se produce durante el día, observándose una tasa de

fluido salival en estado de reposo de aproximadamente 0.4 ml/min y de alrededor de 2 ml/min en condiciones de estimulación. Estos valores pueden variar, ya que existen factores que pueden modificar la tasa de producción salival en reposo, como grado de hidratación, consumo de medicamentos inductores de hiposalivación, presencia de estímulos secretores e ingestión de alimentos entre comidas. ⁽⁴⁰⁾ Se considera a un paciente como xerostómico si su flujo salival no estimulado desciende a menos de 0,1 ml/min. ⁽⁴⁵⁾

El síntoma mas común que se presenta ante la disminución de la producción salival es la xerostomia; sin embargo, a menos que la hiposalivación sea significativa, los pacientes rara vez se quejan de sequedad bucal. ⁽⁴⁰⁾

La mayoría de los autores sugiere que la hiposalivación observada en la vejez, mas que el resultado de un deterioro del componente secretorio glandular es debida principalmente al consumo de fármacos, a enfermedades sistémicas como diabetes mellitus mal controlada, o Síndrome de Sjögren, o resultado del empleo de radiaciones para tratar cáncer de cabeza y cuello, y también en tratamientos quimioterapéuticos. Muchas son las drogas hiposalivatorias, destacando los medicamentos cardiorreguladores, antidepresivos, tranquilizantes, antihistamínicos, etc. ^(40,41,44,46)

Castellanos (2002), ⁽⁴⁰⁾ refiere que algunos estudios han demostrado que en las parótidas no se producen cambios significativos en la composición de la saliva de reposo ni estimulada, con la edad, aunque en estudios realizados sobre glándulas submaxilares se han observado resultados un tanto contradictorios, ya que se ha visto que el peso de la glándula decrece aproximadamente en 15% en los sujetos mayores de 75 años, lo que podría influir en su capacidad secretora. En relación a las glándulas salivales menores, sí existe consenso sobre los cambios degenerativos y pérdida de la capacidad funcional que se presenta en la población geriátrica, los cuales sin embargo no inciden significativamente en la producción salival total, pero sí en la calidad secretora, ya que son glándulas que producen una secreción mucosa. También es importante la disminución de IgA que se observa a nivel de glándulas labiales, por lo que se sospecha que la función inmunitaria de estas glándulas declina con el avance de la edad.

En el proceso de envejecimiento algunos autores como Martínez (1996)⁽⁴¹⁾ y Ritchie (2002)⁽⁴⁴⁾ sostienen que, las glándulas salivales sufren cambios profundos, ya que la saliva es afectada en calidad y en cantidad. Se presenta reducción en el volumen del parénquima glandular como resultado de la disminución del tejido acinar y un incremento en el diámetro de los conductillos. Existe además degeneración con hialinización y un incremento del infiltrado inflamatorio que incrementan la posibilidad de adhesiones y obstrucción del sistema salival. La calidad de la saliva se afecta de manera

importante ya que es más viscosa y muestra un decremento de hasta un 75% en su actividad enzimática. ^(42,44)

Esta alteración en la cantidad y la calidad de la saliva, afecta de manera importante la cavidad bucal del adulto mayor, provocando las lesiones cariosas características que se observan en esta población, a nivel del tercio gingival, producto de la hiposalivación y los cambios de ph y flora bacteriana, aunados también a la exposición de los cuellos dentarios, producto de la recesión gingival y enfermedades periodontales. ^(14,15,44) También puede influir en las infecciones micóticas asociadas a *C. albicans* en la mayoría de los casos. ⁽⁴⁴⁾

La reducción del flujo salival produce una disminución de su acción limpiadora, y contribuye a disminuir la protección y lubricación salival. La movilidad de la lengua, la facilidad para deglutir alimentos (disfagia), la capacidad para portar prótesis, todo se ve afectado. A menudo aumenta la incidencia de caries, y también la susceptibilidad a la irritación e infección de los tejidos bucales, como ya fue mencionado. Por tanto, afecta la salud bucal imposibilitando por ende la nutrición del adulto mayor. ^(46,47)

La hiposalivación es un signo de disminución objetiva en la producción salival, la cual puede deberse a diversas causas, entre las que se incluyen

alteración en la producción, en la transportación y composición salival, interferencia en la secreción, o por deficiencia en la función de neuroefectores periféricos como la acetilcolina. Desde un punto de vista clínico, siempre que se confirme la disminución o ausencia de saliva en el paciente de edad avanzada, debe considerarse como primera opción que sea consecuencia de una enfermedad o efecto medicamentoso y no un cambio fisiológico, por lo que deben evaluarse todos los factores potencialmente causales, como lo son, ingestión de medicamentos, deshidratación, ansiedad, depresión, Síndrome de Sjögren, diabetes mellitus, destrucción glandular por radioterapia, respiración bucal, alcohol, tabaco (Tabla 1).^(40,48,49)

Tabla 1- Causas frecuentes de la boca seca en el adulto mayor.

a. Problemas emocionales

(Miedo, excitación, ansiedad)

b. Medicamentos

(Hipnóticos, miorelajantes, antidepresivos, ansiolíticos, anorexígenos, anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, entiespasmódicos, anticolinérgicos, antihistamínicos, simpaticomiméticos, antihipertensivos, diuréticos, etc.)

c. Alteración de glándulas salivares

(Aplasia, obstrucción de conductos, traumas, irradiación , infecciones)

d. Síndrome de Sjögren

e. Factores que afectan el balance de los fluidos o electrolitos

f. Diabetes

g. Factores locales

(Respiración bucal, fumar en exceso, alcoholismo)

h. Ausencia de dientes y alimentación blanda con escasa o ausencia de masticación

f. Otros

(Amiloidosis, síndrome de inmunodeficiencia adquirida , esclerodermia, sarcoidosis, lupus, etc.)

Fuente: propia

6.2- Alteraciones asociadas a deficiencias nutricionales.

La malnutrición de la persona de edad es un fenómeno corriente en la práctica geriátrica y gerontológica, por lo que debe considerárseles como un grupo vulnerable y de alto riesgo nutricional. Existen numerosos factores que pueden modificar el estado nutricional del adulto mayor. Estos son de diversa índole y van desde, cambios sensoriales (gusto, olfato, vista, audición,

temperatura), problemas de masticación, cambios en el aparato gastrointestinal, problemas metabólicos, cambios neurológicos, enfermedades y secuelas, hasta los efectos psicológicos y socioeconómicos del envejecimiento.^(50,51,52)

La nutrición del anciano se ve afectada por diversas causas tales, como deficiente ingestión de alimentos, asimilación deficiente de algunos nutrientes específicos, o la existencia de alguna enfermedad gastrointestinal que afecte la absorción a pesar de una ingesta adecuada en cantidad y calidad.⁽⁴⁰⁾ Y en la mayoría de los casos se reporta que hay un consumo inadecuado de calorías, ácido fólico, vitamina D, vitamina B₆, calcio, vitamina B₁₂ y Zinc.⁽⁵¹⁾

El 85% de los ancianos no institucionalizados, tienen al menos una enfermedad crónica que podría mejorarse con una adecuada alimentación. Por esto, la importancia del rol de la nutrición en esta etapa de la vida, considerando todos los beneficios que produce en el manejo de las enfermedades crónicas y el mantenimiento de la salud en los pacientes adultos mayores.^(53,54,55)

El envejecimiento se ha asociado, con la reducción de las funciones cognitivas y esta reducción se encuentra altamente relacionada con deficiencias nutricionales. En el caso de las demencias se plantea que el sistema nervioso en general, y el cerebro en particular, son muy susceptibles a los trastornos funcionales inducidos por diversas deficiencias nutricionales. Dentro de

estas deficiencias nutricionales, las que mas se han relacionado con la disminución de capacidades cognoscitivas, son las deficiencias vitamínicas.^(51,56,57)

La detección de ancianos que sufren riesgo nutricional debe ser un empeño vital para todos los profesionales de la salud, sobre todo aquellos dedicados al campo de la salud bucal, por todas las manifestaciones clínicas a este nivel, las cuales se presentan como lesiones o alteraciones sobre todo a nivel de la mucosa bucal.⁽⁵⁴⁾

Es conocido que en el anciano se altera la percepción del gusto. Se elevan los umbrales de detección y reconocimiento para dulce, amargo, salado y agrio. El sentido del olfato también se altera. Esta disminución de sensaciones puede reducir el agrado de comer y perjudicar el estado nutricional.⁽²³⁾

Son numerosos los cambios en el tubo digestivo que pueden influenciar el estado nutricional del anciano. Partiendo de la boca, el uso de prótesis dentales produce una pérdida en la eficiencia masticatoria, la mejor de las prótesis nunca tendrá una capacidad masticatoria mayor al 35-40%, lo que conduce a un cambio en la consistencia de los alimentos a consumir. Las personas portadoras de prótesis dentales tienen una disminución en la capacidad de percibir sabores, consistencia y textura de los alimentos. Por lo tanto, este estado de salud bucal es

un condicionante de la ingesta alimentaría, pero no una causa directa de déficit nutricional. ^(51,53,58)

También es importante tomar en cuenta que existen otros factores que intervienen en la malnutrición, no asociados a la cavidad bucal, estos son los factores funcionales, los cuales producen dependencia en el adulto mayor, ya que por imposibilidad, debido a ciertas enfermedades sistémicas, por ejemplo la artritis, apoplejía como secuela de alguna enfermedad, ceguera, su nutrición dependerá de otra persona. Ciertos hábitos, como la ingesta de alcohol, también intervienen en la nutrición ya que disminuye el apetito. La ingesta de medicamentos, ya que estos pueden producir anorexia, náuseas, vómitos, disturbios gastrointestinales, xerostomia, lo cual puede interferir con la absorción de nutrientes. ⁽⁵¹⁾

Manifestaciones bucales por desnutrición.

Las alteraciones bucales debidas a deficiencias nutricionales pueden manifestarse en general como una atrofia de la mucosa bucal, específicamente la del dorso lingual, donde se aprecian zonas despapiladas que pueden localizarse en la parte central (atrofia papilar central) o afectar la totalidad de las papilas (glositis atrófica), lo que provoca que la lengua se observe lisa, roja y brillante, así como la aparición de síntomas como glosopirosis, glosodinia y trastornos en la percepción gustativa (anexo C). ^(40,47)

En ocasiones se observa también queilitis comisural bilateral que produce dolor y dificultad para abrir la boca. Es frecuente observar cuadros combinados de glositis atrófica con queilitis comisural concomitantemente con infección por *C. albicans*; en esta situación, además del problema nutricional, se debe considerar la existencia de otros factores predisponentes a la candidiasis bucal en la tercera edad, como lo son, el uso de prótesis en mal estado, hiposalivación y diabetes entre otros (anexo C).⁽⁴⁰⁾

Déficit de vitaminas y minerales.

El déficit de Zinc puede producir una pérdida del gusto, lo cual puede resultar en una disminución de la ingesta dietética o en un uso excesivo de sal.⁽⁵⁴⁾

Las deficiencias de las vitaminas del complejo B se muestran en los tejidos blandos (lengua, labios y membranas mucosas), como lesiones u otras alteraciones. Por ejemplo, el déficit de Niacina (pelagra), puede producir inflamación y aumento de volumen de la lengua, presionándola contra los dientes. Dado que la mayoría del complejo B, a excepción de la B₁₂, no se almacena en el organismo en ninguna cantidad, y dado que la ingesta diaria es importante para el mantenimiento de la salud bucal, resulta vital orientar al paciente en la composición de una dieta saludable. La deficiencia de vitamina B₂ y B₆ puede manifestarse clínicamente en cavidad bucal como una queilitis angular, el déficit de las vitaminas B₁, B₂, B₆, C y Acido fólico han sido asociados con Candidiasis,

la disminución de las vitaminas B₂, B₆, B₁₂ y Acido fólico pueden manifestarse como una glositis atrófica. Finalmente los déficit de B₁₂ y Acido fólico se asocian con ulceraciones de tipo aftoso. ⁽⁵⁴⁾

El déficit de calcio en el anciano no sólo puede producir osteoporosis, sino que también puede exacerbar un déficit de vitamina D. Dado que la síntesis de vitamina D requiere de luz solar, muchas personas mayores tienen niveles inadecuados de esta importante vitamina, debido a su baja exposición a la luz solar. ⁽⁵⁴⁾

La deficiencia de vitamina C, tiene consecuencias notorias para el odontólogo. Considerando que la vitamina C, es necesaria para muchos procesos metabólicos, parece potenciar el desarrollo de la sustancia amorfa intracelular en el hueso, en la dentina y en otros tejidos conectivos. El déficit de esta vitamina puede producir un tejido gingival e interdental edematoso, que puede ulcerarse y sangrar, anunciando un posible escorbuto. Pérdida de soporte óseo y una notoria halitosis son secuelas conocidas del déficit grave de vitamina C. ^(51,54)

Valoración del estado nutricional.

Diferentes procedimientos son utilizados para evaluar el estado nutricional de las personas de edad avanzada ^(23,55), estos son:

- 1- Estudio de la alimentación: Se realiza a través de la anamnesis alimentaria, y consiste en establecer las características cualitativas y cuantitativas de la alimentación del adulto mayor. Se deben incluir en la información suministrada:
- a) Datos individuales
 - b) Composición de la dieta: estableciendo la cantidad de alimentos ingeridos en cada comida.
 - c) Información complementaria: qué alimentos consume entre comidas, hábitos, gustos y costumbres.

Además de estos datos, se deben evaluar todas las condiciones ambientales, psicológicas y socioeconómicas. Se debe interrogar sobre ingresos, movilidad, facilidades para preparar y conservar los alimentos, estado civil, pérdida de familiares cercanos, proximidad de la familia o amigos, consumo de alcohol, tabaco y medicamentos, etc.^(23,55)

Las personas mayores que viven solas, simplifican sus comidas cuando fallece su cónyuge o cuando el sitio donde viven no les brinda comodidades o por bajos ingresos. La validez de la información obtenida disminuye con la edad avanzada, por lo que es importante en este caso obtener datos de los familiares cercanos.⁽²³⁾

- 2- Exámenes bioquímicos: Los parámetros bioquímicos son afectados por la edad. Factores como la declinación renal, la sobrehidratación o deshidratación, interacciones droga-droga o droga-nutriente y enfermedades existentes, pueden hacer variar los índices bioquímicos.⁽⁵⁵⁾

La albúmina sérica es útil para evaluar el estado nutricional de los ancianos, siempre que sean considerados como ya se mencionó, el grado de hidratación, las enfermedades concomitantes, las drogas utilizadas y el reposo prolongado en cama, lo cual disminuye los niveles. La magnitud del déficit es proporcional al grado de estrés y mala nutrición.⁽⁵⁵⁾

Valores de albúmina sérica, que fluctúan entre 3-3,5 gr/dl indican desnutrición leve, entre 2,5-3 gr/dl desnutrición moderada y cifras inferiores a 2,5 gr/dl son compatibles con una desnutrición severa.⁽⁵⁵⁾

Otras mediciones hematológicas de hemoglobina, hematocritos, ferremia y porcentaje de saturación de la transferrina son utilizados también como índices de medición nutricional. Se ha considerado un valor normal para la hemoglobina y hematocritos de 12 g/dl tanto en hombres como mujeres. Debe tenerse en cuenta, que no existe una

anemia de la senectud, los valores bajos de hemoglobina y hematocritos indican presencia de enfermedad. ⁽⁵⁵⁾

El recuento de linfocitos, es otro elemento a considerar:⁽⁵⁵⁾

- Normal: Número de linfocitos por encima de 2.000.
- Desnutrición leve: Entre 2.000 y 1.200
- Desnutrición moderada: Entre 1.200 y 800
- Desnutrición severa: inferior a 800.

3- Antropometría: Son notables los cambios en la estatura de los adultos mayores y ésta es una medida importante en la valoración nutricional.

Sin embargo se debe considerar también, que la estatura disminuye en la vejez, asociado a otras causas como lo son la cifosis, osteoporosis y adelgazamiento vertebral, y la pérdida estimada es entre 1,2 y 4,2 cm., cada 20 años ^(23,55)

4- Examen clínico nutricional: ⁽⁵⁵⁾

- Cara: despigmentación difusa, dermatitis seborreica nasolabial.
- Cabello: Seco, frágil, opaco y sin brillo, se desprende con facilidad.

- Ojos: Conjuntiva pálida, seca, visión nocturna dificultada, xeroftalmia, palpebritis angular.
- Manos/Uñas: Uñas con forma de cuchara, frágiles, disminución de la más muscular.
- Piel: Seca, pálida, descamada, de consistencia rugosa, con tendencia la sangrado, despigmentación, petequias, úlceras compresivas.
- Sistema muscular y esquelético: Hematomas intramusculares y subperiosticos, piernas deformadas en “O” o en “X”, deformaciones esqueléticas difusas o localizadas.
- Aspecto general: Letárgia, falta de atención, apatía, irritabilidad, desorientación, palidez, disminución de la musculatura.
- Estado neurológico: Olvidadizo, depresión, delirio.

Es importante destacar, que muchos de los cambios clínicos que acompañan el proceso de envejecimiento, se asemejan a los asociados a deficiencias nutricionales, por eso la importancia de utilizar todos los métodos diagnósticos antes mencionados, para así descartar un problema de mal nutrición (anexo B.2 y C).^(59,60) La salud bucal hace la alimentación placentera, así como posible, y puede mejorar en gran medida la calidad de vida del adulto mayor.⁽⁵⁴⁾

En conclusión, nunca se debe subestimar la importancia de la nutrición en el tratamiento de pacientes mayores, así como la importancia del trabajo

multidisciplinario, donde intervenga el médico internista, el nutricionista y el odontólogo u odontogeriatra, considerando que la boca es la puerta de entrada del sistema gastrointestinal y, por consiguiente su estado afecta a la nutrición. El individuo mayor que presenta malestar bucal, dificultades con la masticación o la deglución, problemas dentarios, prótesis desadaptadas y en mal estado, y cualquier otro síntoma que produzca molestias al comer tiene riesgo de desarrollar deficiencias nutricionales. La remisión e intervención apropiada pueden contrarrestar estos problemas.

6.3- Cambios de la mucosa bucal, secundarios a enfermedades sistémicas.

Hoy en día la Odontología es muy diferente de la que se practicaba hace una o dos décadas, no sólo por las técnicas y los procedimientos empleados, sino también por los tipos de pacientes que son atendidos. Como consecuencia de los avances en la ciencia médica, las personas viven más años, recibiendo tratamiento médico por enfermedades que eran fatales solo años atrás. Como resultado hay un mayor número de pacientes, especialmente los de mayor edad, con problemas médicos y crónicos. Por esta razón es importante que el odontólogo este familiarizado con los trastornos médicos, ya que muchas enfermedades pueden modificar el tratamiento dental, e incluso manifestar alteraciones bucales asociadas a estas enfermedades. ^(34,61,62)

El adulto mayor es propenso a padecer múltiples enfermedades crónicas, entre las que sobresalen por su frecuencia la artritis, diabetes, enfermedades cardiovasculares; las dos últimas son responsables de la mayor parte de las consultas médicas, ingresos hospitalarios y defunciones durante la tercera edad. Se ha señalado, que la tasa de ingresos hospitalarios de las personas mayores de 65 años, puede llegar a duplicar, incluso triplicar la de la población general, esto podría justificarse al evaluar los cambios demográficos, pero también se relaciona con un incremento de la intensidad diagnóstica y terapéutica de los adultos mayores.⁽⁶³⁾ Otros motivos frecuentes de morbilidad y mortalidad en esta etapa de la vida son el cáncer y las enfermedades vasculares cerebrales.^(15,34,40,64,65)

Múltiples estudios demuestran que los diagnósticos más frecuentes en adultos mayores son los relacionados al sistema cardio-circulatorio, que incluyen hipertensión arterial, accidentes cerebro vasculares (ACV), cardiopatía isquémica y la falla cardíaca, entidades que son la primera causa de mortalidad y discapacidad en los ancianos. De ahí la importancia de la prevención, el diagnóstico precoz y el manejo temprano de los problemas cardiovasculares, ya que estos influyen en la supervivencia y la calidad de vida del adulto mayor.^(62,63,65)

Otros diagnósticos frecuentes, son diabetes, artritis, afección de sistema respiratorio y digestivo, depresión, demencia.^(62,63,65) La diversidad patológica (en promedio 3 diagnósticos por paciente) es otra característica de los adultos

mayores, y la tendencia es a reportar mas enfermedades conforme la edad avanza.^(62,66)

En Venezuela para el año 1998 las principales causas de mortalidad de la población de 60 años y más, fueron las enfermedades del corazón (32%), las neoplasias malignas (18%), las enfermedades cerebrovasculares (12%) y la diabetes (8%).⁽⁶⁷⁾ El Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (INAGER) señaló que para 1996 las cuatro primeras causas de morbilidad según motivo de consulta, fueron la hipertensión arterial, la artritis, la gripe y la diabetes.⁽⁶⁸⁾

El primer paso para la realización del tratamiento odontológico de un paciente médicamente comprometido, es la evaluación de su estado físico. Esta evaluación incluye una historia médica, una exploración física y, si se considera apropiado, pruebas clínicas de laboratorio y consulta médica. Los objetivos de la evaluación incluyen los siguientes aspectos:^(61,69)

- 1- Identificación de una enfermedad sistémica que obligara a modificar el tratamiento dental.
- 2- Identificación de una enfermedad sistémica que pudiera poner en peligro al personal odontológico o a otros pacientes.
- 3- Identificación de los fármacos que está tomando el paciente, ya que pudieran estar ocasionando alteraciones bucales como efecto secundario,

o pudieran reaccionar de forma adversa con los fármacos o tratamiento administrado por el odontólogo.

- 4- Establecimiento de una buena relación entre el paciente y el odontólogo.
- 5- Comunicación eficaz con el médico del paciente.

Entre algunas de las principales enfermedades sistémicas que pueden tener manifestación o efectos locales en la cavidad bucal, figuran:

1- Enfermedades cardiovasculares: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de morbilidad y la segunda causa de incapacidad funcional en el anciano. Dada su elevada prevalencia, el odontólogo debe conocer las implicaciones que la patología cardiovascular tiene en su práctica clínica. ⁽⁶¹⁾

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es muy prevalente en la población anciana. En nuestro medio, el 50% de los mayores de 65 años es hipertenso (cifras tensionales superiores a 140/90 mmHg). Es conocido que menos del 70% de los hipertensos están diagnosticados y sólo del 30 al 40% están tratados; sólo el 13 al 26% de los hipertensos están bien tratados. ⁽⁶¹⁾

Por tanto, dada la alta prevalencia de hipertensión en el anciano y el mal control de la misma es recomendable el control rutinario de la presión arterial en los pacientes geriátricos que acuden a la consulta odontológica, controlando los factores de estrés y ansiedad que pudieran repercutir negativamente, considerando la planificación del tratamiento odontológico bajo sedación. ^(61,64)

Es frecuente que ante la situación de estrés que representa la intervención odontológica, el paciente presente cifras tensionales elevadas. En el caso de que la tensión arterial esté elevada, se debe tranquilizar al paciente y repetir una segunda toma en 10 o 15 minutos. Puede ser útil administrar una benzodiazepina de acción corta, si el enfermo presenta un cuadro de ansiedad importante. Si la presión arterial se mantiene elevada a niveles significativos (180/110 mmHg), las intervenciones odontológicas programadas deben suspenderse y el paciente será remitido a su médico para control tensional. ^(61,64) Ante una crisis hipertensiva, es importante distinguir entre emergencia y urgencia hipertensiva. La emergencia hipertensiva supone un riesgo vital y requiere tratamiento urgente en el medio hospitalario. En estos casos, además de una hipertensión arterial importante, encontraremos datos clínicos de gravedad: encéfalopatía (cefalea, somnolencia, vómitos, trastornos visuales), insuficiencia cardíaca o fracaso renal agudo. Por el contrario, la urgencia hipertensiva (mucho más frecuente que la emergencia verdadera) no representa una urgencia vital y debe ser tratada de manera conservadora en el medio ambulatorio. El paciente está asintomático u oligosintomático (referirá sintomatología vaga como mareo, malestar o cefalea leve) y presenta cifras tensionales elevadas (>120 mmHg). El tratamiento

consistirá en la administración (vía oral o sublingual) de una benzodiacepina y un antihipertensivo (captopril, verapamilo y/o furosemida). La administración de nifedipino sublingual, una práctica muy generalizada en nuestro medio, está contraindicada por el riesgo (especialmente alto en los ancianos) de hipotensión brusca, síncope e isquemia coronaria o cerebral aguda.⁽⁶¹⁾ Finalmente, es importante recordar que en los hipertensos el empleo de adrenalina como vasoconstrictor local debe ser cauteloso.⁽⁶¹⁾

Cardiopatía isquémica

En los pacientes que han sufrido un infarto agudo de miocardio, las intervenciones odontológicas electivas deben demorarse hasta que transcurran 6 meses. Igualmente, en los pacientes inestables sólo deberán realizarse procedimientos urgentes. Dada la elevada prevalencia de cardiopatía isquémica en la población geriátrica y puesto que la asistencia odontológica puede representar una situación estresante para el paciente, no resulta excepcional que el odontólogo pueda enfrentarse a algún episodio, por lo que es recomendable que los profesionales dispongan en su consulta de nitroglicerina para su administración sublingual. Como en todos los pacientes de alto riesgo, se deben extremar las medidas de reducción del estrés para minimizar el riesgo quirúrgico (sedación, control del dolor, empleo de dosis bajas de anestésicos locales y vasoconstrictores). Se han comunicado casos de isquemia miocárdica en relación con procedimientos odontológicos. El uso juicioso de adrenalina en pacientes con cardiopatía isquémica resulta especialmente recomendable en estos enfermos.⁽⁶¹⁾

Arritmias cardíacas

Las arritmias cardíacas son frecuentes en la población senil sometida a intervenciones odontológicas. La arritmia más prevalente es la fibrilación auricular. La presencia de fibrilación auricular crónica con una respuesta ventricular controlada, no contraindica la intervención. En estos casos se deben adoptar medidas para la reducción del estrés. Además, ante un paciente con fibrilación auricular, deberemos plantearnos dos consideraciones de gran importancia: 1- ¿está recibiendo el paciente medicación anticoagulante o antiagregante?, 2- ¿puede ser el paciente portador de una cardiopatía que requiera profilaxis antiendocarditis? ^(61,70)

Medicación cardiovascular

Muchos fármacos cardiovasculares (antihipertensivos, diuréticos) predisponen a la hipotensión, un problema común en ancianos (especialmente en diabéticos). Por tanto, tras un procedimiento odontológico prolongado que obligue al adulto mayor a permanecer en decúbito durante un tiempo prolongado, se deben extremar las medidas para evitar un síncope: buena hidratación previa, evitar cambios posturales bruscos, monitorización de la presión arterial, etc.

Es conveniente recordar que el uso prolongado de AINES (más de 5 días) facilita la retención hidrosalina por lo que deben evitarse en pacientes cardíopatas e hipertensos. Igualmente debe evitarse emplear dosis altas de adrenalina en

pacientes medicados con betabloqueantes no selectivos por el riesgo de crisis hipertensiva.⁽⁶¹⁾

Estos pacientes con alteraciones cardiovasculares pueden estar tomando medicamentos que interfieran con el tratamiento odontológico o puedan provocar alteraciones de la mucosa bucal, como lo son los nitratos, los betabloqueadores, los quelantes de calcio y ácido acetil salicílico, dipyridamol o teclopidina usadas como antiagregantes; produciendo hemorragias e hiposalivación en general. Los bloqueadores de los canales del calcio pueden producir hiperplasia gingival.⁽³²⁾

2- Diabetes: La padecen entre el 15 y 20% de la población mayor a 60 años y por orden de prevalencia es la sexta enfermedad crónica más frecuente. Además de las manifestaciones bucales, los diabéticos poseen una mayor comorbilidad asociada (retinopatía, neuropatía, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal) lo que tiene una importante implicación en la planificación de tratamiento y cuidados odontológicos.⁽⁶¹⁾ La manifestación bucal más común en los diabéticos no controlados es la enfermedad periodontal, lo cual parece tener una relación directa con la alteración en la función de los neutrófilos.⁽³⁴⁾

Estos individuos tienen mayor susceptibilidad a presentar infección, siendo la más frecuente, la candidiasis entre otras, estas infecciones se dan por disminución en la velocidad de duplicación, descamación y grosor tisular, defectos

en la fagocitosis, adherencia y quimiotaxis que finalmente se traduce en disminución de actividad bactericida de macrófagos y polimorfos nucleares (PMN). Los cambios vasculares (microangiopatía) aumentan la incidencia de alveolitis y pericoronaritis, y comprometen la cicatrización. También pueden observarse cambios mucosos, asociados a la atrofia epitelial. El sangrado postoperatorio y disolución exagerado de coágulos, pueden ocurrir de manera inmediata por la mala calidad de la herida.⁽⁷¹⁾

Aunque también se asocia a esta patología sistémica no controlada, la hiposalivación, que como ya se ha mencionado anteriormente, trae como consecuencia una disminución en la autoclisis, que se traduce en un incremento en el riesgo de caries, enfermedades periodontales y trastornos de la superficie mucosa que aumentan el riesgo de colonización e infección por *C. albicans*. La insuficiente producción de saliva puede incrementar también la susceptibilidad a sialoadenitis bacteriana, la cual en esos casos suele ser consecuencia de una infección retrograda causada por bacterias, principalmente *S. aureus*, que penetran a través de los conductos de las glándulas salivales mayores, en especial por las parotidas. Otra condición que se acentúa por la hiposalivación y las infecciones bacterianas crónicas en la tercera edad es la halitosis.^(32,40,46)

Adicionalmente la neuropatía del diabético, que consiste en demielinización y pérdida de fibras mielínicas pequeñas y fibras amielínicas, como resultado del daño en el tejido neuronal por mecanismos no muy claros en su origen

(metabólico o isquémico), puede ocasionar alteraciones sensoriales, básicamente en el sentido del gusto, produciendo disgeusia.^(40,71)

A estos cambios neuropáticos pudieran sumarse otras alteraciones, que se presentan a medida que avanza la enfermedad. Existen reportes de casos diagnosticados como síndrome de boca ardiente en pacientes que en realidad presentaban diabetes no diagnosticada, los cuales se resolvieron al controlar la enfermedad.⁽⁴⁰⁾

3- Enfermedades hepáticas crónicas y cirrosis: Las enfermedades hepáticas representan la novena causa de muerte en la población de 65-74 años. Los pacientes con trastornos hepáticos deben ser tratados con sumo interés y cuidado por parte del Odontólogo, considerando que el hígado desempeña un papel vital en las funciones metabólicas. El deterioro de la función hepática puede producir anomalías en el metabolismo de aminoácidos, amoníaco, proteínas, carbohidratos y lípidos. Además pueden estar afectadas muchas funciones bioquímicas realizadas por el hígado, como síntesis de factores de coagulación y el metabolismo de los fármacos.^(61,72)

Los ancianos son susceptibles de presentar obstrucciones del tracto biliar. Existe una disminución del gusto y del olfato en pacientes con cirrosis hepática, que puede influir en la nutrición de estos. En la cirrosis alcohólica se ha descrito

disfunción en la glándula parótida, lo que produce una hipertrofia bilateral de la glándula. ⁽³⁴⁾

La disminución de los factores hemostáticos y la mala absorción de vitamina K, producen prolongación del tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina, que ocasiona hemorragias con facilidad tras procedimientos quirúrgicos, o con la presencia de gingivitis y enfermedades periodontales puede haber hemorragia espontánea. También es frecuente observar en estos pacientes petequias y equimosis, producto de las alteraciones hemorrágicas. ^(34,61)

3- Artritis: Es una afección muy frecuente, ya que cerca del 50% de las personas mayores la padece. Caracterizada por dolor e inflamación de las articulaciones, provocando disminución de la movilidad. La osteoartropatía degenerativa es el tipo mas frecuente observado en adultos mayores, imposibilitando el uso de instrumentos de limpieza, produciendo alteraciones secundarias de higiene deficiente. ⁽³⁴⁾

Cuando la artritis reumatoidea se presenta, también puede afectar la articulación temporomandibular (ATM), produciendo dolor al masticar, con un “clic” y limitación para abrir la boca. ^(34,73) La degeneración articular puede producir un dolor único bilateral directamente sobre el cóndilo, que disminuye el rango

articular de movimiento y provoca dolor a la masticación. Se recomienda un manejo conservador y tratamiento para el dolor.⁽⁷³⁾

Es importante tener en cuenta el estado nutricional del anciano, cuando hay afección de la ATM, ya que puede influir en la alimentación del individuo; inicialmente se planteaba la alta prevalencia de edéntulos en este grupo poblacional, lo cual ocasiona una disminución en su capacidad masticatoria que influye en el bajo funcionamiento del tubo digestivo y en un estado nutricional inadecuado.⁽³⁴⁾

Aparte de la afección de la ATM, las manifestaciones bucales de la artritis reumatoidea, están relacionadas sobre todo a los efectos adversos producidos por los fármacos administrados para su tratamiento, y entre ellos se puede mencionar, los salicilatos que producen hemorragia prolongada, pero no significativa clínicamente; los antiinflamatorios no esteroideos se manifiestan provocando una hemorragia prolongada, pero no significativa clínicamente,⁽⁶⁴⁾ úlceras bucales, estomatitis; los glucocorticoides que provocan supresión suprarrenal, enmascaramiento de infecciones bucales, alteración de la cicatrización; los antimaláricos que aumentan las infecciones, retrasan la cicatrización, producen hemorragia prolongada y pigmentaciones intrabucles.⁽⁶¹⁾

4- Alteraciones renales: Los riñones son responsables de algunas funciones importantes, como lo son la función excretora, endocrina y metabólica. La fase precoz denominada *insuficiencia renal*, suele ser asintomática, salvo por la presencia de algunas anomalías de laboratorio leves. Sin embargo el daño aumenta de forma progresiva, disminuyendo la capacidad renal para realizar sus funciones. La enfermedad evoluciona hacia un *fracaso renal* manifiesto. Este hecho indica la incapacidad de los riñones para mantener una homeostasis normal. El síndrome resultante, producido por el fracaso renal, la retención de productos de excreción y la interferencia con las funciones endocrina y metabólica, se denomina *uremia*. Las secuelas habituales de la uremia consisten en anemia, trastornos hemorrágicos, hipertensión, desequilibrios hidroelectrolíticos y alteración del metabolismo de los fármacos. Las manifestaciones aparecen en los sistemas cardiovascular, gastrointestinal, neuromuscular, esquelético, hematológico y dérmico. ^(61,74)

Las lesiones bucales relacionadas con la enfermedad renal son generalmente inespecíficas y pueden manifestarse, como ⁽⁴⁰⁾:

- Severa hiposalivación, la cual se deriva de la deshidratación crónica por pérdida de líquidos, produciendo los efectos y consecuencias ya mencionados.
- Aumento de la concentración de amoníaco en la cavidad bucal que produce disgeucia, la cual es manifestada por el paciente como sabor desagradable metálico o salado.

- La saliva puede tener un olor característico de tipo amoniacal por el elevado contenido de ùrea.
- Estomatitis urémica, se presenta con sensación de “quemazón”, y se observa enrojecimiento, engrosamiento, recubrimiento de un exudado grisáceo y posterior ulceración de la mucosa bucal (suele presentarse en insuficiencias renales graves).^(32,61)
- Cambios de coloración en encías y mucosas, las cuales se tornan pálidas, como manifestación secundaria a la anemia.
- Glositis debido a la anemia perniciosa.
- Hipertrofia parotidia.
- La tendencia hemorrágica se evidencia en forma de petequias, equimosis en la mucosa bucal y labial, y hemorragias gingivales espontáneas.
- Edemas intrabucales.
- Alteraciones de la articulación tèmporomandibular.⁽³²⁾
- Cambios óseos y periodontales: Se ha observado en estos pacientes una mayor prevalencia de gingivitis úlcero necrotizante (GUN) y periodontitis. El cambio óseo más característico descrito es la triada de pérdida de la lámina dura, desmineralización del hueso (aspecto de vidrio esmerilado) y lesiones mandibulares radiólucidas localizadas (granulomas de células gigantes centrales). Otros hallazgos óseos son las trabèculas ensanchadas, la pérdida de cortical, la calcificación de los lugares de extracción y las calcificaciones metastasicas en el interior del cráneo.⁽⁶¹⁾

En los pacientes con trasplante renal la presencia de lesiones bucales, está asociado al uso de ciclosporina-A (CsA), la cual es uno de los medicamentos usados para evitar el rechazo del trasplante. Entre los efectos asociados a CsA a nivel de la cavidad bucal se ha descrito hiperplasia gingival, infecciones oportunistas como candidiasis bucal, leucoplasia vellosa, carcinoma espinocelular de labio y linfoma no Hodgkin. Lo que coincide con el estudio realizado por García y cols (2005), donde el objetivo era determinar la prevalencia de lesiones de la mucosa bucal en 90 pacientes con trasplante renal, las lesiones prevalentes fueron, lengua saburral, candidiasis, lesiones compatibles con leucoplasia vellosa, herpes simple e hiperplasia gingival. ⁽⁷⁴⁾

5- Demencia: Es un trastorno generalizado del intelecto, la memoria, la personalidad, sin afectar a la conciencia. Se distingue del retraso mental en que es adquirida y normalmente progresiva. La enfermedad de Alzheimer, constituye el 70% de los casos de demencia, su prevalencia aumenta con la edad desde el 3% en los individuos de 65 a 74 años hasta el 40% de los mayores de 85 años. ^(57,61,64)

Los pacientes con demencia pueden ser incapaces de verbalizar el dolor, de manera que un proceso doloroso bucodental puede manifestarse como un cuadro confusional en un paciente anciano. ^(56,61) En los adultos mayores con demencia existe una mayor incidencia de enfermedades bucales, ya que posibles causas del dolor son subestimadas y por consiguiente subtratadas. ⁽⁵⁶⁾

El estado de la cavidad bucal se encuentra asociado a la severidad de la demencia, es decir, con la pérdida del autocuidado y el deterioro cognoscitivo, haciéndose necesario entonces que los cuidadores inicien un manejo higiénico preventivo de la cavidad bucal para evitar mayor deterioro de las condiciones de salud. La práctica gerodontológica en los pacientes dementes debe regirse por el principio de la proporcionalidad, sopesando el nivel de cuidados dentales con la calidad de vida, la autonomía funcional y el pronóstico vital del paciente. ⁽⁵⁶⁾

Es importante considerar algunos aspectos que resultan básicos en la atención de los pacientes con demencia. El ambiente debe ser acogedor, tranquilo y silencioso; es recomendable la presencia de un familiar. La tendencia actual es trasladar los cuidados odontológicos al medio habitual del anciano, mediante equipos odontológicos móviles. Es importante evitar en lo posible las medidas de inmovilización porque provocarán o agravarán la agitación del paciente. En caso de requerir sedación, se recomienda el empleo de benzodiazepinas de acción corta a dosis bajas. ⁽⁶¹⁾

Algunas de las investigaciones sobre las condiciones bucales de pacientes con demencia, reportan: ^(75,76,77)

- Traumas maxilofaciales menores, atribuidos a caídas, peligros medioambientales y alteración psicomotora.

- Ulceraciones de la mucosa alveolar y cara ventral lingual, frecuentemente autoinducidas por trauma con cubiertos y objetos extraños. El uso de prótesis dentales removibles, predispone a desordenes de la mucosa.
- Muy mala higiene bucal en pacientes con dientes naturales.
- Hiperplasias tisulares asociadas a prótesis desadaptadas.
- Incapacidad para colocarse o remover las prótesis por si mismos en casos de demencia moderada y severa, al igual que una alta incidencia de pérdida o deterioro de las prótesis en periodos muy cortos de tiempo (3 meses).
- Xerostomia por la medicación farmacológica.

6.4- Cambios asociados al uso de medicamentos (farmacia y multifarmacia).

La elevada prevalencia de múltiples cuadros médicos crónicos, como patología cardiovascular, diabetes y artritis, y la probabilidad de múltiples terapias farmacológicas incrementan la posibilidad de efectos adversos del fármaco y de interacciones farmacológicas. Adicionalmente los cambios relacionados con la edad en la función del corazón, hígado y riñón pueden alterar la distribución, el metabolismo y la excreción del fármaco, resultando en niveles séricos más elevados. Este aumento potencial en la concentración del fármaco puede predisponer al paciente mayor a efectos secundarios tóxicos y adversos. ^(78,79,80,81)

Los mayores de 65 años consumen 2 o 3 veces mas medicamentos que el promedio de la población general y por lo mismo tienen mayor probabilidad de sufrir reacciones medicamentosas. ^(40,82)

En el estudio realizado por Castellanos y cols (1997)⁽⁸⁰⁾, en 2.313 pacientes que acudieron a recibir tratamiento Odontológico en el servicio dental de la Universidad del Bajío-México, se reportó, que con la edad había tendencia a una ingesta mayor en número y variedad de drogas, que la utilización de drogas era mayor en el grupo con edades comprendidas entre 51 y 90 años, que las drogas de consumo mas frecuente en el grupo de rango de edad comprendido entre 51 y 90 años eran, analgésicos y antiinflamatorios, reguladores cardiovasculares, hipoglucemiantes, psico y neuroreguladores, antibacterianos y antiácidos y antiulcerosos.⁽⁸⁰⁾

Una de las secuelas mas frecuentes en la cavidad bucal por el uso de fármacos en adultos mayores, es sin duda la hiposalivación que afecta alrededor del 30% de los pacientes mayores de 65 años.⁽⁴⁸⁾ En el diccionario farmacológico existen mas de 400 productos que explícitamente mencionan cambios sobre la secreción salival, resequedad de la boca, manifiestos efectos anticolinérgicos o sobre el sistema nervioso autónomo parasimpático (lo que implica que causará modificaciones sobre la transmisión nerviosa hacia la glándula salival).^(78,83) Los medicamentos que la pueden producir son muy variados e incluyen entre otros, a los antihistamínicos, anticolinérgicos, antidepresivos, antihipertensivos y diuréticos (Ver Tabla 2, lista detallada de fármacos que se relacionan con hiposalivación).^(40,78,84)

Tabla 2- Principales fármacos causales de hiposalivación.

a. De acción sobre el metabolismo

- Hipolipemiantes
- Suplementos dietéticos con calcio
- Complejos vitamínicos con calcio

b. De acción sobre el sistema nervioso central, periférico y vegetativo

- Anticolinérgicos
- Antidepresivos
- Antiparkinsonianos
- Antipsicóticos
- Relajantes musculares
- Parasimpaticolíticos
- Sedantes y narcóticos

c. De acción sobre el aparato digestivo

- Antidiarreicos
- Antinauseosos
- Antieméticos
- Antiulcerosos

d. De acción sobre el aparato respiratorio

- Broncodilatadores
- Descongestionantes
- Expectorantes

e. De acción sobre el sistema cardiovascular

- Antihipertensivos
- Diuréticos
- Vasodilatadores coronarios

f. Otros

- Antihistamínicos
- Antiinflamatorios no esteroideos

Fuente: Castellanos y cols. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Edit. Manual Moderno. México 2002.

La hiposalivación también explica la aparición de síndromes de difícil manejo como el de boca ardiente.⁽⁸³⁾ El síndrome de boca ardiente se caracteriza por la manifestación de síntomas de quemazón, escozor, ardor, picor o dolor en la cavidad bucal y labios, estando la mucosa clínicamente normal. Tiene una prevalencia de 4 a 5% de la población en general, afecta mayoritariamente a mujeres con una media de edad de 62 años y una proporción respecto a varones de 7:1. Su etiología es desconocida, sin embargo, se sugieren múltiples factores etiológicos de origen local, sistémicos y psicológicos. Se ha identificado un 75% de xerostomía entre los pacientes con Síndrome de boca ardiente. La presencia de enfermedades sistémicas crónicas como la diabetes, la candidiasis o estados de inmunodeficiencia podrían dar lugar a una sintomatología similar. El estrés, la capacidad funcional del paciente y los estados psicológicos (depresión, ansiedad, hipocondría, cancerofobia) han sido asociados con la xerostomía y la manifestación del síndrome. Es una enfermedad, de difícil manejo por falta de terapéutica eficaz. No se ha establecido ninguna relación causa-efecto, por tanto, sigue siendo un campo abierto para la investigación.^(45,85,86,87)

También pueden ser observadas otras manifestaciones como resultado del efecto secundario producido por los medicamentos: ardor bucal, trastorno en la percepción de los sabores (disgeusia). Las alteraciones del gusto incluyen ageusia (pérdida completa del gusto), disgeusia (alteraciones del gusto), hipogeusia (disminución de la sensación del gusto), sabor a medicamento, sabor amargo y sabor desagradable, es lo que con frecuencia refieren los pacientes. La

alteración del gusto mas frecuentemente registrada es la disgeusia asociada a medicamentos. A pesar de la asociación entre fármacos y disgeusia no se ha identificado aun el mecanismo que produce la alteración del gusto.⁽⁷⁸⁾

El diagnóstico de la disgeusia es subjetivo e identificable con las cualidades de los sabores dulce, amargo, acido, salado o metálico. Es importante identificar al paciente con riesgo de alteraciones del gusto, ya que esto podría afectar el estado nutricional y sistémico del mismo, ya que el paciente que con alteración del gusto, no perciba la sal o el dulce, puede añadir en exceso sal o endulzante a los alimentos, pudiendo así exacerbar cuadros subyacentes asociados a diabetes mellitus, hipertensión o patología cardiaca.⁽⁷⁸⁾

Los fármacos pueden inducir otros efectos menos frecuentes como sialorrea, que es la secreción abundante de saliva, la cual puede ser provocada por estimulación directa de los receptores con sustancias como la pilorcaina, o por inhibición de colinesterasa. Las sales de litio, la aldosterona, bromuros y yoduros también actúan como sialogogos.⁽⁴⁰⁾

También son bien conocidos los agrandamientos gingivales, inducidos por anticonvulsivantes como la fenitoina, por bloqueadores de los canales de calcio como nifedipino (empleados en el control de la hipertensión arterial, enfermedad que incrementa su prevalencia en la población conforme la edad avanza), o por el

uso de inmunosupresores utilizados para evitar el rechazo de los tejidos, en casos de trasplantes, como la ciclosporina A. ^(40,89)

Otros mecanismos de daño a la mucosa por acción de medicamentos incluyen las reacciones de hipersensibilidad como estomatitis de contacto, reacciones alérgicas o reacciones idiosincrásicas a los medicamentos, reacciones liquenoides, eritema multiforme y otras formas mas severas como el Síndrome de Stevens-Jhonson. Estos fenómenos se deben a la acumulación de complejos inmunitarios en la piel y mucosas. Por otra parte, pueden producirse reacciones liquenoides (cambios clínicos e histopatológicos similares al liquen plano) causados por fármacos absorbidos por vía sistémica o local como reacción de contacto. La edad no incrementa el riesgo a sufrir procesos inmunopatológicos, pero si el riesgo de exposición a múltiples y nuevos fármacos. Entre los medicamentos que producen con mas frecuencia este tipo de reacción destacan los hipoglucemiantes orales y diversos fármacos antihipertensivos. ^(40,78)

Algunas infecciones oportunistas frecuentes en el anciano, asociadas en la mayoría de los casos a *C. albicans*, se pueden considerar como un efecto secundario al consumo de medicamentos, ya que un buen número de estos pacientes utilizan fármacos inmunosupresores para el control de procesos inflamatorios o autoinmunitarios crónicos, entre los que sobresale el uso de corticoesteroides. En estos casos es frecuente el cuadro de candidiasis eritematosa o atrófica y pseudomembranosa. ^(40,78)

El empleo de antibióticos de amplio espectro en asociación con la hiposalivación y una mala higiene, así como también el uso de corticoesteroides, colutorios compuestos a base de peróxido de hidrogeno, perborato sódico y el consumo de tabaco se han relacionado con la aparición de lengua vellosa, por crecimiento de las papilas filiformes. ^(40,78)

Otros fármacos pueden producir problemas hemorrágicos por interferir en la acción de las plaquetas, por ejemplo la fenitoína, metildopa y quinidina. El uso de warfarina o heparina pueden afectar los factores de coagulación, favoreciendo la aparición de hematomas intramucosos. El ácido acetil salicílico también puede favorecer el desarrollo de hemorragia durante el acto quirúrgico al afectar la agregación plaquetaria. Este último es un fármaco muy utilizado sobre todo en la tercera edad por ayudar a evitar complicaciones cardiovasculares estructurales o funcionales. ^(40,78,89)

También pueden observarse en la mucosa bucal del adulto mayor pigmentaciones de la misma, las cuales pueden ser negras, azules o café, asociadas al depósito de pigmentos derivados de la ingestión de medicamentos como antimaláricos, o por depósito de derivados metálicos como plata, mercurio, bismuto (tatuajes de amalgamas). También puede presentarse incremento en la producción de melanina inducido por antibióticos como tetraciclinas, hormonas femeninas, algunos citostáticos, anticonvulsivos y fenotiacinas. ⁽⁴⁰⁾

En resumen, se puede decir que el uso de medicamentos puede producir potencialmente una gran cantidad de efectos secundarios a nivel de tejidos bucales, los mismos han sido agrupados en la Tabla 3.

Tabla 3- Efectos secundarios de la medicación a nivel bucal.

- a. Hiposalivación/Xerostomia**
- b. Alteraciones del gusto**
- c. Sialorrea**
- d. Agrandamiento gingival**
- e. Estomatitis**
- f. Reacciones alérgicas o reacciones idiosincrásicas a los medicamentos** (reacciones liquenoides, eritema multiforme/Síndrome de Stevens-Jhonson)
- g. Candidiasis**
- h. Hemorragias y hematomas**
- i. Pigmentación de la mucosa**
- j. Lengua vellosa**

Fuente: Castellanos y cols. Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. Edit. Manual Moderno. México 2002.

Si las lesiones bucales que presenta el adulto mayor se derivan de tratamientos farmacológicos, es lógico pensar que la actitud terapéutica mas razonable es la de retirar el fármaco causante. Sin embargo, esta conducta no siempre puede ser adoptada bajo la responsabilidad sólo del odontólogo, por lo que siempre que sea posible, debe retirarse o sustituirse el medicamento causal bajo la supervisión del médico tratante, de allí la importancia del equipo multidisciplinario. En otras ocasiones, entre tratamientos imposibles de sustituir

(inmunodepresores, fármacos con efectos hiposalivatorios, etc.) el tratamiento de las manifestaciones bucales debe ser profiláctico y paliativo, con especial énfasis en el empleo de medios mecánicos para el control de la higiene bucal que contrarresten los efectos del binomio infección-hiposalivación. ⁽⁴⁰⁾

6.5- Alteraciones de la mucosa bucal debidas a procesos de adaptación o modificación de las estructuras bucales.

El desgaste producto de la abrasión, erosión, atrición (bruxismo) y la pérdida dental, constituyen las principales causas de modificación de la estructura bucal en la tercera edad, lo que conduce a la utilización de aparatos protésicos para restaurar la función y la estética. Esta situación, originada por enfermedad periodontal y secuelas de caries y no por el envejecimiento en si, produce una disminución de la dimensión vertical de los maxilares y el descenso de la masa muscular y demás tejidos blandos, lo que favorece la aparición de pliegues peribucales y da la imagen típica del paciente geriátrico. La atrofia del proceso alveolar debida a la ausencia dentaria, producto de exodoncias tempranas, no permite un área adecuada de asiento para la prótesis bucal. Todos estos factores promueven la formación de lesiones en la mucosa y el resto de la cavidad bucal. ^(40,90)

La disminución de la dimensión vertical en el paciente geriátrico, favorece la formación de pliegues intrabucales a nivel de las comisuras bucales, lo que

origina mayor concentración de saliva en esa zona y el desarrollo de erosiones y fisuras, esta lesión se conoce como *Queilitis angular*. (Anexo D)^(40,91)

Queilitis angular

La queilitis angular, llamada también queilitis comisural, candidiasis angular, queilosis, estomatitis angular, boquera, aunque el término mas actualizado es el de *estomatitis comisural* (asociado exclusivamente con la candidiasis); es una inflamación que se localiza en las comisuras labiales con eritema y formación de costras en la que suele instalarse *Candida albicans*. Esta lesión es considerada un signo característico de la candidiasis, por esta razón, generalmente la queilitis se encuentra para su estudio dentro de la clasificación de la candidiasis.⁽⁹¹⁾

Se considera que la disminución de la altura facial es la causa que con mayor frecuencia provoca la enfermedad, aunque existen otras, como el déficit nutricional, carencias vitamínicas, alteraciones endocrinas (diabetes), trastornos hematológicos, defectos de inmunidad, tratamientos citotóxicos e inmunosupresores, VIH, uso indiscriminado de antibióticos, la candidiasis.⁽⁹¹⁾

A esta lesión generalmente no se le da la importancia debida, y el paciente se siente motivado de ir a la consulta por la afección estética que le representa

trastorno en su bienestar social, y no por una preocupación en el aspecto salud-enfermedad. ⁽⁹¹⁾

Su tratamiento es en ocasiones complejo por sus recidivas constantes, pero con frecuencia se utiliza el tratamiento local aplicando antimicóticos de manera tópica, es recomendable indicar al paciente la rehabilitación protésica y combinar los enjuagatorios y lavado de la prótesis con solución de gluconato de clorexidina con la aplicación en la lesión del antimicótico en crema indicado. ⁽⁹¹⁾

En estudios realizados para evaluar las alteraciones clínicas de la mucosa bucal producidas por el uso de prótesis, se evidenció que las lesiones asociadas al uso de prótesis, son sobre todo lesiones de tipo inflamatorias y reactivas, siendo la mas prevalente la estomatitis subprotésica, seguida de la ulcera traumática, hiperplasia fibrosa inflamatoria, queilitis angular y candidiasis. ^(92,93,94) También fueron evaluados ciertos factores que influyen en la presencia de alteraciones bucales asociadas al uso de prótesis, como son, el tiempo de uso de la prótesis dental, el estado de la misma y los hábitos de higiene del paciente. ^(92,95)

Budtz- Jorgensen (1981) ⁽⁹⁴⁾ al evaluar las lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis dentales, determinó que las mismas pueden estar asociadas a agentes microbianos o micóticos presentes en las prótesis y

manifestarse como reacciones agudas o crónicas,^(96,97) otras lesiones pueden ser producto del material con el que es confeccionado la base de la prótesis⁽⁹⁸⁾ o también pueden ser atribuibles a ciertas injurias de tipo mecánico, este trauma crónico de la mucosa bucal asociado al uso de prótesis, en algunos casos puede promover el desarrollo de carcinomas.

La acción de cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis constituye para el tejido una agresión mecánica no fisiológica; los efectos de presión, tracción y empuje que produce suelen causar acciones irritantes sobre la misma. Cuando estos efectos son de mayor intensidad, suponen un estímulo patógeno que rompe ese equilibrio y conduce a una irritación tisular, acompañada de sus consiguientes reacciones inflamatorias, entre las cuales se hallan neoplasias, hiperplasia fibrosa inflamatoria, úlceras traumáticas, estomatitis papilomatosa y la estomatitis subprotésica.^(99,100)

Estomatitis subprotésica

La estomatitis subprotésica es un proceso inflamatorio crónico de la mucosa bucal asociado al uso de prótesis dentales removibles, bien sean parciales o totales,^(101,102,103,) considerada una patología multicausal asociada a la presencia de *Candida albicans* y otros microorganismos, lo cual hace más complejo su estudio y más aun su pronóstico, ya que por su asociación con

Candida constituye un factor de riesgo en la aparición de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal. ^(104,105,106)

Conocida también como, mucosa inflamada subprotésica, palatitis subprotésica crónica, estomatitis veneata, candidiasis atrófica crónica, estomatitis con relación a prótesis, estomatitis protésica, aunque universalmente ha sido aceptado el término de *estomatitis subprotésica*. ⁽¹⁰⁷⁾

Esta lesión, por su alta prevalencia en los pacientes rehabilitados con prótesis dentales, resulta cada vez más preocupante su incidencia, ya que produce afección de las funciones normales, como la masticación, fonación y estética, debido a que el paciente con esta enfermedad debe retirarse las prótesis y en algunos casos sustituirlas por nuevas. ⁽¹⁰⁰⁾

Como ya se mencionó, la estomatitis subprotésica es una de las alteraciones más frecuentes de la mucosa del paladar duro, en pacientes portadores de prótesis dentales mucosoportadas, generalmente asociada a candidiasis. Se caracteriza por una proliferación fibroepitelial, provocada por la base acrílica o metálica desajustada, asociada generalmente a una deficiente higiene bucal y hábitos personales de uso de las prótesis. ^(98,100,108,109,111)

Las características clínicas varían desde pequeñas áreas hiperémicas localizadas, hasta lesiones eritematosas que dibujan el contorno de la base de la prótesis, cuya superficie, de acuerdo con la gravedad de la lesión, puede modificar su aspecto clínico. En estados más avanzados, afecta principalmente las partes más horizontales del paladar duro y aparecen proyecciones papilares que dan un aspecto verrugoso. ^(102,103,110,112)

La estomatitis subprotésica generalmente es asintomática, sin embargo en algunos casos la mucosa afectada puede presentar sangramiento, sensación de quemadura, ardor o prurito. ^(103,107) El paciente también puede quejarse de halitosis, sabor desagradable y sequedad de la boca. ⁽¹⁰⁷⁾

Newton en 1962 propone el uso de una clasificación para la estomatitis subprotésica que aun mantiene vigencia, basada en la apariencia clínica de la inflamación de la mucosa de los maxilares por debajo de la prótesis, a saber: ^(93,94,102,103,106,107,115)

TIPO I: Inflamación simple localizada. Caracterizada por la presencia de un punteado eritematoso o áreas hiperémicas localizadas, causada por mal ajuste de la prótesis.

TIPO II: Inflamación simple generalizada. Zona difusa hiperémica en los tejidos de soporte de la prótesis. Este área aparece con edema, eritema y puede presentar sangramiento. Es el tipo más común de estomatitis subprotésica.

TIPO III: Inflamación granular o papilar hiperplásica. Lesión de aspecto papilomatoso.

Posteriormente han surgido algunas modificaciones de la clasificación de Newton, entre las cuales destacan la propuesta por Bergendal e Isacson (1983)⁽¹⁰³⁾ quienes emplearon los términos:

- 1- **Inflamación local:** Para referirse a la presencia de maculas rojas encontradas usualmente alrededor de las glándulas salivales menores del paladar y la cual esta asociada con trauma producido por prótesis.
- 2- **Enrojecimiento difuso:** Referido a la mucosa del paladar hiperémica, brillante y atrófica, extendiéndose debajo de toda el arrea de la prótesis y esta asociada con el incremento de levaduras.
- 3- **Estomatitis subprotésica descrita como granulomatosa,** caracterizada por la presencia de una mucosa hiperémica con apariencia nodular en el centro del paladar y cuya etiología esta relacionada tanto con trauma como con infección por *Candida*.

Y mas recientemente la clasificación propuesta por Moreira y cols. (1989)⁽¹⁰³⁾ quienes clasificaron la estomatitis subprotésica en tres grados (denominados I, II y III), siendo el grado I el de menor severidad clínica, el grado II de severidad moderada y el grado III el de mayor severidad.

La etiología de esta enfermedad ha sido asociada a ciertos factores de orden local como lo son, los traumatismos ocasionados por prótesis desajustadas, presencia de *Candida* y otros microorganismos, higiene bucal deficiente, presencia de placa dental,^(96,97) hábito de dormir con la prótesis, ingestión de alimentos muy calientes, edad del paciente, tipo de base protética, tiempo de uso de la aparatología, estrés, fumar, presencia de oclusión inestable, presencia de cámaras de succión en la base de la prótesis, superficie de la prótesis con ranura e irregularidades, reacciones alérgicas a los materiales de la base de la prótesis.⁽⁹⁸⁾ Y factores sistémicos como un pH salival ácido, disminución del flujo salival, el alto consumo de carbohidratos, antibióticoterapia por tiempo prolongado, terapia hormonal, así como enfermedades sistémicas como diabetes e hipertensión arterial que tienen repercusión directa en las condiciones ambientales de la cavidad bucal. Todo esto manifiesta la presencia de una patología de origen multicausal.^(99,100,101,102,103,109,111)

La prevalencia de estomatitis subprotésica en los pacientes que usan prótesis ha sido reportada entre un 25 y 65%⁽¹⁰⁷⁾. Esta patología es más común en pacientes con edades comprendidas entre 25 y 90 años; los más afectados

son los pacientes del género femenino de 65 o más años. Se plantea que el riesgo de presentar la enfermedad es mayor a partir de la cuarta década de la vida, donde, por lo general, portan prótesis total, sobre todo superior; además, esta entidad se presenta con mayor frecuencia a medida que avanza la edad. Esto está relacionado con los cambios degenerativos, normales, producidos con el aumento de la edad. ^(106,107,109,110,112)

Otras investigaciones señalan que los tejidos bucales sufren alteraciones de la colágena y es probable que su capacidad de regeneración vaya menguando durante el proceso de envejecimiento, en vista de la disminución del área de soporte de la prótesis, debido a la destrucción alveolar (después de las extracciones dentarias), así como a la disminución de la secreción salival lo que favorece las infecciones micóticas, siendo *Candida albicans* la especie mas frecuente. ^(112,113,114)

Generalmente otras lesiones suelen acompañar la estomatitis subprotésica, entre ellas la candidiasis aguda pseudomembranosa, queilitis angular, glositis, así como aftas bucales, bucofaríngeas y esofaríngeas. ⁽⁹⁶⁾

Para el tratamiento de la estomatitis subprotésica se deben tomar en cuenta varios aspectos, considerando su etiología multifactorial; en lo relacionado a la prótesis dental, se evaluará la misma en relación al ajuste, condiciones de higiene, tiempo de uso; por la relación bacteriana asociada a la presencia de

placa dental, es importante evaluar el control de placa, e indicar enjuagues de gluconato de clorexidina y aplicación del antimicótico localmente. ^(107,115)

Hiperplasia papilar inflamatoria

También llamada hiperplasia papilar del paladar, hiperplasia papilomatosa inflamatoria, papilomatosis palatina. Es una lesión reactiva, benigna, e irreversible, de naturaleza inflamatoria que se observa a nivel de paladar duro, generalmente asociada al uso dentaduras inestables, e infecciones por *C. albicans*. Clínicamente se observa con aspecto de “frambuesa”, como múltiples excrecencias papilares eritematosas y edematosas. ⁽¹¹⁶⁾

Es importante destacar que aunque la descripción de esta lesión coincide con la clínica de la estomatitis subprotésica tipo III propuesta por Newton, no debe ser confundida con la misma, ya que esta patología es considerada una entidad aparte. ^(117,118,119,120)

Alrededor del 10% de las personas portadoras de prótesis dentales sufren este trastorno, y la mayoría utilizan dichas prótesis dentales de forma continua. ⁽¹²¹⁾ En relación a la etiología de esta entidad, se han descrito ciertos factores determinantes como son: el uso continuo de prótesis, uso de prótesis mal adaptadas, escasa higiene bucal, presencia de zonas de alivio que funcionan como cámaras de succión, existencia de cámaras de succión en prótesis, irritación y trauma de las glándulas salivales del paladar, oclusión inestable. Y

factores predisponentes como la infección por *Candida albicans*, sensibilidad a los materiales de la base, factores sistémicos.⁽¹¹⁶⁾

El tratamiento consiste en indicarle al paciente el retiro y descanso nocturno de la prótesis, adoptar adecuadas medidas de higiene, e indicar tratamiento antimicótico tópico, lo cual ayuda a disminuir la intensidad de la lesión antes de considerar la fase quirúrgica, generalmente la lesión no suele desaparecer totalmente, ya que estas lesiones papilares están formadas por tejido fibroso denso que no se normaliza. A menudo es necesaria la intervención quirúrgica antes de realizar el tratamiento protésico.^(116,119,120)

Hiperplasia fibrosa inflamatoria

La hiperplasia fibrosa inflamatoria, también conocida como épulis fisurado, hiperplasia por prótesis dental, es considerada una lesión reactiva ya que esta relacionada al traumatismo crónico producido por una prótesis dental mal adaptada y sobreextendida debido a la reabsorción ósea alveolar o a su correcto asentamiento.⁽⁹⁴⁾ Consiste en un crecimiento seudotumoral localizado sobre los tejidos blandos que componen el surco vestibular o fondo del vestíbulo, la cual aparece en forma de pliegues o agrandamientos alargados del tejido. En esta entidad suele evidenciarse diversos grados de hipertrofia e hiperplasia.^(119,121,122)

La mayoría de las lesiones son asintomáticas, su incidencia es mas elevada en el maxilar que en la mandíbula y las regiones anteriores de ambos maxilares se afectan más que las posteriores, las lesiones predominan en pacientes femeninos, mayores de 40 años. ^(94,117)

El tratamiento va encaminado a la eliminación de los agentes etiológicos, por lo tanto se requiere una evaluación objetiva de la prótesis, considerando que esta es el agente etiológico fundamental de la lesión. En lesiones pequeñas, compuestas fundamentalmente por tejido inflamatorio y algo de hiperplasia, al reducir el borde extendido de la prótesis, pueden remitir en 2 o 3 semanas. En aquellos casos donde las lesiones son de mayor tamaño y fibrosas por la cronicidad de las mismas, se indica el tratamiento quirúrgico, tal vez combinado con algún procedimiento que permita la profundización del surco. En cualquier caso, se debe confeccionar posteriormente una nueva prótesis bien adaptada o al menos ajustar la prótesis actual. ^(117,122)

Úlceras traumáticas

Al estar asociadas a prótesis dentales, generalmente ocurren entre el primer y segundo día de la instalación de la prótesis, sin embargo esta lesión es atribuible a prótesis desadaptadas y entre las causas se pueden considerar, la sobrextension de los bordes de la prótesis y el desbalance en la oclusión. También se deben tomar en cuenta ciertos factores sistémicos que pudieran disminuir la resistencia de la mucosa como son, las deficiencias nutricionales,

diabetes o xerostomía. Las úlceras traumáticas asociadas al uso de prótesis, generalmente suelen presentarse en el 5,5% de los individuos de 65 a 74 años.⁽⁹⁴⁾

El dolor es la principal característica de este tipo de lesiones, el cual suele exacerbarse con la ingesta de alimentos, en especial con los salados o los muy ácidos. Es importante la evaluación clínica exhaustiva de estas lesiones por considerarse diagnóstico diferencial de carcinoma espinocelular, por esto se debe palpar la lesión en busca de alguna induración, también se deberá realizar la palpación de cadenas ganglionares. Es importante considerar que el curso de evolución normal de una úlcera traumática no debe exceder de siete días, por esta razón si el cuadro no se resuelve a la segunda semana, deberá biopsiarse.⁽⁹⁴⁾

Carcinoma inducido por el uso de prótesis

El uso de prótesis dentales, sobre todo si están mal ajustadas, provoca lesiones que pueden pasar asintomáticas o inadvertidas durante años;⁽¹²³⁾ ninguno de los estudios que evalúa la asociación prótesis dental-carcinoma es definitivo en evidenciar tal asociación, sin embargo, se ha demostrado que el desarrollo de carcinomas bucales, suele estar asociado a irritaciones de tipo químico o irritaciones crónicas, pudiendo estar producidas por el uso de prótesis dentales. En un estudio citado por Budtz-Jorgensen (1981)⁽⁹⁴⁾, se demuestra la asociación de carcinoma bucal y uso de prótesis; en el mismo fueron evaluados 560 pacientes con diagnóstico de carcinoma espinocelular, de los cuales 204 eran

portadores de prótesis dentales y de éstos se determinó que en 86 de los casos la etiología fundamental para el desarrollo del carcinoma fue el uso de prótesis desajustadas, considerándolo como un factor de irritación crónica para la formación del carcinoma. En un estudio similar realizado por Nicot y cols. (1995)⁽¹²⁴⁾, se concluyó que el uso de prótesis dentales aumenta 12 veces más el riesgo de transformación de lesiones premalignas como la leucoplasia. Por esto, la importancia de evaluar y realizar controles periódicos a los pacientes portadores de prótesis removibles, bien sean totales o parciales.

7- Lesiones bucales más comunes en adultos mayores.

En estudios realizados acerca de la prevalencia de lesiones bucales en adultos mayores^(16,17,42,125,126,127,128,129,130), no es sorpresa observar pluripatología bucal, esto se justifica, al evaluar la complejidad sistémica de los adultos mayores, considerando además, todos los cambios asociados al proceso de envejecimiento, los cambios metabólicos, problemas nutricionales, la polimedicación, el uso de prótesis dentales, por lo tanto, no es difícil pensar que en este grupo específico, puedan abundar las patologías bucales.⁽¹³²⁾ Las más frecuentes incluyen neoplasias, infección, patología mucosa de base inmunológica, alteraciones hematológicas, manifestaciones de patología sistémica, produciendo así cuadros caracterizados por la molestia y el dolor bucal, debilitando y afectando la calidad de vida del adulto mayor.^(133,134)

Leucoplasia

El término leucoplasia se utiliza para designar, aquellas patologías en forma de parche o placa blanca que no puedan ser removidas de la mucosa bucal y no puedan ser caracterizadas clínica o patológicamente como otra enfermedad. Leucoplasia es sólo un término clínico, sin connotación histopatológica. No se asocia con ninguna característica histológica en relación con la presencia o ausencia de atíпия celular o algún tipo de displasia. ^(133,135) La mayoría de estas lesiones resultan ser hiperqueratosis, asociadas a trauma o producidas por el uso del tabaco, sin embargo, otras de estas lesiones blanquecinas podrán ser leucoplasias con etiología desconocida. ⁽¹³⁵⁾ (Anexo F).

En Mayo de 1994 el grupo colaborador de la OMS para el estudio de lesiones blancas bucales reunido en Suecia reafirma el concepto de leucoplasia como una lesión predominantemente blanca que no puede ser caracterizada como ninguna otra lesión definida. Descartan como leucoplasia lesiones friccionales, asociadas a traumatismos o irritación crónica, restauraciones dentales y con el hábito de mordedura de carrillos o labios. Sin embargo, acotan que cuando se presenta una asociación de factores químicos y físicos como agentes causales, es difícil evaluar cuál es el agente etiológico específico y la posibilidad de una asociación coincidental no puede ser descartada, por lo que en estos casos si será descrita y considerada como una leucoplasia. ⁽¹³⁶⁾

Generalmente es asociada a trauma crónico o irritación de la mucosa producto de prótesis mal adaptadas. El desarrollo de esta lesión también ha sido asociado a factores extrínsecos como el hábito tabáquico, el alcohol, y con el uso frecuente de enjuagues bucales y pastas dentales que poseen sanguinarina en su composición química. También ciertos factores intrínsecos como la presencia del Virus Papiloma Humano (VPH), la infección por *Candida*, disfunción endocrina, así como deficiencias nutricionales de ciertos elementos y compuestos como hierro, ácido fólico, vitamina B₁₂ y vitamina A, han sido citados como factores predisponentes al desarrollo de esta entidad clínica. Siendo el hábito tabáquico, el factor etiológico más significativo en el desarrollo de esta entidad. ⁽¹³⁷⁾

La leucoplasia es una entidad que ocurre principalmente en la edad adulta entre la quinta, sexta y séptima décadas de la vida; sin embargo, los factores etiológicos que han sido referidos con anterioridad pueden determinar su presentación a edades más tempranas.

El hábito de fumar es el más importante factor etiológico en el desarrollo de la leucoplasia bucal, e incluso se ha sugerido que éste, condiciona el sitio anatómico de desarrollo de la lesión leucoplásica. Shepman y cols ⁽¹³⁸⁾, reportan que en pacientes fumadores las lesiones leucoplásicas se presentan principalmente en piso de boca y mucosa interna de carrillo, mientras que en pacientes no fumadores las lesiones blanquecinas se presentan con mayor incidencia en los bordes laterales de la lengua.

La localización de la leucoplasia bucal es importante para el diagnóstico y la estrategia terapéutica. Las lesiones localizadas en el suelo de la boca, cara ventral y borde lateral de la lengua, y paladar blando, es más probable que muestren hallazgos histopatológicos significativos. Sin embargo, una leucoplasia en reborde alveolar asociada a una prótesis mal adaptada puede ser menos preocupante. La única forma de valorar estas lesiones completamente es a través de la realización de una biopsia, la cual determinara las estrategias de seguimiento y tratamiento.⁽¹³³⁾ En un estudio realizado por Silverman y cols. (1984)⁽¹³⁵⁾, al evaluar la localización de lesiones leucoplásicas, se determinó, que el 40% ocurre en encía, 27% en paladar, 26% en lengua, 22% en piso de boca y 11% en labios. Al evaluar el habito tabáquico en los pacientes del estudio, 73% poseían este habito, de los cuales el 74% utilizaban cigarrillos, 14% pipas, 10% cigarros y 2% tabaco masticado, sin embargo, esto se contrapone a un estudio realizado por Baric (1982)⁽¹³⁷⁾ donde al evaluar los pacientes que presentaban leucoplasias y relacionarlo con el habito tabáquico, esta entidad tenia mayor incidencia en aquellos pacientes fumadores de pipa en un 30%.

La leucoplasia es considerada una lesión premaligna y la prevalencia de su transformación no está establecida, según Baric (1982)⁽¹³⁷⁾ del 3 al 6% de las leucoplasias muestran transformación maligna, mientras Fantasia (1987)⁽¹²⁶⁾ refiere que la transformación maligna de las leucoplasias va del 10 al 20%, mostrando evidencia de displasia epitelial, carcinoma in situ o carcinoma invasor.

Diversos criterios, etiológico, clínico e histopatológico, se han establecido para la clasificación de la leucoplasia:⁽¹³⁹⁾

1- Criterio etiológico.

a- Asociada al hábito de fumar. En pacientes fumadores de cigarrillo, pipa o tabaco, se ha asociado este hábito como el factor etiológico desencadenante en la aparición de lesiones leucoplásicas, utilizando el término de lesión blanquecina inducida por tabaco.

b. Idiopática, en los casos que se presenta en pacientes no fumadores, donde no es posible asociar la aparición de la lesión con un factor específico desencadenante.

Se ha considerado que placas blanquecinas asociadas a una causa local identificable diferente al hábito de fumar, como las queratosis friccionales o las lesiones por hábitos de mordedura de carrillos no deben ser definidas como leucoplasias.⁽¹³⁶⁾

2- Criterio clínico.

a- Leucoplasia homogénea, cuando se observa clínicamente una lesión blanquecina y uniforme, de consistencia firme, poco espesor, de superficie lisa o áspera. La incidencia de displasia epitelial y transformación maligna es muy baja en este subtipo clínico.⁽¹⁴⁰⁾

b- La *leucoplasia no homogénea* es una placa blanca que puede alternar con otras zonas rojas y/o con una superficie irregular, nodular o exofística. Las leucoplasias no-homogéneas pueden manifestar síntomas leves en el paciente, como dolor localizado o molestias en la zona. Presentan una mayor incidencia de displasia epitelial y mayor riesgo a la transformación maligna que el subtipo homogéneo. ⁽¹³⁵⁾

c- *Eritroleucoplasia* cuando la lesión alterna zonas blancas con zonas rojas en su presentación clínica. ⁽¹³⁵⁾

d- *Leucoplasia Verrugosa Proliferativa (LVP)*, es un nuevo tipo en estudio, descrita por primera vez en 1985 por Hansen y cols, reportándola como una lesión con una alta posibilidad de transformación maligna. Se inicia como una leucoplasia homogénea uní focal, persistente, con un patrón de crecimiento progresivo, adquiriendo en poco tiempo una superficie con múltiples proyecciones papilares, o verrugosas; algunas veces se observan áreas eritematosas. Su distribución es multifocal o generalizada, y los sitios de mayor riesgo de aparición son la mucosa bucal, lengua y encía. ⁽¹⁴¹⁾

3- Criterio histopatológico.

Dentro de la diversidad de cuadros histopatológicos en las leucoplasias bucales, se distinguen dos: las leucoplasias sin rasgos de displasia en el epitelio o “leucoplasia Benigna” y las “leucoplasias displásicas”. ⁽¹⁴²⁾

El término displasia describe un crecimiento epitelial desordenado, refiere cambios crónicos, progresivos y desórdenes premalignos de la mucosa bucal. Los cambios comienzan en la capa basal y suprabasal del epitelio y se extienden superficialmente en él. De acuerdo con los cambios celulares y del tejido se han establecido tres grados de displasia: leve, moderada y severa. ^(142,143, 144, 145)

Las alteraciones ocurridas a nivel epitelial, suelen ser cambios celulares, intracelulares y estructurales, entre los que se encuentran: ⁽¹⁴⁴⁾

Celulares

- a- Hiperchromatismo:* Aumento de la intensidad tincional de los núcleos.
- b- Pleomorfismo nuclear:* Formas nucleares diferentes a las típicas de cada región epitelial
- c- Multinucleación:* El núcleo celular presenta varios lóbulos
- d- Cambios en los índices: Núcleo/célula:* El núcleo ocupa mas espacio celular.
- e- Aumento de mitosis:* El índice de duplicación celular es mayor.
- f- Mitosis atípicas:* Duplicación celular fuera de las capas germinativas.

Estructurales

- a- Alteraciones papilares:* Perdida de la morfología de las prolongaciones epiteliales digitiformes por formas redondeadas, aplanadas o bulbosas.
- b- Hiperplasia basal:* Dada por el aumento de la mitosis en la capa germinal.
- c- Hiper celularidad:* Numero exagerado de células en cualquier estrato epitelial.

d- Diferenciado/No diferenciado: Alteraciones en la maduración, las células pueden sufrir alteración de los rasgos morfológicos característicos del estrato al que pertenecen, adquiriendo formas atípicas. El grado de semejanza con la célula epitelial, definirá a su vez el grado de diferenciación. Entre menos diferenciado es un carcinoma es mas agresivo y el pronóstico mas pobre.

e- Invasivo: Rebasa los limites de la capa epitelial e invade tejidos vecinos.

En la *displasia leve* se observan cambios a nivel de la capa basal del epitelio, donde las células pueden perder su orientación normal y pueden verse muchas mitosis. Los cambios en las células son de tipo reversible si cesa el agente causal o traumático. El tejido conjuntivo suele observarse sin alteraciones, con un ligero infiltrado inflamatorio. ⁽¹⁴⁵⁾

Mientras que en la *displasia moderada*, además de notarse los cambios anteriores, esta se caracteriza porque la membrana basal pierde su continuidad y el epitelio tiende a invadir el tejido conjuntivo. ⁽¹⁴⁵⁾

También considerada como carcinoma invasor, en la *displasia severa*, el epitelio pierde su organización, se desprende, mezclándose con el tejido conjuntivo, pudiéndose observar células anaplasicas. ⁽¹⁴⁵⁾ (Anexo H).

Cáncer

El cáncer bucal, es uno de los 10 mas frecuentes a nivel mundial, y como la mayoría de los cánceres está relacionado con el envejecimiento, así que puede considerarse una enfermedad de la tercera edad.⁽¹⁴⁷⁾ De todos los factores que pueden contribuir en la aparición del cáncer, la edad es el que supone mayor riesgo epidemiológico. Alrededor del 95% de los cánceres ocurre en mayores de 40 años y la edad media del diagnostico se sitúa alrededor de los 60 años, y se estima que la mitad de los canceres ocurren en mayores de 65 años,⁽¹⁴⁸⁾ por ello la detección precoz del mismo se fundamenta en la identificación y control de lo que se denominan lesiones premalignas.^(149,150)

La etiología del cáncer oral y de las lesiones precancerosas es múltiple. Los factores mas comúnmente citados son el tabaco, alcohol, genética, nutrición, virus, radiaciones y riesgos ocupacionales. La mayoría de ellos tienen un efecto acumulativo en el tiempo, lo que da consistencia al hallazgo epidemiológico de mayor prevalencia de cáncer en las personas de mayor edad.^(133,149)

El carcinoma espinocelular que surge de novo o sobre una lesión premaligna previa (generalmente leucoplasia), representa el proceso maligno mas frecuente, el 90% de los casos de neoplasias malignas son carcinomas espinocelulares.^(133,144)

La presentación clínica es variable, pudiendo incluir cambios mucosos leucoplásicos o eritroplásicos sutiles, úlceras, crecimientos verrucopapilares exofíticos, o lesiones con una naturaleza endofítica indurada, pudiendo metastatizar a ganglios linfáticos regionales o a zonas distantes.^(133,144)(Anexo G).

El tratamiento del carcinoma espinocelular es principalmente quirúrgico, la radiación también es eficaz. El tratamiento depende de la localización del tumor, del estadio, tamaño del tumor, afección de ganglios linfáticos y presencia de metástasis distantes, y especialmente en el paciente mayor, de la valoración minuciosa del mismo.⁽¹³³⁾

La afección metastática en la cavidad bucal es poco frecuente, por no decir rara. La localización mas frecuente de la afectación es la mandíbula y menos frecuente en el maxilar.⁽¹³³⁾ Generalmente los casos de tumores primarios suelen estar localizados en el pulmón, mama, riñón, hígado y estómago, en los cuales la diseminación ocurre por vía vascular. En el 21% de los casos, las metástasis bucales son la primera manifestación de una enfermedad sistémica neoplásica. Estas se pueden confundir con lesiones como granulomas piogénicos, fibromas o granulomas periféricos de células gigantes, entre otras, debido a que tienen un aspecto clínico muy semejante.^(122,133)

Para confirmar que se trata de una metástasis gingival, la lesión debe cumplir los siguientes criterios: existencia de un tumor primario, comprobación histológica de su naturaleza maligna, similitud anatomopatológica entre éste y la metástasis gingival, y la ausencia de extensión directa entre las dos lesiones. ⁽¹²²⁾

El tratamiento de estas metástasis es paliativo, el 70% de estos pacientes fallecen en el transcurso del primer año. En muchos de los casos, el odontólogo es el primer facultativo que detecte una lesión bucal relacionada con una enfermedad sistémica neoplásica. ⁽¹²²⁾

Infecciones bucales

1- Candidiasis

Las candidiasis o candidosis son las micosis bucales mas frecuentes y oscilan entre un 20 y un 70%, siendo *C. albicans* la especie mas aislada. Actualmente su incidencia está en aumento, debido a diferentes factores facilitadores como la generalización del uso de prótesis dentales, la xerostomia, las múltiples terapias con antibióticos, inmunosupresores, antineoplásicos, radioterapia, enfermedades sistémicas, e incluso la mayor supervivencia de los pacientes con inmunodeficiencias. De estar clásicamente asociada a la infancia y a la ancianidad, esta enfermedad ha pasado a ser una manifestación común en otros grupos de pacientes. ^(110,151,152,153)

Candida es considerada un comensal habitual en la cavidad bucal, ^(110,153) probablemente si existiesen test lo suficientemente sensibles, demostrarían que más del 90% de los individuos sanos están colonizados por estos microorganismos, ⁽¹¹⁰⁾ por eso, al manifestarse clínicamente, se debe sospechar que el paciente presenta condiciones locales y sistémicas que favorecen su aparición y es cuando puede ser considerada *C. Albicans* como una infección oportunista. ^(154,155,156)

La candidiasis bucal provoca molestias de diferente grado y altera el gusto, haciendo desagradable y dolorosa la ingesta, lo que lleva a una disminución del apetito, lo que puede resultar fatal en enfermos que precisen una dieta hipercalórica. Además puede ser la puerta de entrada de otras formas de candidiasis mas graves, como la esofágica o la sistémica. ⁽¹¹⁰⁾

La patogénesis de la candidiasis bucal es compleja e implica diferentes factores y mecanismos del hongo y el hospedador. La posibilidad de que *Candida* colonice las superficies bucales depende tanto de la efectividad de los mecanismos defensivos del hospedador, como de la capacidad de adhesión del hongo y de su poder de crecimiento. El balance entre colonización y candidiasis depende de la capacidad de *Candida* para modular la expresión de los factores de virulencia en respuesta a los cambios ambientales, combinado con la competencia del sistema inmunológico del hospedador unido a las pautas

terapéuticas antifúngicas. La naturaleza de este equilibrio es frágil y en muchos aspectos desconocida. ⁽¹¹⁰⁾

Como comensal de la cavidad bucal *C. albicans* se adhiere a proteínas de la saliva y a bacterias para evitar su eliminación de la zona. También se ha demostrado que existe una asociación de *C. albicans*, y otras especies de *Candida* con otras bacterias presentes en cavidad bucal como *Streptococcus sanguis*, *S.salivarius*, *S.mutans*, *S.mitis*, *Fusobacterium nucleatum*, *Actynomyces viscosus*, *Lactobacillus* y *Porphyromonas gingivalis*, y que estas bacterias promueven la adherencia al epitelio bucal y a las superficies acrílicas de las prótesis dentales. ^(101,157,158,159)

Existen muchos aspectos en el hospedador que pueden facilitar el desarrollo de una candidiasis bucal, tanto locales, como sistémicos, los factores locales se asocian con alteraciones de la saliva, de la barrera mucosa y cambios del epitelio bucal. ^(97,110)

La mucosa bucal constituye la primera barrera contra la invasión candidiásica, todas aquellas situaciones que alteran su integridad como traumatismos, el uso de prótesis en mal estado, una higiene bucal inadecuada, van a favorecer la adhesión e invasión mucosa por parte de *Candida* sp. Se van creando como consecuencia de la agresión microfisuras en el epitelio, que aumentan la permeabilidad a los antígenos y toxinas de *Candida*. ⁽¹¹⁰⁾

El principal agente inmune innato de la cavidad bucal es la saliva. El crecimiento de *Candida* está regulado por la saliva. No solamente por los macrófagos que se encuentran en ella, sino también por las funciones de barrido mecánico que ejerce en la cavidad bucal, lo que dificulta la adhesión del hongo. La saliva también posee componentes proteicos con poder antifúngico, como las lisozimas, lactoferrina, transferrina, histatinas y defensinas y anticuerpos anti-*Candida* del tipo Ig A secretor que actúan inhibiendo la adhesión de *Candida* a la mucosa bucal. ⁽¹¹⁰⁾

Entre los aspectos sistémicos a tomar en cuenta están, periodos extremos de vida, alteraciones hormonales, alteraciones nutricionales, alteraciones inmunológicas. ⁽¹¹⁰⁾

El tabaco también puede favorecer el crecimiento bucal de *Candida*, ya que aumenta la queratinización epitelial, reduce la concentración de IgA en saliva y deprime la función de los leucocitos polimorfonucleares. ⁽¹¹⁰⁾

La mucosa bucal presenta propiedades antifúngicas que protegen a la invasión candidiásica, debido a la presencia de ciertas proteínas y otros factores no determinados. Sin embargo, hay circunstancias que alteran la integridad de la mucosa, mediante traumatismos, maceración u oclusión (como ocurre con el uso de prótesis dentales), lo cual favorece la adhesión del hongo y la invasión

mucosa. La hiperplasia bucal, así como la presencia de displasia epitelial y atipias celulares en el epitelio de la mucosa bucal, se asocian con una mayor presencia de *Candida*. También es importante tomar en cuenta su asociación a lesiones premalignas como la leucoplasia y el liquen plano, pudiendo actuar como factor patógeno en la malignización de estas entidades. ⁽¹¹⁰⁾

Aspectos clínicos y diagnósticos.

Las candidiasis bucales primarias fueron subdivididas, según la clasificación inicial propuesta por Lenher en 1966, basándose en su persistencia, en agudas y crónicas. En las formas agudas estaban la candidiasis pseudomembranosa y atrófica, y en las formas crónicas, la candidiasis atrófica (estomatitis subprotésica) e hiperplásica. Posteriormente surgieron otras clasificaciones basadas en ésta que no fueron de gran aporte. ^(110,160)

Posteriormente se propuso una nueva clasificación al considerar que las formas pseudomembranosas podían presentar un curso crónico en algunos pacientes. Además se propuso sustituir el termino “atrófica” por el de eritematosa, considerando que estas lesiones aparecían rojas y representaban un aumento de la vascularización que coexistía con un engrosamiento o adelgazamiento del epitelio. ⁽¹¹⁰⁾

En la actualidad se la clasificación de la candidiasis bucal, comprende dos amplias categorías: primaria y secundaria.^(110,161,162)

La *candidiasis primaria* es aquella confinada a los tejidos orales y periorales. Esta se subdivide en: (Anexo E)

- C. pseudomembranosa (aguda y crónica).
- C. eritematosa (aguda y crónica).
- C. hiperplásica (leucoplásica).
- Lesiones asociadas
 - Estomatitis protésica.
 - Queilitis angular.
 - Glositis rómbica.

La *candidiasis secundaria* es aquella en la cual la candidiasis bucal es una manifestación de una infección sistémica o generalizada.

- C. Mucocutánea (crónica) (CMC). También llamada Síndrome Crónico de Candidiasis Mucocutánea, e incluye: CMC familiar, CMC difusa, CMC por endocrinopatía.

Cuando dos o mas de estas formas clínicas aparecen juntas se denomina candidiasis multifocal. Candida también puede estar implicada en el eritema gingival lineal, la periodontitis necrótica y la queilitis exfoliativa, procesos descritos en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.⁽¹¹⁰⁾

La candidiasis pseudomembranosa, también denominada muget, es la forma clínica más conocida y se caracteriza por la presencia de placas blanco amarillentas de consistencia blanda, que al ser raspadas se desprenden fácilmente, dejando una zona eritematosa, erosionada o ulcerada, con una mucosa adyacente normal en apariencia. Las lesiones se pueden localizar en cualquier zona de la mucosa bucal, pero predominan en la mucosa yugal, orofaringe y márgenes laterales de la lengua. Los pacientes pueden quejarse de dolor, ardor y disfagia. ^(110,162)

La candidiasis eritematosa, mal llamada atrófica, se presenta clínicamente como un área rojiza de bordes mal definidos, representa en la actualidad la forma clínica más común, tanto en los pacientes inmunocompetentes como en los inmunodeprimidos. En general es una lesión asintomática, que puede llegar a producir un ligero picor, pero en la mayoría de los casos el diagnóstico es un hallazgo clínico del odontólogo. ^(110,162)

La candidiasis hiperplásica o leucoplásica, se presenta en forma de placas o pequeños nódulos blanquecinos, que no pueden ser desprendidos por raspado y no pueden atribuirse a ninguna patología diagnosticable. Se pueden localizar en cualquier parte de la mucosa bucal, pero tienen predilección por mucosa yugal, cerca de las áreas retrocomisurales y en la lengua. ^(110,162)

En relación a las lesiones asociadas a candidiasis, ya fueron explicadas la estomatitis subprotésica y la queilitis angular. La glositis rómbica o romboidal media, es una patología infrecuente, que aun mantiene ciertas controversias, respecto a su etiopatogenia. Inicialmente se consideró que tenía un origen embriológico o una anomalía del desarrollo por persistencia del tubérculo impar en el centro del dorso lingual, también fue asociada a procesos inflamatorios e inmunológicos;⁽¹⁵¹⁾ sin embargo, también se ha demostrado que se trata en muchos casos de una lesión candidiásica crónica en una zona especialmente proclive a desarrollar la infección. Otros factores relacionados que se han citado son el tabaco, el uso de prótesis dental y pequeños traumatismos. Se considera como un proceso embrioplásico sobre el que la acción mecánica de masticación y deglución provocan la lesión, donde posteriormente se añaden otras complicaciones o sobreinfecciones (candidiasis crónica o incidentalmente nevus pigmentado).⁽¹⁶³⁾ Esta lesión se observa como una depapilación o un área hiperplásica de forma romboidal situada en la porción media o ligeramente posterior del dorso lingual. Este proceso se produce más frecuentemente en varones, fumadores y diabéticos. Es un proceso que responde de forma desigual al tratamiento antifúngico.⁽¹¹⁰⁾

El diagnóstico de cualquiera de las formas de candidiasis bucal es fundamentalmente clínico y se basa en el reconocimiento de las lesiones clínicas

que debe ser confirmado por la observación microscópica de *Candida* en las muestras bucales y/o por su aislamiento en cultivo. ⁽¹¹⁰⁾

El tratamiento de la candidiasis bucal se basa en cuatro pilares:⁽¹¹⁰⁾

- Realización de un diagnóstico precoz y certero de la infección.
- Corrección de los factores facilitadores o de las enfermedades subyacentes.
- Determinación del tipo de infección candidiásica.
- Empleo de fármacos antimicóticos apropiados.

2- Herpes Zóster

Esta una enfermedad infecciosa aguda, producida por el virus varicela zóster, del grupo de los herpes virus, que produce varicela en la infancia y por su carácter linfotrópico, permanece latente en los ganglios sensitivos tras la infección primaria. Posteriormente, asociado con la disminución inmunitaria producida durante el envejecimiento, puede producirse una reactivación de este virus, manifestándose entonces como herpes zóster. Presenta una distribución unilateral caracterizada por la aparición de vesículas en relación a un tronco neural, acompañado de dolor neurológico o sensación pruriginosa. ^(133,164)

Esta lesión también se ha visto en pacientes receptores de transplantes, sometidos a radioterapia o quimioterapia, en pacientes con procesos malignos no diagnosticados y en aquellos con inmunodeficiencia adquirida. ^(133,164)

El herpes zoster se caracteriza por lesiones cutáneas, oculares o mucosas, que comienzan como vesículas, generalmente siguiendo un trayecto neurálgico. Estas lesiones son muy dolorosas, y la complicación mas frecuente que puede presentarse ante este cuadro es la neuralgia postherpética. La incidencia de neuralgia postherpética aumenta con la edad, presentándose en más del 50% de los pacientes con herpes zoster mayores de 60 años. ^(133,165)

Liquen plano

Es una enfermedad mucocutánea inflamatoria, de naturaleza autoinmune y de etiología desconocida, en su patogénesis existe un desorden inmunológico con ataque al epitelio por parte de linfocitos CD8 citotóxicos, puede asociarse a otras enfermedades autoinmunes y a hepatitis C. ^(166,167)

Entre las enfermedades dermatológicas, el liquen plano merece una especial atención por parte del odontólogo, considerando que las lesiones bucales son muy frecuentes, antecediendo generalmente a las manifestaciones cutáneas. Es mencionado que en el 20 a 25% de los casos, puede presentar localización exclusiva en cavidad bucal. ^(167,168)

Las lesiones de liquen plano en cavidad bucal, exhiben una diversidad de formas clínicas, pudiendo mostrar variación en relación a la sintomatología dolorosa. (anexo F). El tipo habitual es la *forma reticular*, caracterizada por abundantes líneas o estrías queratósicas blancas entrelazadas (estrías de Wickham). La *forma en placa*, puede asemejarse a la leucoplasia, pero evidencia una distribución multifocal. Estas placas varían desde algo elevadas hasta planas. La *forma atrófica*, se manifiesta como placas rojas, que pueden ocasionar en el paciente ardor, hiperestesia y malestar generalizado. En la *forma erosiva*, la región central de la lesión se presenta ulcerada. Una forma rara de manifestarse en cavidad bucal, es la *forma bulosa*, donde se observan pequeñas vesículas o ampollas, que al romperse dejan una superficie ulcerada. ^(119, 166,167)

Su incidencia en la población en general varía entre el 0,1 y el 2%, predomina en mujeres en una relación 4:1, el rango de edad en que se manifiesta la enfermedad se halla entre los 30 y 70 años. ⁽¹⁶⁶⁾

El estudio del liquen plano bucal, ha cobrado mayor importancia debido a que es considerado una lesión premaligna de la cavidad bucal, ⁽¹⁶⁹⁾ llama la atención la asociación de liquen plano y carcinoma bucal, aunque se desconocen las razones de dicha transformación oncogénica, los porcentajes de malignización se hallan entre el 0,3 y el 10%. ^(166,169,170) Las formas no reticulares (atrófico-erosivas) son los tipos clínicos más frecuentemente involucrados en esta transformación. ^(170,171) Diversos estudios ⁽¹⁶⁷⁾ realizados, evidencian la expresión

de la proteína p53 en liquen bucal con transformación maligna, por lo que, la detección inmunohistoquímica de esta proteína, puede ser considerado un factor pronóstico importante.

Se cree que ciertos factores pueden influir en la transformación maligna del liquen plano bucal, como son, el consumo de fármacos, lesiones traumáticas producidas por el roce de prótesis dentales y finalmente la presencia de *Candida albicans*.⁽¹⁷²⁾

Los datos clínicos de la lesión orientan fácilmente su diagnóstico. Sin embargo es necesario el diagnóstico histopatológico, el uso de pruebas de inmunofluorescencia directa en la cual se observan los depósitos de fibrinógeno en la zona de la membrana basal son de gran utilidad, sin embargo, el diagnóstico histopatológico, generalmente es suficiente para llegar al diagnóstico acertado. El tratamiento del liquen plano se ha orientado hacia la utilización de corticoesteroides tanto tópicos como sistémicos.⁽¹⁶⁹⁾

II- MARCO METODOLÓGICO

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo general

Determinar la prevalencia de lesiones bucales de tejidos blandos, de los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, que acuden al Servicio de Odontología de la Unidad Geriátrica “Dr. Joaquín Quintero-Quintero”, perteneciente al Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología (INAGER).

Objetivos específicos

- 1- Determinar la prevalencia de las lesiones bucales de tejidos blandos en los adultos mayores objeto de estudio.

- 2- Clasificar las lesiones bucales prevalentes, de acuerdo al rango de edad, género, situación del paciente (institucionalizado, no institucionalizado), número de lesiones.

- 3- Evaluar el efecto del uso de prótesis dentales en relación a la presencia de lesiones bucales.

- 4- Evaluar la presencia de lesiones asociadas a candidiasis.

- 5- Establecer relación entre las lesiones benignas, premalignas y malignas observadas en los tejidos blandos de los adultos mayores.

- 6- Evaluar el método de diagnóstico y tratamiento aplicado, de acuerdo a la entidad clínica presente.

- 7- Determinar la presencia de cambios displásicos en las lesiones leucoplásicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

EQUIPOS DE LABORATORIO

EQUIPOS DE LABORATORIO	
Lab. Microbiología	Lab. Histopatología
Nevera Estufa a 37ª C Mechero de Bursen	Nevera Micrótopo de deslizamiento Microscopio de luz

MATERIALES DE LABORATORIO

MATERIALES DE LABORATORIO	
Lab. Microbiología	Lab. Histopatología
Tubos de ensayo con tapa de baquelita. Gradillas de metal. Agar Dextrosa Sabouraud.	Laminillas portaobjetos. Láminas cubreobjeto. Formol al 10% Alcohol - Propanol Xilol Parafina Coloración Hematoxilina-Eosina

MATERIAL BIOLÓGICO

MATERIALES DE LABORATORIO	
Lab. Microbiología	Lab. Histopatología
Muestras obtenidas, mediante el raspado de la superficie de la mucosa bucal y prótesis dentales de pacientes adultos mayores, tomadas en la Unidad geriátrica "Dr. Joaquín Quintero-Quintero" del INAGER.	Biopsias de pacientes adultos mayores, realizadas en la Unidad geriátrica "Dr. Joaquín Quintero-Quintero" del INAGER.

RECURSOS HUMANOS.

- Personal del Laboratorio de Microbiología de la Facultad de Odontología U.C.V.
- Personal del Laboratorio Central de Histopatología Bucal “Dr. Pedro José Tinoco”
- Personal de la Unidad Geriátrica “Dr. Joaquín Quintero-Quintero” del INAGER.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio

La investigación realizada fue de tipo *exploratoria*, considerando que el objetivo a estudiar es un tema de investigación poco estudiado, o que no ha sido abordado anteriormente en Venezuela. *Descriptiva*, ya que busca especificar la situación en relación a las lesiones bucales de tejidos blandos, dirigido a un grupo específico, en este caso, adultos mayores, midiendo y evaluando las variables independientemente y en conjunto. También se ha considerado que es *transversal*, el carácter transversal lo determina la medición de la variable dependiente (enfermedad u otra situación) en un momento determinado. ^(173,174)

Población objeto de estudio

La población que se considero para ser estudiada estaba conformada por todos los residentes (institucionalizados) de la Unidad Geriátrica “Dr. Joaquín Quintero-Quintero” de INAGER, así como por todos los pacientes ambulatorios que acudieron al servicio de Odontología del mismo centro durante el periodo Agosto-Octubre de 2004.

La población institucionalizada era de 280 residentes, pero en el momento de obtener la información, fueron 266 los que mostraron disposición, consintieron en la realización del examen clínico intrabucal, y aportaron los datos que debían ser incluidos en el estudio. Se excluyeron aquellos adultos mayores que por algún motivo particular no permitieron el examen bucal o se encontraban ausentes el día asignado para la evaluación clínica. El estudio finalmente se realizó en 340 personas, 266 adultos mayores institucionalizados y 74 no institucionalizados, con edades superiores a 60 años.

Técnicas e instrumento de recolección de datos

1- Análisis clínico

El manejo de cada paciente implicó la utilización de una Historia y realización de un examen clínico bucal. (Anexo A).

El diagnóstico se estableció a través de la correlación clínica con el factor etiológico asociado a la lesión, realizando un examen clínico minucioso y sistemático, clasificando las alteraciones de la mucosa bucal de acuerdo a lo establecido en la Guía de Epidemiología y Diagnóstico de las Enfermedades de la Mucosa Bucal de la OMS (1986), ⁽¹⁷⁵⁾ posteriormente de acuerdo al tipo de lesión se realizó estudio histopatológico y microbiológico, estableciendo así el diagnóstico definitivo.

a- Los elementos a valorar en el Interrogatorio fueron los siguientes:

- Estado general del paciente, enfermedades sistémicas y uso de medicamentos.
- Edad y sexo.
- Consumo de alcohol y tabaco.
- Presencia de hábitos (traumáticos, parafuncionales)
- Uso de prótesis dental y correcto adaptado de las mismas.

b- Elementos a valorar en el examen clínico.

- Características de la lesión.
- Ubicación.
- Extensión.
- Posible relación con factores etiológicos.
- Estado dental.

- Presencia de hábitos (tabaquicos, alcohólicos, traumáticos, parafuncionales)
- Uso de prótesis dental y correcto adaptado de las mismas.

2- Análisis Microbiológico

Toma de la muestra para estudio Micológico

Para el estudio micológico realizado en el Laboratorio de Microbiología de la Facultad de Odontología de la UCV, se tomaron dos muestras clínicas con la finalidad de determinar la presencia de levaduras.

Toma de Muestra Clínica por raspado:

En mucosa afectada: Se realizó por raspado de la mucosa donde se observó la lesión. La toma de la muestra se realizó con una espátula metálica 7A estéril.

En prótesis: Se realizó el raspado de la prótesis utilizada por el o la paciente. La toma de la muestra se realizó con una espátula metálica 7A estéril.

El procedimiento realizado fue el siguiente:

- a. La muestra se tomó posterior al aislamiento de la zona y barrido con solución fisiológica para disminuir la presencia de flora contaminante. Se secó con hisopos estériles.

- b. Con la parte roma de una espátula 7-A se raspó la superficie de la mucosa con lesión en los pacientes y la muestra se sembró en Agar Dextrosa Sabouraud contenido en tubos de ensayo con tapa de baquelita y posteriormente se tomó la muestra del aparato protésico siguiendo el mismo procedimiento.

- c. Las muestras sembradas se llevaron a la estufa a una temperatura de 35 +/- 2 °C en condiciones de aerobiosis examinándose el crecimiento a las 24 y 48 h.

3- Análisis Histopatológico

Toma de la muestra para estudio Histopatológico

Se realizaron biopsias incisional o excisional dependiendo del tamaño de las lesiones bucales, lesiones pequeñas de 1 cm. de tamaño fueron sometidas a biopsia excisional incluyendo márgenes sanos de tejido, en lesiones de mas de 1cm de tamaño que involucraban varias zonas se realizó biopsia incisional en áreas eritematosas o con cambios de coloración, verrucosas e induradas, bajo anestesia local, con una hoja de bisturí # 15. El tejido se fijó en formol al 10% para su estudio en el Laboratorio de Histopatología Bucal “Dr. Pedro Tinoco” de la Facultad de Odontología de la U.C.V.

Procesamiento de la muestra para estudio Histopatológico

Las muestras fueron fijadas en formol al 10%, y embebidas en parafina.

Se realizaron varios cortes, unas secciones fueron teñidas con Hematoxilina-Eosina; y evaluadas para determinar el diagnóstico y corroborar el diagnóstico clínico.

Se describe a continuación el procedimiento de preparación del tejido para su posterior coloración.

- a. La muestra de tejido obtenida por la biopsia se introdujo en un recipiente que contenía formol al 10%, así se logró la fijación del tejido, interrumpiendo la autólisis y estabilizando su morfología.
- b. Se lavó la muestra para retirar el exceso de fijador, se deshidrató con alcohol. La deshidratación progresiva con alcohol al 70-80-90-96 y 100% tiene por finalidad extraerle totalmente al tejido el agua que pudiera contener. Los tejidos contienen grandes cantidades de agua, tanto intra como extracelular, que debe ser eliminada y reemplazada por parafina. Se sumergió posteriormente en Xilol, sustancia solvente de la parafina que es insoluble en agua.
- c. Se procedió a la Inclusión en parafina. En un recipiente se colocó un trozo de parafina y se llevó a la estufa para fundirla. Se sacó la muestra del Xilol y se sumergió en el recipiente con la parafina fundida, sustituyendo progresivamente al Xilol, durante 3-6 horas. Luego se procedió a la inclusión definitiva. Se tomó la muestra del baño de parafina y se llevó a un recipiente fuera de la estufa y lleno de parafina fundida. Se hizo solidificar la parafina en una nevera.

- d. Se hicieron cortes de 5-10 micras de espesor utilizando el Micrótopo de deslizamiento. Los cortes se tomaron con un pincel y se colocaron en un recipiente con agua tibia. En este baño los cortes se estiran quedando sin dobleces o pliegues. Luego se colocaron sobre un porta-objeto untado con una mezcla de albúmina de huevo y glicerina, con la finalidad que los cortes se adhieran o peguen. Para que la unión sea más fuerte se colocó en una estufa a 37°C durante 24 horas.

Coloración de Hematoxilina-Eosina.

- a. Desparafinación en Xilol por 3 minutos.
- b. Hidratación progresiva, empleando alcoholes de 98, 80 y 50 grados. Dos minutos en cada uno.
- c. Agua corriente por 1 minuto.
- d. Hematoxilina Acuosa por 2-3 min.
- e. Se utilizó agua corriente, agua acidulada y agua amoniacal. Los pasos por agua corriente y agua acidulada son muy rápidos, en el agua amoniacal se dejó por 2-3 min., después de lo cual se lavó nuevamente con agua corriente.
- f. Deshidratación creciente gradual con alcoholes de 50-80 y 98 grados 2 min cada uno.
- g. Eosina alcohólica por 2 min.
- h. Alcohol de 98° por 2 min., para retirar el exceso de eosina.
- i. Xilol para clarificar durante 5 min.

- j. Se realizó el montaje de la lámina con bálsamo de Canadá, colocando el cubreobjeto.
- k. Observación al microscópico para establecer el diagnóstico histopatológico.

Análisis estadístico de datos

Metodología estadística

Las variables investigadas fueron medidas en una muestra de 340 pacientes, con el propósito de evaluar la prevalencia de lesiones bucales de tejidos blandos en adultos mayores, que acudían al Servicio de Odontología de la Unidad Geriátrica “Dr. Joaquín Quintero-Quintero” del INAGER.

Los resultados obtenidos del estudio en las evaluaciones realizadas fueron procesados con el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS+ versión 11.0).

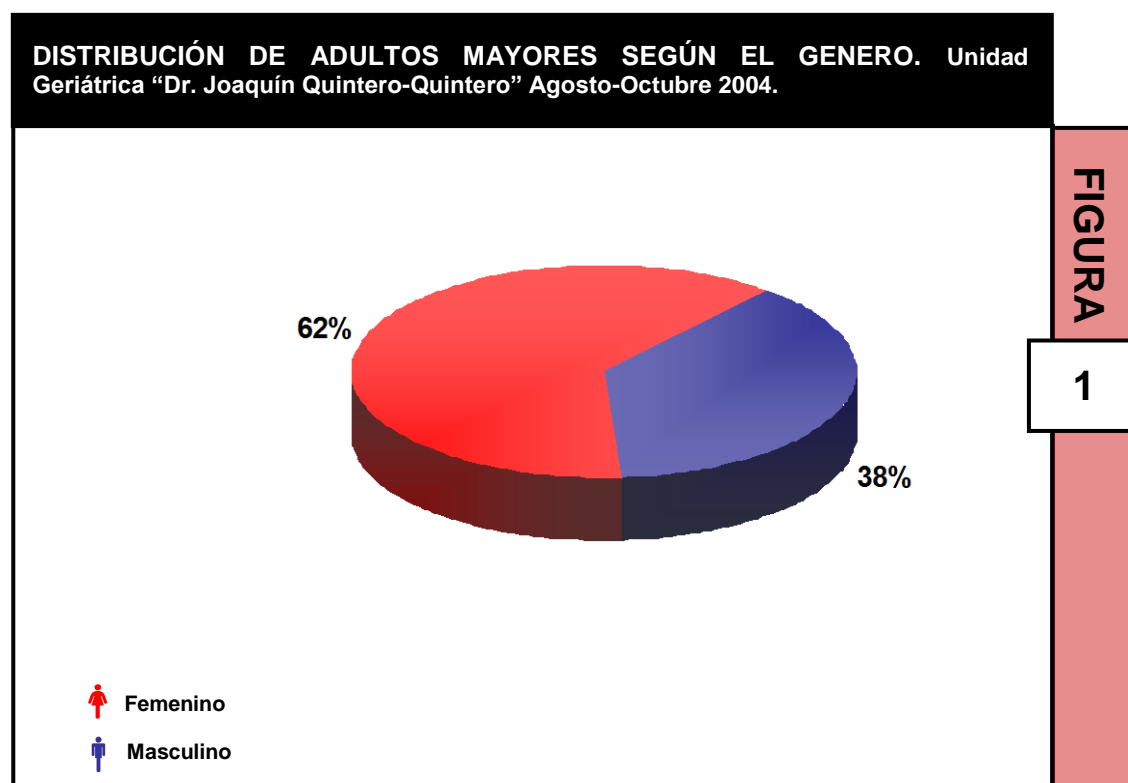
En principio se realizó un análisis descriptivo de distintas variables en estudio para determinar su comportamiento en cada una de las evaluaciones realizadas.

III- RESULTADOS

En esta investigación fueron evaluados 340 adultos mayores, 266 residían en la Unidad Geriátrica “Dr. Joaquín Quintero- Quintero” del INAGER y 74 eran ambulatorios que acudieron al Servicio de Odontología del mismo centro para realizarle tratamiento odontológico. Todos estos pacientes fueron evaluados, a través del examen clínico exhaustivo y sistemático, en busca de alteraciones de la mucosa bucal.

1- DISTRIBUCIÓN DE ACUERDO AL GÉNERO

En función del objetivo 1 y como lo demuestra la Fig. 1, de la población de 340 pacientes evaluados, el 62% (212) correspondió al sexo femenino, mientras que un 38% (128) representó el sexo masculino.



Fuente: propia

2. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SU DESEMPEÑO EN LA COMUNIDAD.

Como se demuestra en la Tabla 4 en la Fig. 2, al evaluar la población estudiada según su desempeño en la comunidad, se evidencia que 78% (266) correspondió a adultos mayores institucionalizados y el restante 22% (74) correspondió al grupo de pacientes no institucionalizados, que acudían de manera ambulatoria a recibir tratamiento odontológico en el servicio de la unidad geriátrica.

Al distribuir a los pacientes por rango de edad, se observó que de los pacientes no institucionalizados el 79% (59) tienen entre 60 y 74 años; mientras que los institucionalizados están distribuidos de manera uniforme en los tres rangos de edades.

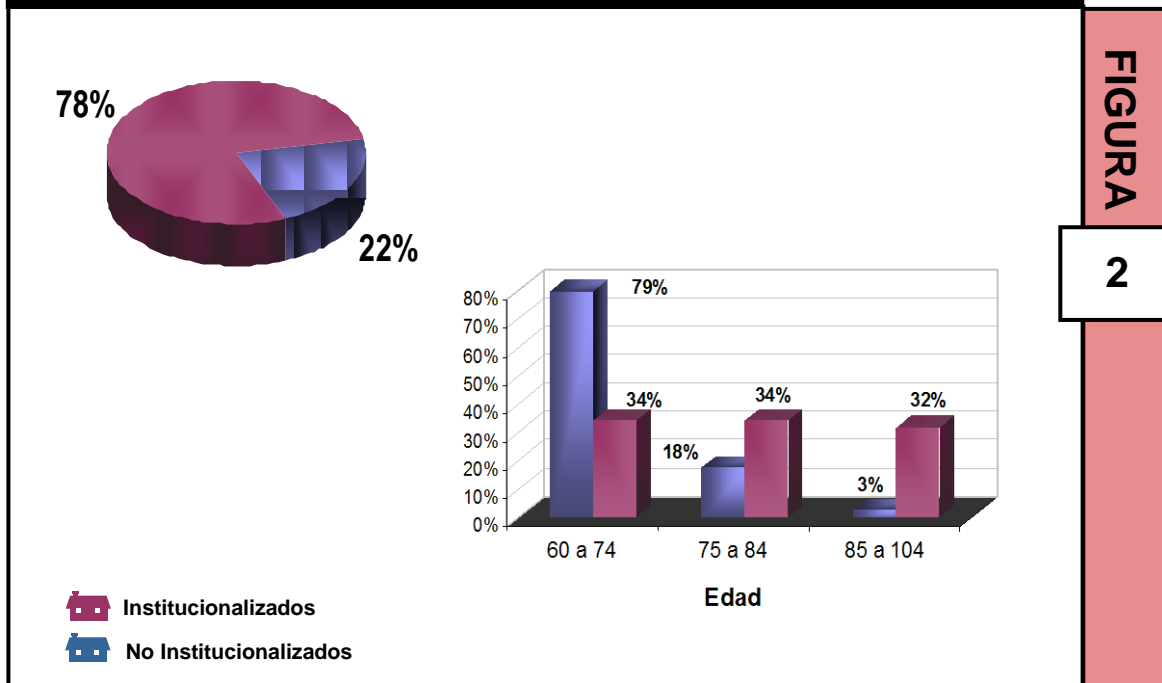
Tabla 4- Distribución de adultos mayores según su desempeño en la comunidad. Unidad Geriátrica “Dr. Joaquin Quintero–Quintero” Agosto-Octubre 2004.

Paciente	Edad						N
	60 a 74	%	75 a 84	%	85 a 104	%	
No Institucionalizado	59	79%	13	18%	2	3%	74
Institucionalizado	91	34%	91	34%	84	32%	266
Total	150	44%	104	31%	86	25%	340

Fuente: propia.

Tabla elaborada con datos tomados de la aplicación del instrumento en Anexo A.

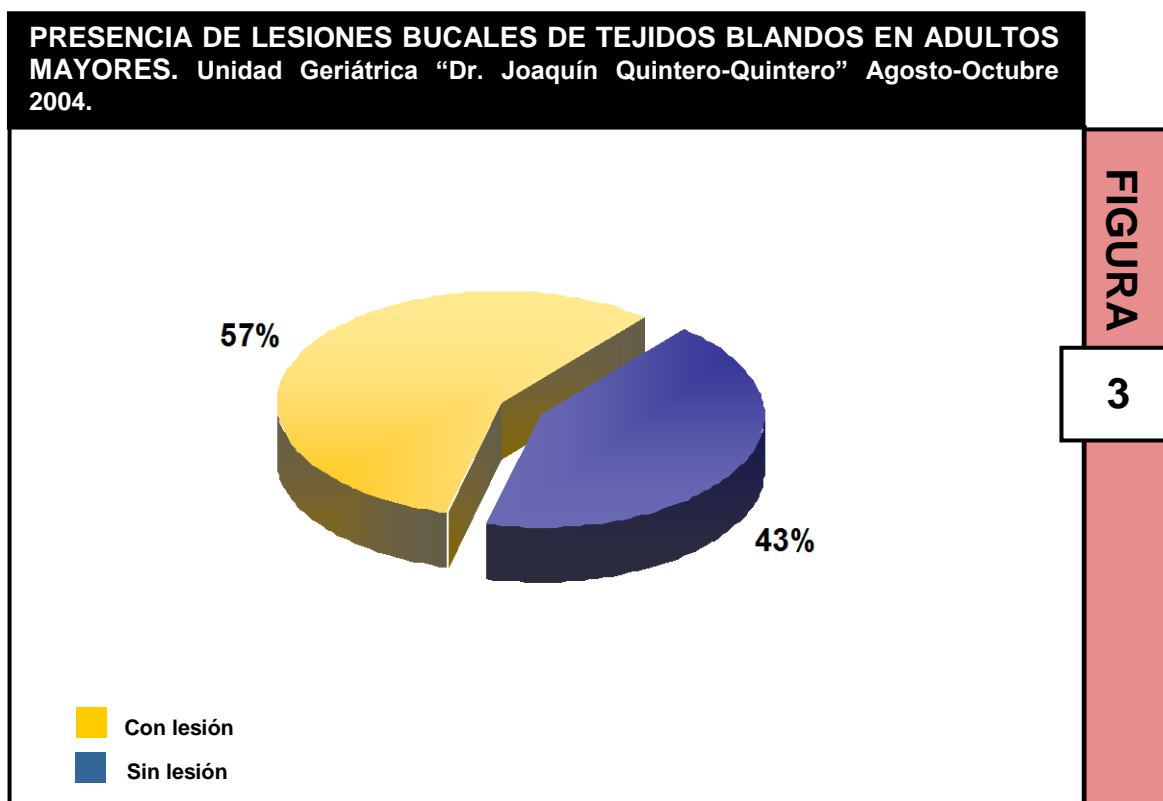
DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SU DESEMPEÑO EN LA COMUNIDAD. Unidad Geriátrica "Dr. Joaquín Quintero-Quintero" Agosto-Octubre 2004.



Fuente: propia

3- PRESENCIA DE LESIONES BUCALES DE TEJIDOS BLANDOS

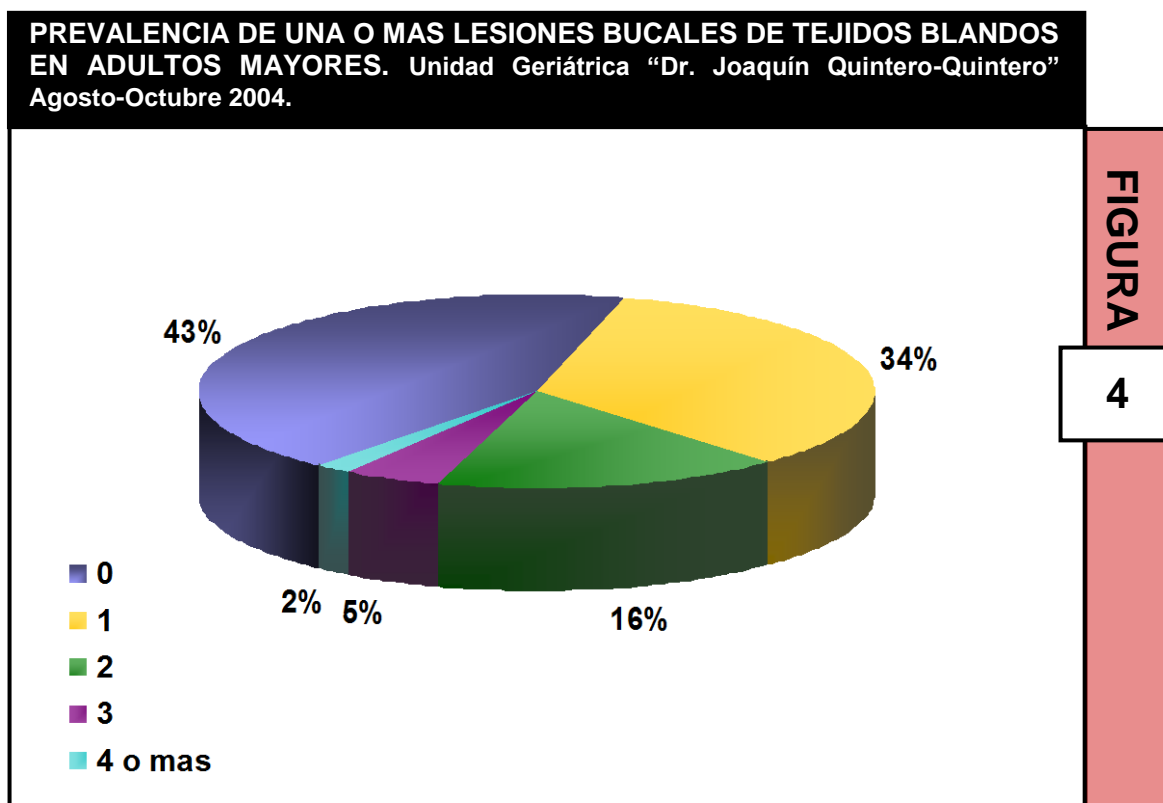
La Fig. 3 demuestra que, de los 340 pacientes evaluados el 57% (194) presentó lesiones bucales y el 43% (146) no presentó.



Fuente: propia

4- PREVALENCIA DE UNA O MÁS LESIONES

De acuerdo a lo establecido en el objetivo específico 1 de la investigación, donde se quería conocer el número de lesiones en cada paciente, el resultado de la investigación arrojó, que el 43% (146) de los pacientes no presentaron lesiones y el restante 57% (196) si presentó; de éstos el 34% manifestó una lesión, el 16% dos lesiones, el 5% tuvo tres lesiones y el 2% presentó 4 ó mas lesiones (Figura 4).



Fuente: propia

5- PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES.

En relación a la prevalencia de lesiones bucales observadas en adultos mayores, establecido en el objetivo específico 2 de la investigación, el resultado obtenido del examen clínico realizado a los pacientes, evidenció 306 lesiones de tejidos blandos, las cuales fueron distribuidas en 24 entidades clínicas distintas.

Al evaluar la prevalencia de las lesiones, se observa en la Tabla 5 y Figura 5, un predominio de las lesiones inflamatorias, la estomatitis subprotésica (18%), queilitis angular (6%) y candidiasis atrófica (4%), seguidas por lesiones reactivas como los son el fibroma traumático (8%), hiperplasia fibrosa inflamatoria (7%), úlceras traumáticas (3%). Llama la atención el que todas estas lesiones están asociadas al uso de prótesis bucales. También se observó entre las más prevalentes lesiones epiteliales la leucoplasia bucal (14%), también lesiones vasculares como hemangiomas (11%) y máculas melanóticas (8%).

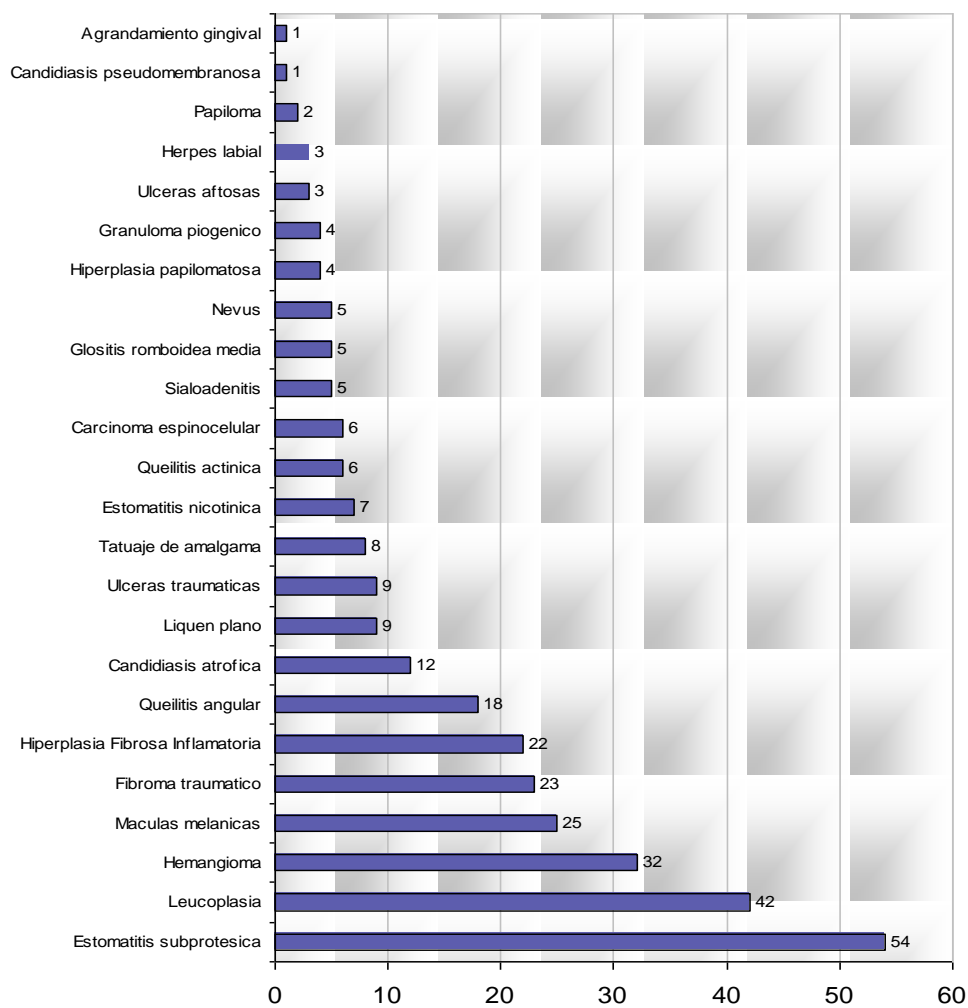
Tabla 5- Prevalencia de lesiones bucales en tejidos blandos de adultos mayores. Unidad Geriátrica “Dr. Joaquín Quintero–Quintero” Agosto-Octubre 2004.

Nro.	Lesiones bucales	Frecuencia	Porcentaje
1	Estomatitis subprotésica	54	18%
2	Leucoplasia	42	13%
3	Hemangioma	32	11%
4	Máculas melanóticas	25	8%
5	Fibroma traumático	23	7%
6	Hiperplasia fibrosa Inflamatoria	22	7%
7	Queilitis angular	18	5%
8	Candidiasis eritematosa	12	4%
9	Liquen plano	9	3%
10	Úlceras traumáticas	9	3%
11	Tatuaje de amalgama	8	3%
12	Estomatitis nicotínica	7	2%
13	Queilitis actínica	6	2%
14	Carcinoma espinocelular	6	2%
15	Sialoadenitis	5	2%
16	Glositis romboidea media	5	2%
17	Nevus	5	2%
18	Hiperplasia papilomatosa	4	1%
19	Granuloma piogénico	4	1%
20	Úlceras aftosas	3	1%
21	Herpes labial	3	1%
22	Papiloma	2	1%
23	Candidiasis pseudomembranosa	1	0,5%
24	Agrandamiento gingival	1	0,5%
Total		306	100%

Fuente: propia.

Tabla elaborada con datos tomados de la aplicación del instrumento en Anexo A.

PREVALENCIA DE LESIONES BUCALES DE TEJIDOS BLANDOS EN ADULTOS MAYORES. Unidad Geriátrica "Dr. Joaquín Quintero-Quintero" Agosto-Octubre 2004.



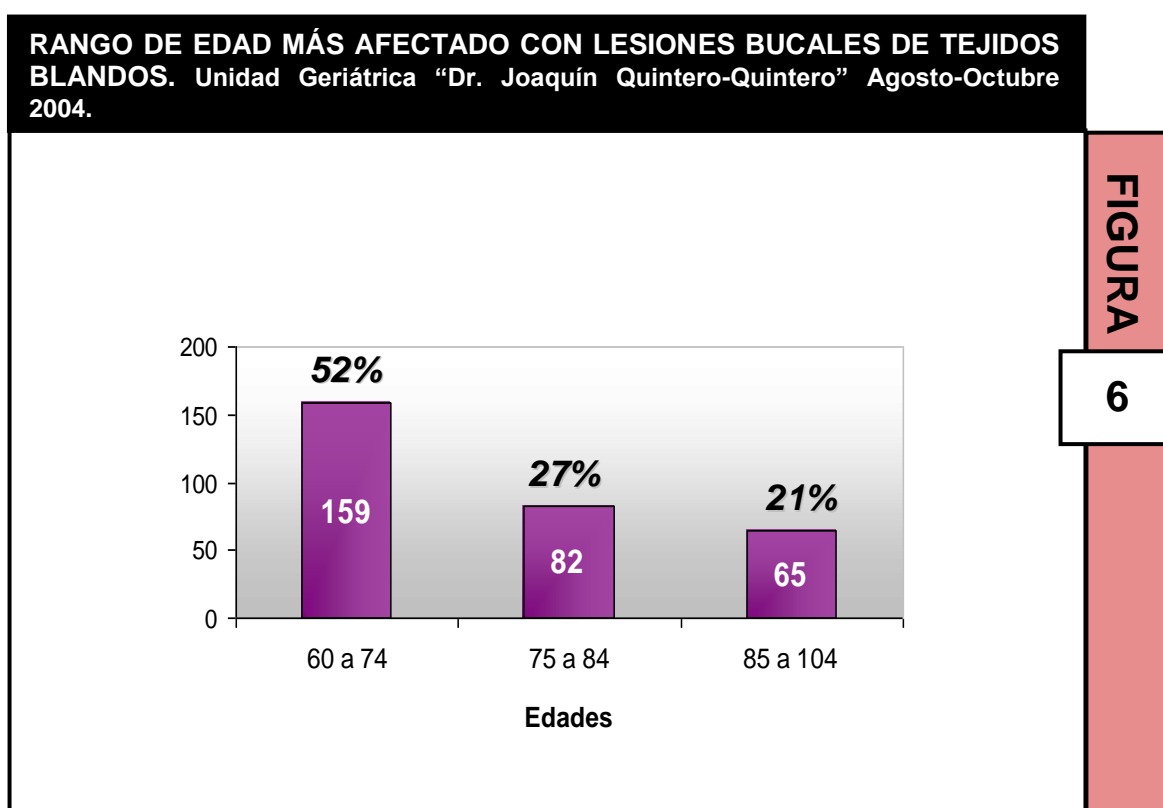
FIGURA

5

Fuente: propia

6- RANGO DE EDAD MÁS AFECTADO

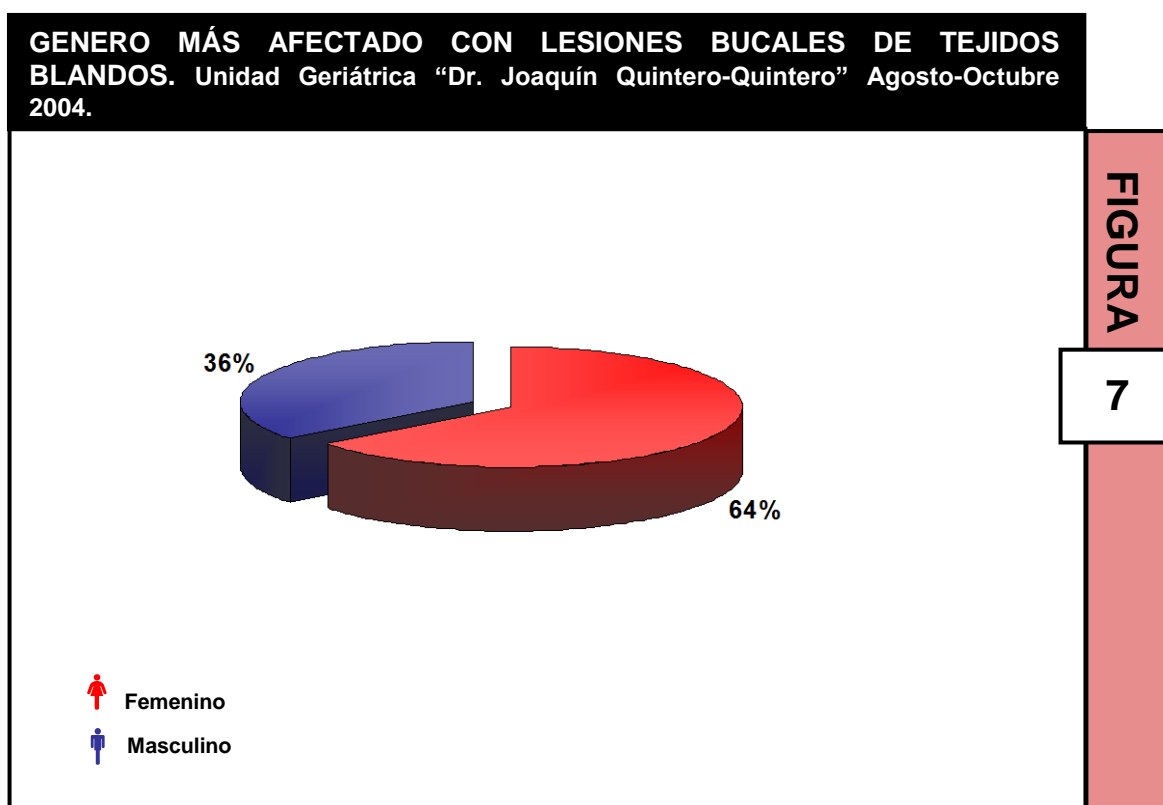
Al realizar la distribución de lesiones según rango de edad más afectado, se observa en la Figura 6 que el 52 % (159) de las lesiones en estudio se presentaron en pacientes con edades comprendidas entre 60 y 74 años, el 27% (82) entre 75 y 84; y el 21% (65) tenían de 85 a 104 años.



Fuente: propia

7- GÉNERO MÁS AFECTADO

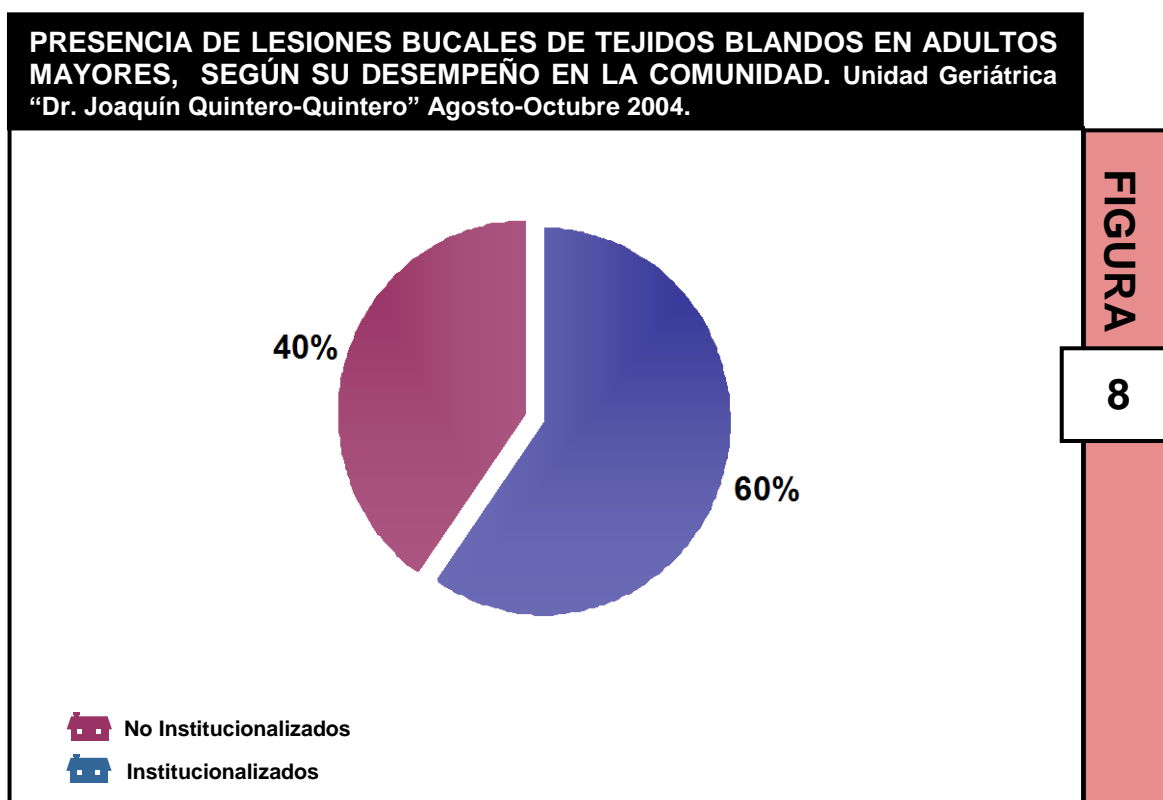
Al distribuir las lesiones bucales según el género, se observó en la Figura 7 que el 64% (197) de las lesiones se presentaron en pacientes del sexo femenino y el restante 36% (109) en el sexo masculino.



Fuente: propia

8- LESIONES BUCALES SEGÚN EL DESEMPEÑO EN LA COMUNIDAD.

Al evaluar la presencia de lesiones bucales en pacientes institucionalizados y no institucionalizados, se obtuvo el siguiente resultado (Figura 8), el 60% (183) de las lesiones se presentaron en pacientes institucionalizados y el restante 40% (123) en pacientes no institucionalizados.



Fuente: propia

9- RELACION AUSENCIA DE DIENTES-USO DE PROTESIS- LESIONES BUCALES.

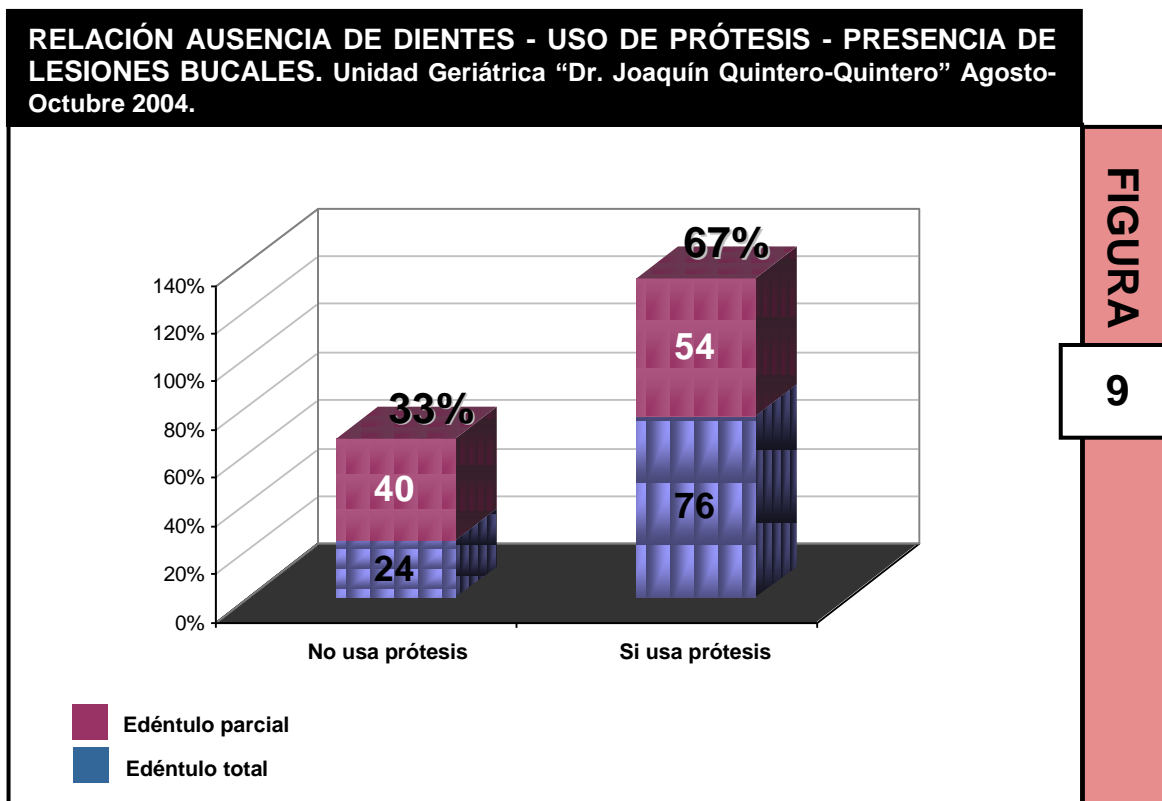
Al evaluar la relación ausencia de dientes – uso de prótesis dentales – presencia de lesiones bucales, establecido en el objetivo 3 de la investigación, se observa en la Tabla 6 Figura 9 que, de los 194 pacientes que presentaron lesiones bucales 67% (130) utilizan prótesis bucales y de estos 54 son edéntulos parciales y 76 edéntulos totales y el 33% (64) restante no utilizan prótesis.

Tabla 6- Relación entre la ausencia de dientes y uso de prótesis en los pacientes que presentaban lesiones bucales de tejidos blandos.
Unidad Geriátrica “Dr. Joaquin Quintero–Quintero” Agosto-Octubre 2004.

Presencia de dientes	Usa prótesis				Total
	no	%	si	%	
Edéntulo total	24	24%	76	76%	100
Edéntulo parcial	40	42,6%	54	57,4%	94
Total	64	33%	130	67%	194

Fuente: propia.

Tabla elaborada con datos tomados de la aplicación del instrumento en Anexo A.



Fuente: propia

10- LESIONES BUCALES ASOCIADAS AL USO DE PROTESIS

Al clasificar las lesiones de tejidos blandos asociadas al uso de prótesis como agente etiológico, observadas en los pacientes evaluados en el estudio, se obtuvo como resultado, evidente en la Tabla 7, Figura 10, que todos los pacientes que presentaron, estomatitis subprotésica, hiperplasia fibrosa inflamatoria e hiperplasia papilomatosa usaban prótesis removibles, al igual que el 94% de los pacientes que tuvieron queilitis angular, el 78% de los que presentaron úlcera traumática y el 52% de los que manifestaron fibroma traumático.

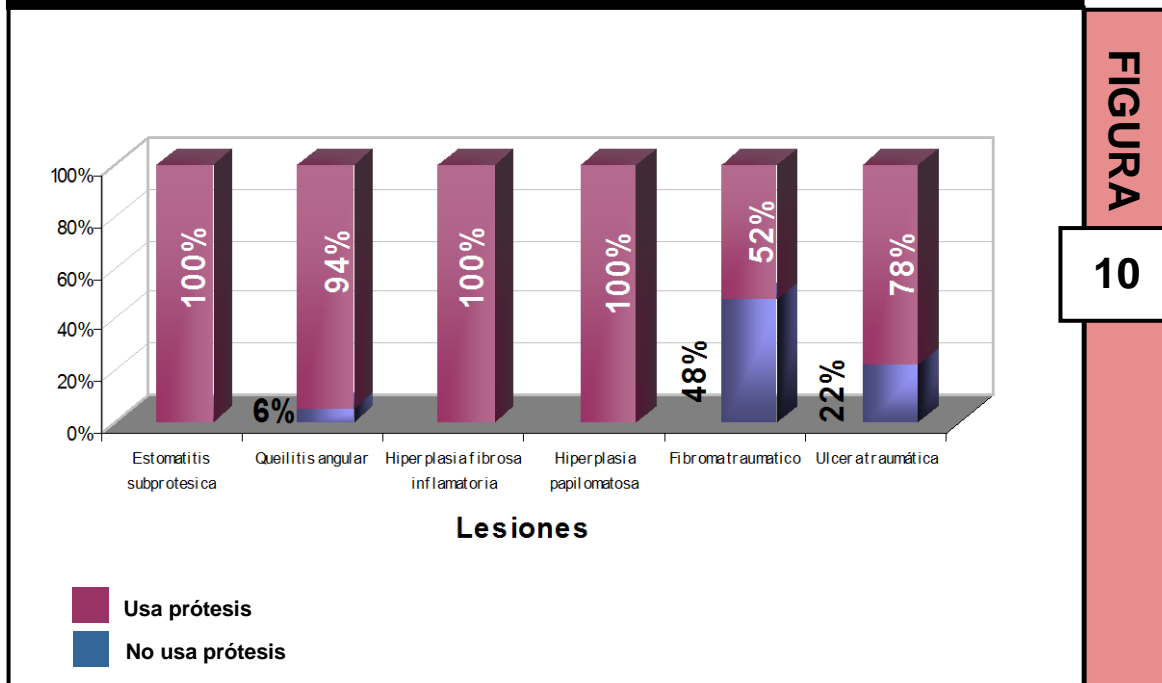
Tabla 7-Relación entre el uso de prótesis bucal y lesiones de tejidos blandos producidas por las mismas. Unidad Geriátrica “Dr. Joaquín Quintero–Quintero” Agosto-Octubre 2004.

Lesión	Total	Usa prótesis			
		no	%	si	%
Estomatitis subprotésica	54	0	0%	54	100%
Queilitis angular	18	1	6%	17	94%
Hiperplasia fibrosa inflamatoria	22	0	0%	22	100%
Hiperplasia papilomatosa	4	0	0%	4	100%
Fibroma traumático	23	11	48%	12	52%
Úlcera traumática	9	2	22%	7	78%

Fuente: propia.

Tabla elaborada con datos tomados de la aplicación del instrumento en Anexo A.

RELACIÓN ENTRE EL USO DE PRÓTESIS BUCAL Y LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS PRODUCIDAS POR LAS MISMAS. Unidad Geriátrica "Dr. Joaquín Quintero-Quintero" Agosto-October 2004.



Fuente: propia

11- CANDIDIASIS EN EL ADULTO MAYOR.

Al evaluar la presencia de candidiasis en cavidad bucal según lo previsto en el objetivo 4, es evidente en la Figura 11 y la Tabla 8, que predominan las candidiasis asociadas al uso de prótesis, como son la estomatitis subprotésica y la queilitis angular las cuales se presentan en mayor frecuencia en los pacientes estudiados cuyas edades están en el rango de 75 y 84, seguido de los que tienen edades entre 60 y 74 años. Mientras que la candidiasis atrófica y la glositis romboidea media se presentan con mayor frecuencia en pacientes de 75 a 84 años, seguidos de aquellos cuyas edades están entre 85 a 104 años y la única paciente con candidiasis pseudomembranosa estaba en el grupo de 60 a 74 años. Se puede decir que no pareciera haber relación entre ambas variables.

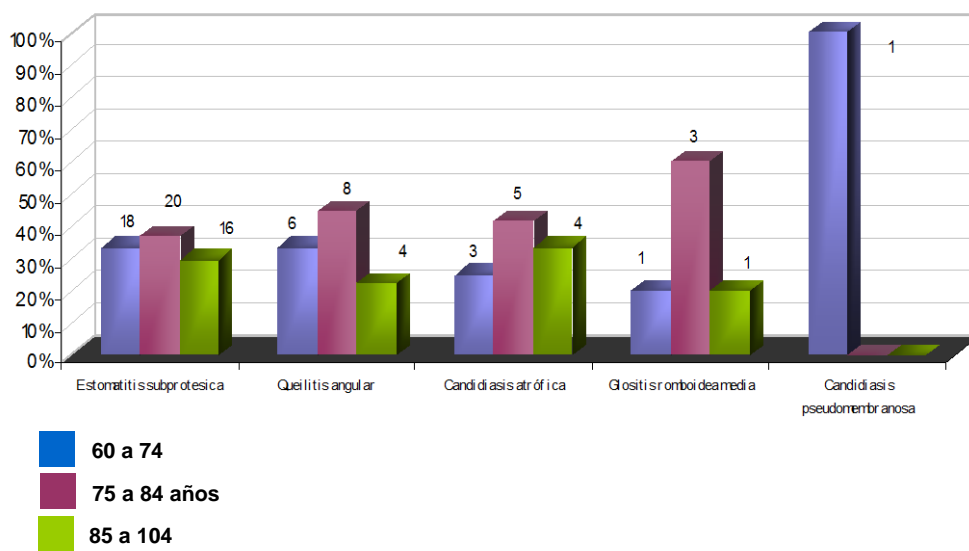
Tabla 8- Prevalencia de tipos de candidiasis en adultos mayores.
Unidad Geriátrica “Dr. Joaquin Quintero–Quintero” Agosto-Octubre 2004.

Tipos de Candidiasis	Edad						Total
	60 a 74	%	75 a 84	%	85 a 104	%	
Estomatitis subprotésica	18	33%	20	37%	16	30%	54
Queilitis angular	6	33%	8	44%	4	22%	18
Candidiasis atrófica	3	25%	5	42%	4	33%	12
Glositis romboidea media	1	20%	3	60%	1	20%	5
Candidiasis pseudomembranosa	1	100%	0	0%	0	0%	1
Total	29	32%	36	40%	25	28%	90

Fuente: propia.

Tabla elaborada con datos tomados de la aplicación del instrumento en Anexo A.

TIPOS DE CANDIDIASIS EN ADULTOS MAYORES. Unidad Geriátrica "Dr. Joaquín Quintero-Quintero" Agosto-Octubre 2004.



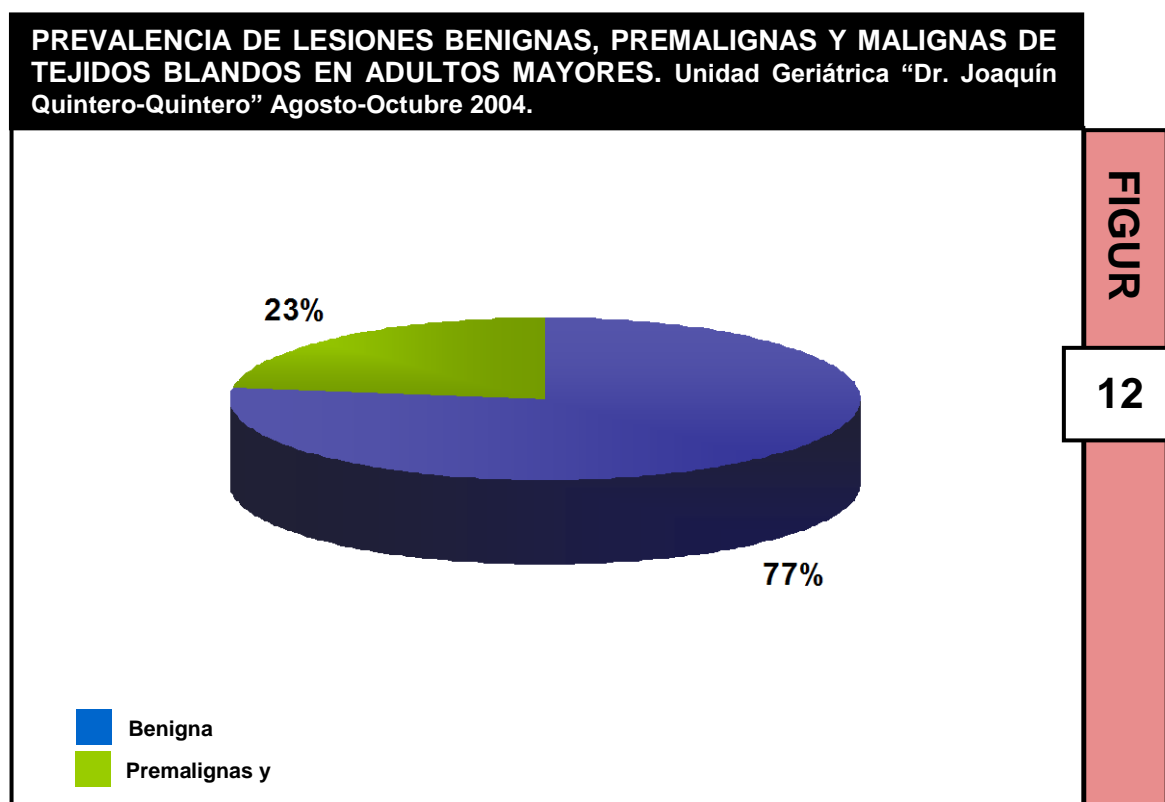
FIGURA

11

Fuente: propia

12- PREVALENCIA DE LESIONES BENIGNAS Y MALIGNAS

Uno de los objetivos planteado en esta investigación (objetivo 5) fue establecer la relación entre las lesiones benignas y premalignas y malignas observadas en el grupo de estudio. Como resultado se obtuvo, como se puede observar en la Figura 12 que, de las 306 lesiones presentes en los pacientes, el 77% (236) de las mismas resultaron ser benignas, el resto que corresponde al 23% (70) fueron lesiones premalignas y malignas diagnosticadas a través de la evaluación clínica y el estudio histopatológico.



Fuente: propia

13- PREVALENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS.

Al evaluar con mas detalle la prevalencia de lesiones premalignas y malignas, los resultados arrojan (Tabla 9, Figura 13), que la leucoplasia, liquen plano, estomatitis nicotínica y carcinoma espinocelular se manifiestan con mayor frecuencia en pacientes cuyas edades están entre 60 y 74 años; seguidos de los que están entre 75 y 84 años. Mientras que el 50% (3) de los pacientes que presentaron queilitis actínica tienen entre 75 y 84 años, seguido del 33% (2) cuyas edades estaban entre 75 y 84 años.

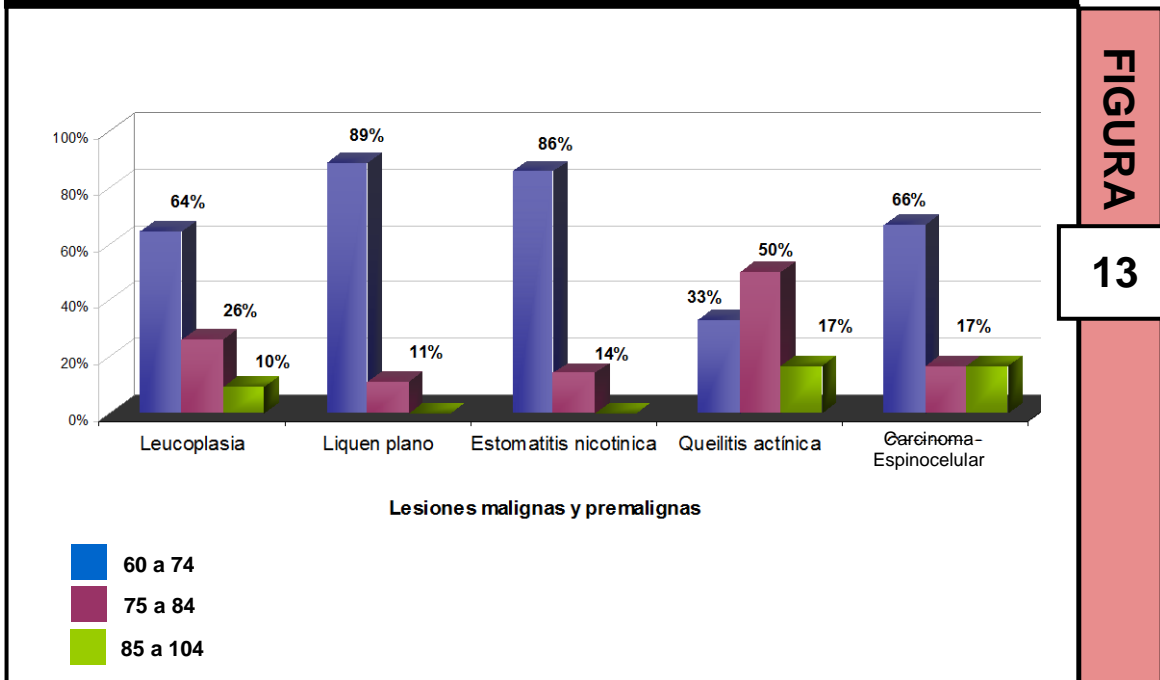
Tabla 9- Prevalencia de lesiones premalignas y malignas en tejidos blandos. Unidad Geriátrica “Dr. Joaquin Quintero–Quintero” Agosto-Octubre 2004.

Lesiones premalignas y malignas	Edad						Total
	60 a 74	%	75 a 84	%	85 a 104		
Leucoplasia	27	64%	11	26%	4	10%	42
Liquen plano	8	89%	1	11%	0	0%	9
Estomatitis nicotínica	6	86%	1	14%	0	0%	7
Queilitis actínica	2	33%	3	50%	1	17%	6
Carcinoma espinocelular	4	67%	1	17%	1	17%	6
Total	47	67%	17	24%	6	9%	70

Fuente: propia.

Tabla elaborada con datos tomados de la aplicación del instrumento en Anexo A.

PREVALENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE TEJIDOS BLANDOS EN ADULTOS MAYORES . Unidad Geriátrica "Dr. Joaquín Quintero-Quintero" Agosto-Octubre 2004.

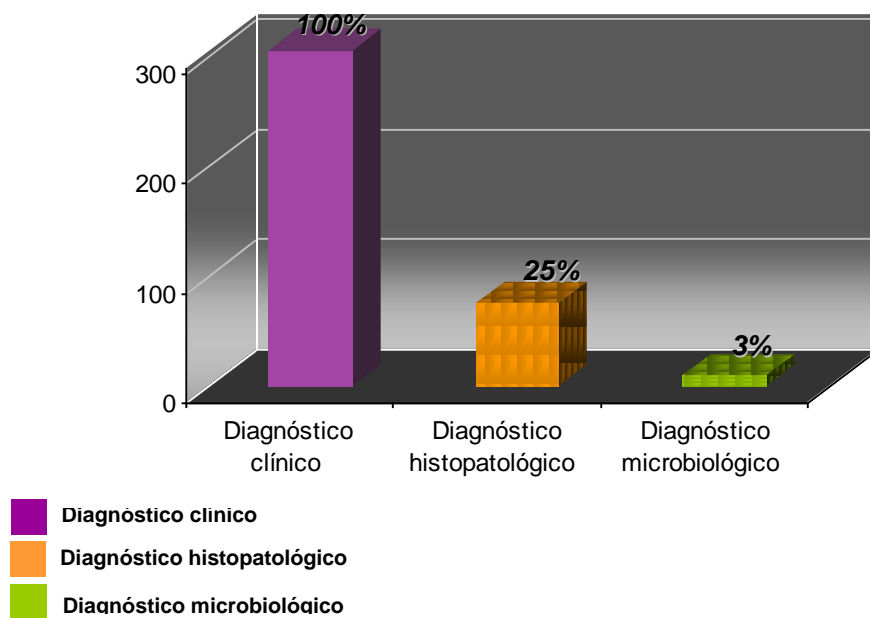


Fuente: propia

14- METODO DIAGNÓSTICO UTILIZADO Y TRATAMIENTO APLICADO DE ACUERDO A LA ENTIDAD CLINICA.

Al evaluar lo previsto en el objetivo 6 de la investigación, en relación al método diagnóstico utilizado y el tratamiento aplicado de acuerdo a la entidad clínica. Se observa en la Figura 14, que al evaluar las 306 lesiones observadas en el grupo de estudio, fue fundamental el diagnóstico clínico en el 100% (306) de los casos, corroborándolos con los posibles factores etiológicos asociados. Sin embargo, en el caso de lesiones premalignas, malignas y otras (lesiones reactivas, virales y pigmentadas) el estudio histopatológico resultó indispensable para establecer el diagnóstico definitivo en el 25% (75) de los casos, lo mismo ocurrió en el caso de las candidiasis, donde en alguno de los casos fue realizado el estudio microbiológico, que representa el 3% (10). En cuanto al tratamiento aplicado, este se puede evidenciar en la Tabla 10.

EVALUAR EL METODO DE DIAGNOSTICO APLICADO.
Unidad Geriátrica "Dr. Joaquín Quintero-Quintero" Agosto-Octubre 2004.



FIGURA

14

Fuente: propia

Diagnóstico clínico.



Estomatitis subprotésica.



Hiperplasia fibrosa inflamatoria.



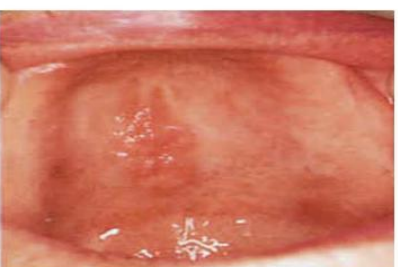
Leucoplasia.



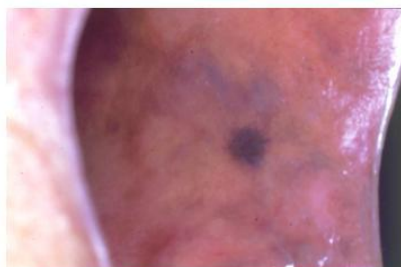
Queilitis angular.



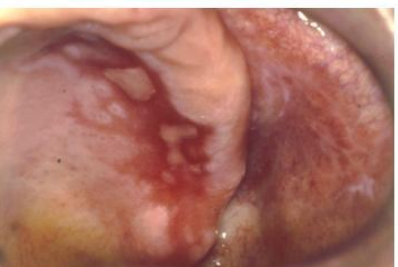
Hemangioma.



Candidiasis eritematosa



Máculas melanóticas, varicocidades y nevus.



Liquen plano.



Fibroma traumático.



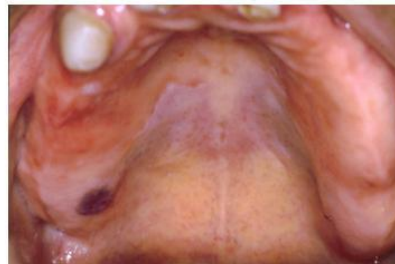
Úlcera traumática

Fuente propia

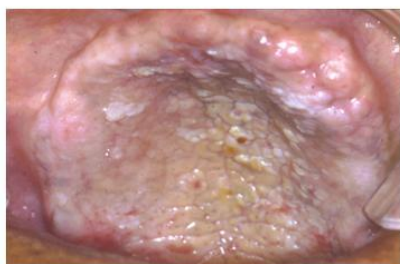
Diagnóstico clínico.



Tatuaje de amalgama



Nevus.



Estomatitis nicotínica



Hiperplasia papilomatosa.



Queilitis actínica



Granuloma piogénico.



Carcinoma espinocelular



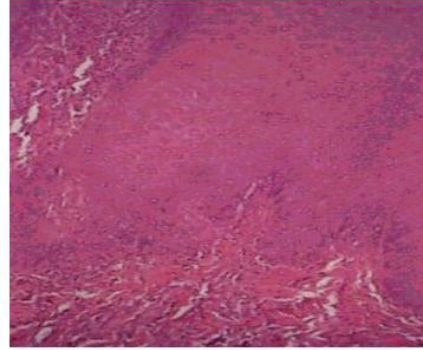
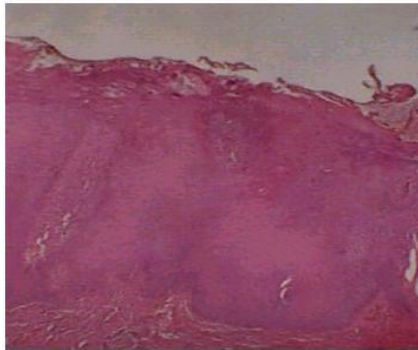
Candidiasis pseudomembranosa



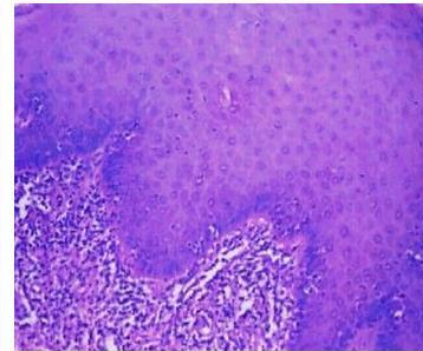
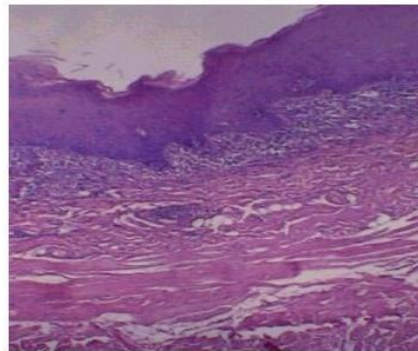
Glositis romboidea media

Fuente propia

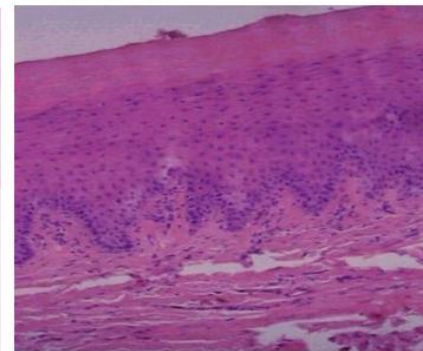
Diagnóstico histopatológico en lesiones premalignas.



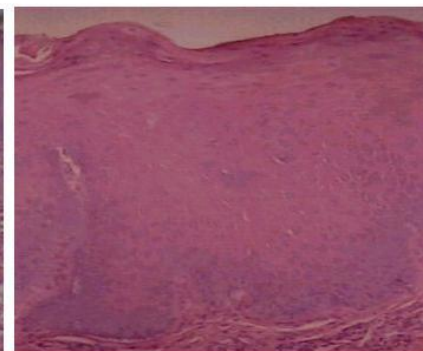
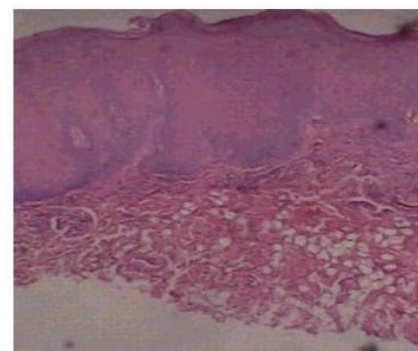
Leucoplasia



Liquen plano



Estomatitis nicotínica



Queilitis actínica

Laboratorio de Histopatología "Dr. Pedro Tinoco" – Fac. Odontología U.C.V.

Tabla 10- Tratamiento aplicado.
Unidad Geriátrica “Dr. Joaquin Quintero–Quintero” Agosto-Octubre 2004.

	Diagnostico	Nº casos	Casos tratados	Tratamiento realizado
Micóticas	Candidiasis	90	40	Tratamiento antimicótico
Premalignas y malignas	Leucoplasia	42	30	Biopsia incisional
			5	Biopsia excisional
	Liquen plano	9	3	Biopsia incisional
	Estomatitis nicotínica	7	3	Biopsia incisional
	Queilitis actínica	6	2	Biopsia excisional
	Carcinoma espinocelular	6	6	Biopsia incisional
Reactivas	Fibroma traumático	23	10	Biopsia excisional
	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	22	2	Biopsia excisional
	Granuloma piogénico	4	3	Biopsia excisional
Virales	Papiloma	2	2	Biopsia excisional
Pigmen-Tadas	Maculas melanóticas	25	5	Biopsia incisional
	Nevus	5	2	Biopsia excisional
	Tatuaje de amalgama	8	2	Biopsia excisional

Fuente: propia.

Tabla elaborada con datos tomados de la aplicación del instrumento en Anexo A

15- CAMBIOS DISPLASICOS EN LEUCOPLASIAS BUCALES.

Como es bien conocido la leucoplasia bucal es una entidad premaligna, y es el estudio histopatológico el que determina su diagnóstico y su potencial de transformación maligna. A los 42 casos de leucoplasia bucal diagnosticados mediante examen clínico, les fue realizado el estudio histopatológico para así establecer el diagnóstico definitivo y grado de displasia epitelial. Obteniendo como resultado que en un 67% (28) de los casos el resultado fue acantosis y paraqueratosis, 26% (11) resultó displasia epitelial leve y sólo 7% (3) represento displasia epitelial moderada (Tabla 11, Figura 15).

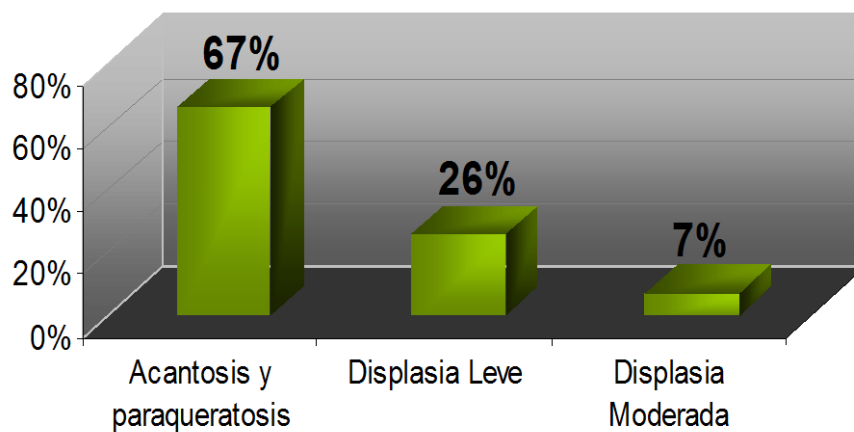
Tabla 11- Relación entre leucoplasia bucal y su diagnóstico histopatológico. Unidad Geriátrica “Dr. Joaquin Quintero–Quintero” Agosto-Octubre 2004.

Diagnóstico clínico	Diagnóstico histopatológico	Total	%
Leucoplasia	Acantosis y paraqueratosis	28	67%
	Displasia epitelial leve	11	26%
	Displasia epitelial moderada	3	7%
Total		42	100%

Fuente: propia.

Tabla elaborada con datos tomados de la aplicación del instrumento en Anexo A.

RELACIÓN ENTRE LEUCOPLASIA BUCAL Y SU DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO. Unidad Geriátrica "Dr. Joaquín Quintero-Quintero" Agosto- Octubre 2004.

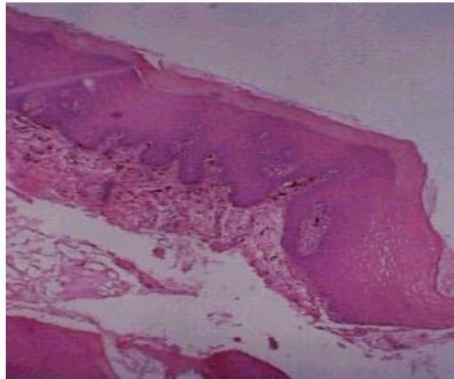


FIGURA

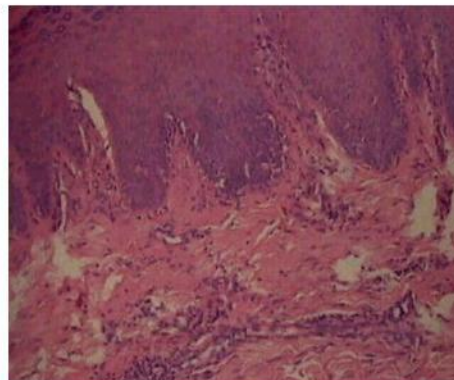
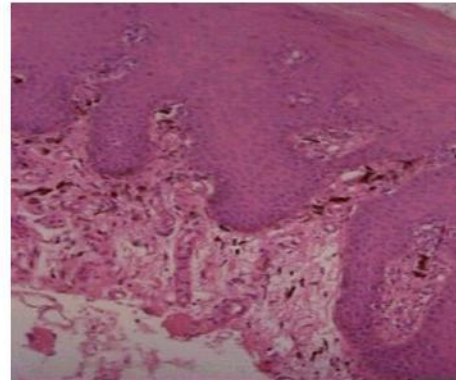
15

Fuente: propia

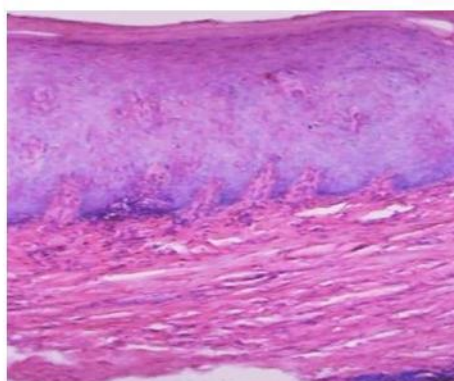
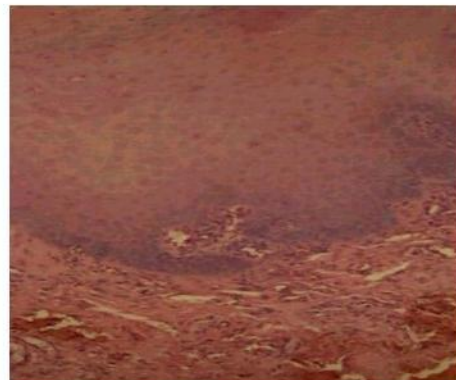
Diagnóstico histopatológico en lesiones leucoplásicas.



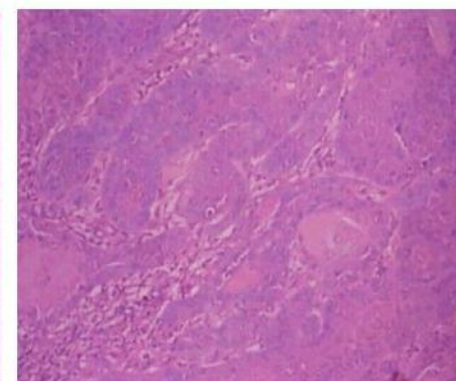
Acanthosis y paraqueratosis



Displasia epitelial leve



Carcinoma espinocelular



Laboratorio de Histopatología "Dr. Pedro Tinoco" – Fac. Odontología U.C.V.

DISCUSION

Tradicionalmente la caries dental y la enfermedad periodontal, son motivos de estudio de tipo epidemiológico, sobre todo en cohortes pediátricas, estudios que determinen la prevalencia de lesiones bucales en adultos mayores no abundan, sin tomar en cuenta que este grupo poblacional, además de los cambios asociados al proceso de envejecimiento, puede verse influenciado, por múltiples enfermedades sistémicas de tipo crónico, la polifarmacia, las deficiencias nutricionales, hábitos de tipo alcohólico y tabáquico, y todos estos factores con manifestación en cavidad bucal.

Muchas investigaciones se han basado exclusivamente en el estudio de alguna condición en particular en conjunto con los factores etiológicos que le predisponen, escasos son los estudios que determinan las posibles lesiones de un grupo poblacional en particular.

En el presente estudio se evidencia que 57% (194) de los adultos mayores presento lesiones bucales en tejidos blandos lo cual se considera una tasa de prevalencia considerable, similar al estudio realizado por Espinoza y cols⁽¹⁷⁾ donde refiere el 53%, aunque distante de estudios similares realizados en México por Mosqueda y cols (1998) ⁽⁴³⁾ refieren quienes que 95% de los examinados presentaron lesiones de tejidos blandos, por lo que es importante considerar que en este ultimo estudio fueron incorporadas entidades patológicas y no patológicas, lo que permite que la prevalencia sea mayor; sin embargo González

y cols⁽¹²⁵⁾ en el mismo país demostraron una prevalencia de 23,2%. En España, refieren que el 39% de los ancianos presenta alteraciones de la mucosa bucal.⁽¹²⁶⁾ Otros estudios muestran resultados similares, por lo que es importante considerar que tal vez el uso de metodologías distintas por parte de los autores puede determinar variaciones.^(16,127,128,129,130,131) Sin embargo, cabe destacar que en todos estos estudios las lesiones prevalentes coinciden, estando asociadas a cambios debidos a procesos de adaptación de la mucosa ante estímulos locales tales como irritación mecánica y química por aparatos protésicos mal adaptados, tabaco, y en menor proporción, están las lesiones correspondientes a manifestaciones de enfermedades sistémicas y procesos precancerosos.

El uso de prótesis y el estado de las mismas puede determinar también el número de lesiones bucales, que puede presentar un mismo individuo.⁽¹²⁶⁾ En la investigación realizada el 34% presentaba una lesión, el 16% dos lesiones, el 5% tres lesiones y el 2% cuatro o más, distribuciones similares muestran Jorge y cols y Corbet y cols.^(16,130)

La edad, el género, el nivel educativo, socioeconómico y cultural, hábitos como el fumar, uso de fármacos, enfermedades sistémicas, son factores que pueden intervenir en la presencia de lesiones bucales, sin embargo Espinoza y cols⁽¹⁷⁾ afirman que el uso de prótesis dentales en mal estado y mal adaptadas es considerado un factor condicionante que influye en mayor grado, para la presencia de patologías bucales, ya que al evaluar poblaciones geriátricas donde

el uso de prótesis es escaso, la presencia de patologías bucales es baja.⁽¹³³⁾ Esto se puede evidenciar en esta investigación donde las lesiones asociadas al uso de prótesis inadecuadas corresponden con 43% del total de las lesiones, resultados similares a los obtenidos por Hoad-Reddick (1989)⁽⁹⁵⁾ de 41%, el de Corbet y cols (1994)⁽¹³⁰⁾ de 31%. De las lesiones asociadas al uso de prótesis la estomatitis subprotésica fue la que presentó mayor número de casos (54) es decir 18%, lo cual coincide con los resultados de estudios similares.^(13,16,17,92,95,130) En general, la prevalencia de estomatitis subprotésica varía entre el 20 y el 67%^(107,126,154) dependiendo de la población estudiada, el estado de las prótesis mucosoportadas y dentosoportadas, y el tiempo de uso y descanso de las mismas, pero solamente el 10% de los pacientes refieren molestias.^(13,92,154)

En el estudio se evidenciaron otras lesiones comunes y asociadas al proceso de envejecimiento, como lo son, el hemangioma (11%) y las máculas melanóticas (8%), lesiones pigmentadas como el tatuaje de amalgama (3%) y el nevus (2%), lesiones infecciosas como, la sialadenitis (2%), úlceras aftosas (1%), herpes labial (1%), lesiones reactivas como el granuloma piogénico (1%), neoplásicas como el papiloma (1%) y asociadas a medicamentos, el agrandamiento gingival (0,3%). González y cols, Corbet y cols, Jorge y cols, Espinoza y cols^(16,17,125,130) reportan estas lesiones con prevalencias similares.

El rango de edad donde hubo predominio de casos fue el comprendido entre la sexta y séptima década de la vida (60 a 74 años), donde hubo

manifestación del 52% (159) de las lesiones, coincidiendo con González y cols⁽¹²⁵⁾. Mosqueda y cols⁽⁴²⁾ extienden el rango de edad afectado de los 56 a 86 en su estudio, lo cual va en paridad con el presente estudio, considerando que el rango de edad afectado que le sigue al de 60-74 años, es el de 75-84 años con 27% de lesiones bucales. Esto se asocia con el uso de prótesis mal adaptadas, en mal estado y la higiene deficiente de las mismas, además a medida que avanza la edad, se incrementa el riesgo de presentar una o varias enfermedades crónicas que puedan influir o manifestarse en la cavidad bucal.

En relación al género afectado con mayor frecuencia, varios de los estudios evaluados no demuestran diferencia en cuanto a prevalencia de lesiones de acuerdo al género.^(16,17,130) Sin embargo, en la investigación realizada por Mosqueda y cols⁽⁴³⁾ hubo predominio de sexo femenino, resultado similar obtuvo González y cols⁽¹²⁵⁾ donde el sexo femenino resultó afectado en un 67%, lo que a su vez concuerda con la presente investigación, en la que el género femenino fue el más afectado, ya que el 64% de las lesiones observadas se manifestó en este grupo.

González y cols⁽¹²⁵⁾ hacen referencia al cómo las enfermedades bucales y las necesidades de tratamiento en el anciano varían notablemente en cada país, e incluso entre los pacientes hospitalizados, los institucionalizados y los que no lo están. Estas diferencias pueden estar dadas por factores como el nivel socioeconómico, la historia médico-odontológica del individuo, el costo del

tratamiento, el acceso a los servicios odontológicos, la incapacidad física o mental y los factores sociales. Al estudiar la variable paciente institucionalizado o no institucionalizado y presencia de lesión de tejidos blandos, se obtuvo como resultado de la investigación que el 60% de lesiones bucales de tejidos blandos se manifestaron en pacientes institucionalizados, pero si evaluamos que estos representaron un número mayor de la población estudiada, el resultado no es significativo.

Otras de las lesiones producidas por mecanismos de adaptación y respuesta a la agresión crónica o aguda de la mucosa producto del uso de prótesis dentales, fueron, fibroma traumático (8%), hiperplasia fibrosa inflamatoria (7%), queilitis angular (6%), úlceras traumáticas (3%) e hiperplasia papilomatosa (1%), lo que coincide con el estudio realizado por Tamarit y cols ⁽¹²²⁾ donde el diagnóstico más frecuente fue de hiperplasia fibrosa inflamatoria. La elevada prevalencia de estas lesiones resalta la necesidad de valorar periódicamente a todo portador de prótesis con el fin de evaluar sus condiciones, a fin de prevenirlas las patologías asociadas a estas y evitar tratamientos posteriores, los que, además de costosos, implican procedimientos quirúrgicos no siempre factibles de llevarse a cabo en el paciente geriátrico.

Es importante destacar, que al evaluar el uso de prótesis en los pacientes con lesiones bucales, el 67% (130) utilizaban algún tipo de prótesis, de éstos 54 portaban prótesis parciales y 76 prótesis totales, y al evaluar la presencia de

lesiones bucales asociadas al uso de prótesis, son las lesiones inflamatorias las que presentan mayor prevalencia, seguidas por las lesiones reactivas. En lesiones como la estomatitis subprotésica, hiperplasia fibrosa inflamatoria e hiperplasia papilomatosa, fueron asociadas en el 100% de los casos con el uso de prótesis defectuosas; otras lesiones como la queilitis angular, en un 94% fue asociada al uso de prótesis con dimensión vertical disminuida, sin embargo se debe recordar que esta lesión puede presentarse también asociada a alteraciones nutricionales y déficit de vitaminas, lo que podría corresponder al 6% restante. ⁽⁴⁰⁾

En el caso del fibroma traumático y las úlceras traumáticas, su presencia también fue asociada a otros factores distintos al uso de prótesis, como lo son el traumatismo crónico y el mordisqueo de carrillos y labios. Ciertos estudios destacan que definitivamente el tiempo de uso de la prótesis y el estado de la misma es determinante en la presencia de lesiones bucales^(16,17,92,126) asociándose en la mayoría de los casos a las prótesis totales, en relación a las prótesis parciales.

La candidiasis bucal es una infección oportunista asociada a múltiples factores de riesgo locales y sistémicos, como son el uso de prótesis dentales, la xerostomia, las múltiples terapias con antibióticos, inmunosupresores, antineoplásicos, radioterapia, enfermedades sistémicas como diabetes e incluso la mayor supervivencia de los pacientes con inmunodeficiencias. ^(110,151,152,153)

Como ya hemos visto, el paciente anciano es un candidato favorable para tener alta incidencia de lesiones micóticas, específicamente candidiasis, considerando

que la población mayor está afectada por enfermedades sistémicas como la diabetes, que favorecen la infección micótica, o utilizan tratamientos farmacológicos que pueden disminuir la producción salival, produciendo hiposalivación y favoreciendo la colonización del hongo, unido a esto, el uso de prótesis dentales. Al evaluar la población estudiada, se puede evidenciar que en relación a las lesiones candidiásicas estas representan el 29% (90) de los casos en general, predominando las lesiones asociadas, como son, estomatitis subprotésica (18%), queilitis angular (6%) y la glositis romboidea media (2%) de los casos, mientras la candidiasis eritematosa y la pseudomembranosa, presentaron escasa incidencia, 4% y 0,3% respectivamente. Esta alta incidencia de candidiasis en adultos mayores coincide con el 22% de casos reportados por Mosqueda y cols. ⁽⁴²⁾

Al evaluar la ausencia de dientes, su relación al uso de prótesis y por ende las lesiones bucales por el uso inadecuado de las mismas, en el presente estudio se evidenció que todos los 194 pacientes que presentaban lesiones bucales de tejidos blandos, tenían ausencia parcial o total de dientes, de los cuales, el 52% (100) edéntulos totales y el 48% (94) son edéntulos parciales. La ausencia de dientes en personas mayores de 65 años esta asociado a inadecuada atención odontológica, malos hábitos de higiene bucal, bajo nivel socioeconómico y educativo, y al hábito de tabaquismo entre otros. Esto afecta de manera importante la autopercepción del adulto mayor en relación a su salud bucal. ⁽³⁵⁾

Se ha demostrado que circunstancias que alteran la integridad de la mucosa, mediante traumatismos, maceración u oclusión (como ocurre con el uso de prótesis dentales), favorece la adhesión de *Candida* y la invasión mucosa, esto explica la alta incidencia de lesiones asociadas a *Candida* en nuestro estudio (estomatitis subprotésica, queilitis angular). Sin embargo, la candidiasis ha sido citada como potencial factor de riesgo en la transformación maligna de leucoplasias y liquen plano bucal,^(135,172) la hiperplasia bucal, así como la presencia de displasia epitelial y atipias celulares en el epitelio de la mucosa bucal, también son asociados a *Candida*^(110, 155). Aunque aun no es bien conocido el factor patógeno, mutagénico y carcinogénico de *Candida* para producir transformación maligna,⁽¹³⁵⁾ es importante tomar en cuenta su asociación a lesiones premalignas, ya que puede actuar como factor patógeno en la malignización de estas entidades.^(110,128,155,172) . En el presente estudio la prevalencia de candidiasis y leucoplasia fue de 29% y 14%, respectivamente.

Al evaluar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas y compararlas con las benignas, observamos que las benignas son las mas prevalentes representando un 77% de las 194 lesiones observadas, mientras que las lesiones premalignas y malignas, representaron el 23% de las lesiones observadas. El rango de edad más afectado por lesiones premalignas y malignas fue el que comprende de los 60 a 74 años, coincidiendo con otros estudios similares.^(123, 131,137,140,146)

Tal vez uno de los aspectos mas importantes en este estudio lo constituye el haber encontrado algunas lesiones bucales que pueden comprometer la salud general de los afectados e incluso, poner en peligro la vida si no son identificadas y tratadas oportunamente. Al respecto llama la atención el haber detectado leucoplasias en el segundo orden de prevalencia, correspondiendo a un 14%.⁽⁴²⁾

En el adulto mayor es frecuente observar lesiones blanquecinas en cavidad bucal, asociadas al proceso natural del envejecimiento, producto del incremento en la queratinización y el uso de prótesis dentales, conocidas como queratosis friccionales, que en algunos casos pueden llegar a ser diagnósticos diferenciales de verdaderas leucoplasias, e incluso liquen plano. Por ser estos pacientes un grupo de riesgo importante para la malignización de procesos, considerando el deterioro del sistema inmune como parte de la senectud y la exposición crónica a factores de riesgo, es importante no subestimar ninguna lesión, permitiendo así realizar un diagnóstico precoz de cáncer bucal.

El concepto de lesión premaligna ha ido matizándose a lo largo de los años, y hoy se entiende por aquellos tejidos con una morfología alterada, donde es mas fácil el desarrollo de un cáncer que en un tejido de apariencia normal. En principio sólo se consideraba en esta categoría a las leucoplasias y eritroplasias, pero en la actualidad, además de estas, también son consideradas, la queilitis actínica, liquen plano bucal, la queratosis tabáquica, la fibrosis submucosa y el lupus eritematoso discoide.⁽¹⁴⁹⁾

La prevalencia de leucoplasias en población geriátrica oscila entre el 0,4 y 19%.^(129,139,149) Lo que coincide con el presente estudio donde la prevalencia de leucoplasia se ubicó en segundo lugar con un 14%.

Otras lesiones premalignas observadas en este estudio fueron, liquen plano (3%), estomatitis nicotínica (2%), queilitis actínica (2%), predominando en la mayoría de los casos su incidencia en el rango de edad de 60 a 74 años, coincidiendo con otros estudios.^(16,17,130,146,150) Un aspecto de gran relevancia es la posible transformación maligna del liquen plano bucal, y aunque hay controversia al respecto, se estima entre el 0,3 y 10%, la forma clínica que ha sido mayormente relacionada a cáncer es la forma erosiva. También se ha descrito mayor probabilidad de malignización en los pacientes de mayor edad, de mas tiempo de evolución de las lesiones y en localización lingual.^(149,166,170,171) Sin embargo, otros autores refieren que considerando que la tasa de transformación maligna, puede llegar a ser menor al 0,2% de los casos, hay que evaluar de manera muy critica su inclusión dentro de las lesiones premalignas, y que la relación liquen plano-cáncer, puede estar influenciada por otros factores como, el alcohol, la desnutrición y sobre todo por el consumo de tabaco.^(155,170)

Se cree que ciertos factores pueden influir en la transformación maligna del liquen plano bucal, como son, el consumo de fármacos, lesiones traumáticas producidas por el roce de prótesis dentales y finalmente la presencia de *Candida*

albicans.⁽¹⁷²⁾ Todos estos factores, se presentan con gran incidencia en el adulto mayor, por esto la importancia de la evaluación odontológica frecuente.

Las lesiones en la mucosa bucal suelen ser mas frecuentes en ancianos con prótesis dentales antiguas y defectuosas. Las alteraciones crónicas de las mucosas brindan una excepcional puerta de entrada a la actuación de carcinógenos conocidos, como los contenidos en el tabaco y en el alcohol. En este sentido es fundamental el hallazgo epidemiológico de que la combinación tabaco-alcohol-prótesis defectuosas contribuyen a incrementar la susceptibilidad de sufrir cambios patológicos en la mucosa bucal. Además, el efecto traumático sostenido de las prótesis sobre las mucosas es algo que puede ser detectado y es, por tanto, un riesgo susceptible de ser controlado.⁽¹⁴⁹⁾ De allí que Budtz-Jorgensen⁽⁹⁴⁾ estableciera en su clasificación de lesiones asociadas al uso de prótesis removibles al Carcinoma inducido por prótesis.

La única lesión maligna presentada en nuestro estudio fue el carcinoma espinocelular, con una prevalencia del 2%, coincidiendo con los estudios Jorge y cols. y Espinoza y cols.^(16,17)

El diagnóstico clínico resultó fundamental en el 100% de los casos, sin embargo, en la presente investigación se consideró el incorporar el diagnóstico histopatológico, evaluando su importancia, sobre todo en lesiones premalignas, donde la evidencia clínica no muestra los cambios displásicos que pudieran estar

ocurriendo. El estudio histopatológico permitió establecer el diagnóstico definitivo de las lesiones premalignas, malignas y otras (lesiones reactivas, virales y pigmentadas) en el 25% de los casos, también fue realizado estudio microbiológico en 3% de las lesiones micóticas. Al evaluar estudios similares realizados en otros ámbitos, estos no refieren la confirmación del diagnóstico clínico a través del estudio histopatológico,^(16,17,125) sin embargo, otros⁽⁴²⁾ consideran el estudio citológico en algunos casos.

En relación a los cambios displásicos, es sabido que el factor determinante para los cambios neoplásicos lo constituye la presencia de displasia epitelial, pudiendo incrementar el riesgo en un 36% para la transformación de carcinoma⁽¹³⁵⁾. Las displasias epiteliales suelen adoptar un aspecto clínico no homogéneo, aunque tampoco es excepcional descubrirlas en formas homogéneas. Aun así, la ausencia histológica de displasia epitelial no garantiza la no transformación maligna.^(144,145,149) En el presente estudio se observó que en los 42 casos de leucoplasia bucal, el 7%(3) presentó displasia epitelial moderada, el 26% (11) displasia leve epitelial, y el 67% (28) restantes, acantosis y paraqueratosis.

Finalmente, es importante mencionar que los hallazgos obtenidos en este trabajo, proporcionan información para orientar futuras investigaciones en el área, las cuales tendrán como objeto determinar la morbilidad bucal en el adulto mayor y, en consecuencia orientar los programas de atención estomatológica necesarios para este grupo poblacional en aumento.

CONCLUSIONES

Los adultos mayores son un grupo de la población en ascenso, esto es debido a los cambios demográficos existentes, como son básicamente, el control de la natalidad, aumento de las migraciones y mayor expectativa de vida. Todo esto ocurre sin una planificación adecuada ni desde el punto de vista social, económico, menos aun en el ámbito de la salud.

La cavidad bucal es un factor importante y determinante en la calidad de vida del adulto mayor, por esta razón la importancia del rol del odontólogo y estomatólogo, considerando todas las manifestaciones sistémicas, nutricionales, medicamentosas que pueden alterar la cavidad bucal, ya que en la mayoría de los casos, son estos profesionales los responsables de establecer el diagnóstico primario.

El proceso de envejecimiento supone el riesgo de adquirir un mayor número de enfermedades sistémicas, independientes unas de otras o por el contrario, una determinante de la otra, o inclusive mutuamente complicantes, por esta razón el abordaje multidisciplinario es determinante en el tratamiento del adulto mayor.

La pluripatología y la polifarmacia, no deben ser impedimentos para el tratamiento odontológico de adultos mayores. Una historia clínica médico-odontológica bien detallada y lo mas completa posible será el factor decisivo para el éxito del tratamiento.

En relación al estudio realizado podemos concluir:

La manifestación de lesiones de tejidos blandos fue representativa, considerando que un 57% (194) de los 340 pacientes evaluados, presentó lesiones bucales.

En cavidad bucal también fue evidente la pluripatología, ya que estos pacientes presentaron en un 34% una sola lesión, pero hubo un 16% que presentó 2 lesiones, 5% manifestó 3 lesiones y 2% 4 patologías o más, esto se justifica al considerar que en este grupo de personas puede haber manifestación bucal de varios factores asociados a enfermedades sistémicas, alteraciones nutricionales, uso de prótesis mal adaptadas y en mal estado, presencia de algún hábito, lo que permite el aumento del número de lesiones en un mismo individuo.

En razón de que las lesiones benignas fueron las prevalentes y de ellas las de tipo inflamatorio predominaron, seguidas por las lesiones reactivas, es importante destacar que el uso de prótesis de larga data y en mal estado juega un factor determinante en la aparición de estas lesiones. Sin embargo, las lesiones

premalignas como la leucoplasia, liquen plano, queilitis actínica, tuvieron una incidencia importante.

Al evaluar en que rango de edad hubo mayor prevalencia de lesiones bucales, este fue el rango comprendido de 60 a 74 años con 159 lesiones. El género mas afectado fue el femenino, donde hubo 64% de lesiones de tejidos blandos.

Definitivamente el uso de prótesis bucales defectuosas y el tiempo de uso de las mismas, debe ser considerado un factor etiológico determinante en la presencia de lesiones bucales en adultos mayores, al considerar que el 67% de los pacientes con lesiones utilizaban prótesis dentales.

La candidiasis tiene una alta incidencia en los adultos mayores, al considerar los factores predisponentes de orden local y sistémico de esta entidad, se podría decir que muchos de ellos inciden en el adulto mayor. En el estudio realizado se observó manifestación sobre todo de la candidiasis asociada al uso de prótesis. Es importante tomar en cuenta la prevalencia de candidiasis en el adulto mayor, considerando el rol patógeno de la misma.

RECOMENDACIONES

Se sugiere promover la creación de programas para el fomento de la Odontogeriatría, permitiendo así la instauración de equipos multidisciplinarios en las unidades geriátricas, donde sea considerado un protocolo de atención odontológica al paciente anciano, en el momento de su ingreso y estadía en la institución.

Considerando que el uso de prótesis dentales en el adulto mayor es elevado, y ha sido demostrado cómo influye la asociación uso de prótesis-presencia de lesiones bucales tanto benignas, premalignas y malignas, se recomienda la aplicación de programas que permitan evaluaciones odontológicas periódicas para determinar el ajuste, condiciones de higiene y tiempo de uso de las mismas.

Esta investigación fue realizada como un estudio piloto (epidemiológico) de la prevalencia de lesiones bucales de tejidos blandos en adultos mayores, sin poder abarcar la incidencia de los factores etiológicos y socioculturales, por lo que se recomienda ampliar este estudio incluyendo otras variables además de las condiciones demográficas, como lo son, los aspectos socioculturales, educativos, económicos, los cuales influyen de manera importante en la incidencia de patologías bucales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Helpage Internacional. **Estado mundial de las personas mayores 2002.** La Paz, Bolivia. 2002.
2. CEPAL. **Panorama social de América Latina 1999-2000.** Santiago, Chile. 2000.
3. Viveros A. **Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad.** Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE. 2001
4. United Nations. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Disponible en la dirección electrónica: <http://www.onu.org/conferencias/envejecimiento>
5. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CEPAL. **Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.** Santiago de Chile. 2003

6. Aranibar P. **Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina.** Santiago de Chile: Serie Población y Desarrollo N°. 21. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL / Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CEPAL. 2001.
7. Montero, L. **La situación social del anciano en Venezuela.** Caracas: Fundación Escuela de Gerencia Social, FECS / Instituto Nacional de Geriátrica y Gerontología, INAGER. 1993.
8. Del Popolo F. **Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina.** Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL / Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE. 2001.
9. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CEPAL / Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CELADE. **Adultos Mayores en América Latina y el Caribe: Datos e indicadores.** Santiago de Chile: Autor. Serie Población y Desarrollo N° 28. 2001.
10. Instituto Nacional de Estadística, INE. **Venezuela: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050.** Caracas. 2004

11. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CEPAL. **Panorama Social de América Latina: 2002-2003**. Santiago de Chile. 2004
12. González López B., González Huidobro L., Bobadilla Díaz A., **Prevalencia de Patología bucal y de estructuras relacionadas en el paciente geriátrico de la región I del Estado de México+**. Revista ADM 1995;3:129-137.
13. Munevar A.M, Rojas J., Marín D. **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 primer semestre del año 2000 y cual es la percepción que tienen estos pacientes sobre su propio estado de salud bucal**. Revista de la Fed. Od. Col., Oct. 2001 – Feb. 2002;61. Disponible en la dirección electrónica: www.encolombia.com
14. Irigoyen M., Velásquez C., Zepeda M., Mejía A., **Caries dental y enfermedad periodontal en un grupo de personas de 60 o más años de edad de la ciudad de México**. Revista ADM 1999;2:64-69.
15. Taboada O., Mendoza M., Hernández I., Martínez A. **Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad**. Revista ADM 2000;5:188-192.

16. Jorge J., Almeida O., Bozzo L., Scully C., Gramer E., **Oral mucosa health and disease in institutionalized elderly in Brazil.** Community Dent Oral Epidemiol 1991;19:173-75.
17. Espinoza I., Rojas R., Aranda W., Gamonal J., **Prevalence of oral mucosal lesion in elderly people in Santiago,** Chile. J Oral Pathol Med 2003;32:571-5
18. Chesnais J. **El Proceso de envejecimiento de la población.** Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. 1990
19. Calatrava L. A. **El componente bucal de la salud en el anciano.** Acta odontológica Venezolana 1992;3:3.
20. Chackiel J. **El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?** Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CEPAL. Serie Población y Desarrollo N° 4. 2000.
21. Semino E. **El falso paradigma de la vejez. Transición demográfica.** Disponible en la dirección electrónica: www.defensoria.org.ar
22. Coppin A. **Sociedad venezolana de medicina geriátrica.** OPS. 1990

23. Capo Pallás, M. **Importancia en la nutrición en la persona de edad avanzada.** Barcelona, Novartis Consumer Health S.A. 2002
24. Ettinger R. **Las peculiares necesidades de salud oral en una población que envejece.** Toma de decisiones clínicas en Odontología geriátrica – clínicas Odontológicas de Norteamérica. Edit. McGraw-Hill Interamericana. 1997;(4):711-730
25. Hernández de Ramos, M. **Rehabilitación oral para el paciente geriátrico.** Universidad Nacional de Colombia. Facultad de odontología Edit. Unibiblos. 2001.
26. Beaglehole y cols. **Hombres envejecimiento y salud,** World Health Organization, Ginebra. 2001
27. Ahenkora K. **The Contribution of Older People to Development: The Ghana Study.** HelpAge International, and HelpAge Ghana.1999.
28. Mohatle T, Agyarko R. **Contributions of Older Persons to Development: The South African Study.** HelpAge International. 1999.

29. Marín D. **¿Es necesario la Odontogeriatría?**. Revista de la Federación odontológica Colombiana 2000;59(198). Disponible en la dirección electrónica: www.encolombia.com
30. Gómez R. **GERODONTOLOGIA: Una perspectiva clínica (1ª parte)**. Revista electrónica de Geriatria y Gerontología 2000;2(1). Disponible en la dirección electrónica www.geriatrianet.com
31. Berenguer M., Villares O., Couso C., Pérez A. **La Gerodontología en el consejo popular “Los Maceos” Policlínico docente “Dr, Carlos J. Finlay”**. MEDISAN 2000;5(1):20-24.
32. Castañeda N., Rodríguez A. **Correspondencia entre la formación académica del estomatólogo relacionado con pacientes especiales y la práctica estomatológica integral**. Rev Cubana Estomatol 2001;38(3):181-91.
33. Marín D. **Influencia de la boca en la calidad de vida de los ancianos**. Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. 2002;16(2). Disponible en la dirección electrónica: www.encolombia.com

34. Berenguer, M. **La salud bucodental en la tercera edad.** MEDISAN 1999;3(4):53-56.
35. Jiménez J., Esquivel I., González-Celis A., **La percepción de la salud bucal como medida de la calidad de vida en ancianos.** Revista ADM 2003;1:19-24.
36. Camejo T., Triana E., Matos N., Acosta J. **Salud en la tercera edad y calidad de vida.** Revista electrónica de Geriátría y Gerontología 2002;4(1). Disponible en la dirección electrónica www.geriatrianet.com
37. Gutierrez L., Reyes M., Rocabado F., López M. **Evolución de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica.** Salud Pública Mex 1996;38:487-500.
38. Modesto L., Díaz L. **Modalidades terapéuticas odontológicas recibidas por el paciente anciano.** Revista ADM 1997;2:102-109.
39. Strauss P., Hunt R., **Understating the value of teeth to olders adults: Influences on the quality of life.** JADA Vol. 124, Jan 1993.

40. Castellanos JL, Díaz GL, Gay ZO, **Medicina en Odontología. Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas.** Cap. 23 Manejo Estomatológico del paciente geriátrico. 2ª ed. México. Manual Moderno, 2002.
41. Díaz L., Gay O. **Series en medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos.** Revista ADM 2005;1:36-39.
42. Martínez R., Villalobos L. **Trastornos en el sentido del gusto.** Revista ADM 1996;4:181-184.
43. Mosqueda T., Díaz M., Velásquez M., Irigoyen M., Caballero S., Sida E. **Prevalencia de alteraciones de la mucosa bucal en el adulto mayor.** Estudio en dos grupos del sur de la ciudad de México. Temas Selectos de Investigación clínica 1998;IV:39-50.
44. Ritchie C., **Oral health, taste, and olfaction.** Clin Geriatr Med. 2002;18:709-717.
45. Rojas G., Latorre R., Ortega A. **Depresión mayor y salud oral: Rol de los fármacos antidepresivos.** Rev Chil Neuro-Psiquiat 2000;38(2):126-130.

46. Chávez E., Taylor G., Borrel L., Ship J. **Salivary function and glycemic control in olders persons with diabetes.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2000;89:305-11.
47. Ozawa J. **Estomatología geriátrica.** México, Edit. Trillas. 1994
48. Formiga F., Mascaro J., Vidaller A., Pujol R. **Xerostomia en el paciente anciano.** Rev Mult Geron 2003;13(1):24-28.
49. Fox P. **Tratamiento de la boca seca.** Toma de decisiones clínicas en Odontología geriátrica – clínicas Odontológicas de Norteamérica. Edit. McGraw-Hill Interamericana. 1997;(4):991-1005.
50. Arbones G. y Cols. **Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo “Salud Publica” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN).** Nutr Hosp. 2003;18:109-137.
51. Palmer C., **Gerodontic nutrition and dietary counseling for prostthodontic patients.** Dent Clin N Am 2003;47:355-371.
52. Arbones G. y Cols. **Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo “Salud Publica” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN).** Nutr Hosp. 2003;18:109-137.

53. Marín D., **Influencia de la rehabilitación con prótesis totales en el cambio de dieta del adulto mayor.** Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. 2003;17(4). Disponible en la dirección electrónica: www.acg.org.co

54. Saunders M. **Nutrición y salud oral en el anciano.** Toma de decisiones clínicas en Odontología geriátrica – clínicas Odontológicas de Norteamérica. Edit. McGraw-Hill Interamericana. 1997;(4):769-790.

55. Aguirre E. **Evaluación nutricional y requerimiento normales.** Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Foro Nutrición y Geriatria. 2005;19(1). Disponible en la dirección electrónica: www.acg.org.co

56. Moreno L., **Cavidad bucal, nutrición y demencia en el adulto mayor.** Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Foro Nutrición y Geriatria. 2005;19(1). Disponible en la dirección electrónica: www.acg.org.co

57. Cano C., **Nutrición y demencias.** Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Foro Nutrición y Geriatria. 2005;19(1). Disponible en la dirección electrónica: www.acg.org.co

58. Brows, M y Cols. **La salud de los ancianos: una preocupación de todos.** Organización Panamericana de la Salud (OPS). Edición Nro. 3, 1992.
59. Roisinblit, R. **La desnutrición en la tercera edad y su repercusión en las enfermedades de la boca.** 2003. Disponible en la dirección electrónica www.red-dental.com.
60. Moure L., Pualto M., Antolin R. **Cambios nutricionales en el proceso de envejecimiento.** Revista Enfermería global. 2003;2. Disponible en la dirección electrónica www.um.es/eglobal/
61. Little J., Falace D., Miller C., Rhodus N. **Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento medico.** 5ta edición. Edit. Harcourt Brace. 1998.
62. Reyes-Ortiz C., Moreno C., Reyes L. **Diagnosticos mas frecuentes en la consulta ambulatoria de geriatría del Hospital Universitario del Valle.** Colombia Médica 2000;31: 153-157.
63. Suárez F., Oterino D., Peiro S., García F., Libro J., Pérez A., Martín E., Serrano F. **Estado de salud de la personas ancianas y hospitalización en servicios geriátricos, médicos y quirúrgicos. Estudio poblacional en Toledo.** Rev Esp Salud Pública 2000;74:149-161.

64. López J., Giménez M. **Sedación en el paciente geriátrico.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9:45-55.
65. Amado S., Valmaseda E., Berini L., Gay C. **Complicaciones de la cirugía bucal ambulatoria en pacientes mayores de 65 años.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9:253-262.
66. Castellanos J., Díaz L. **Cambios funcionales, involutivos y patológicos estomatológicos con la edad. VI. Enfermedades sistémicas.** Revista ADM 1990;2: 59-62.
67. Pagina oficial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Disponible en dirección electrónica www.ops.com.ve
68. VENEZUELA, la salud en las Américas, Volumen II, edición de 1998.
69. Marcano G. **Anamnesis para el paciente anciano.** Acta odontológica Venezolana 1998;(36)2:74-79.
70. Campbell J., Huizinga P., Das S., Rodríguez J., Gobetti J. **Incidente and significance of cardiac arrhythmia in geriatric oral surgery patients.** Oral Surg Oral Med oral Pathol 1996;82:42-6.

71. Gay O. **Actualidades en el manejo dental del paciente diabético.** Revista ADM 1999;1:18-26.
72. Díaz M., Mico J., Gargallo J., Baliellas C., Berini L., Gay C. **Estudio del estado bucodental del paciente transplantado hepático.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:66-76.
73. Taboada O., Gómez Y., Taboada S., Mendoza V. **Prevalencia de signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares en un grupo de adultos mayores.** Revista ADM 2004;4:125-129.
74. García E., Mondragón A., Irigoyen M., Bustamante M. **Lesiones bucales en un grupo de pacientes con trasplante renal.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:196-204.
75. Marín D. **Manejo odontológico de pacientes con demencias.** Revista de la Federación Odontológica Colombiana Agosto-Octubre 2002;203. Disponible en la dirección electrónica: www.encolombia.com
76. Frieland A., Jarvik I. **The dental management of patient with dementia.** Oral Surg. Nov 1987:549-553

77. Freyre J., Vivanco B., Lozano L., Martínez M., López A. **Lesiones de tejidos blandos bucodentales en pacientes psiquiátricos hospitalizados, México 1999.** Revista ADM 2001;3:90-97.
78. Paunovich E., Sadowsky J., Carter P. **Medicamentos prescritos con mayor frecuencia en los ancianos y su influencia sobre el tratamiento dental.** Toma de decisiones clínicas en Odontología geriátrica – clínicas Odontológicas de Norteamérica. Edit. McGraw-Hill Interamericana. 1997;(4):791-824.
79. Sánchez I., De La Cal A., Frutos R., Cano M. **¿Sabemos cuales son los efectos adversos de los medicamentos que recetamos?.** MEDIFAM 2002;12:519-522.
80. Castellanos J., Díaz L. **Farmacología y multifarmacología en odontología. Estudio en 2.313 pacientes. Primera parte. Aspectos generales.** Revista ADM 1997;5: 297-301.
81. Oskas R. **Epidemiologic study of potencial adverse drugs reactions in dentistry.** Oral Surg 1978;45:707-713.

82. Navazech N. **Relationship of medical status, medications, and salivary flow rates in adults of different ages.** Oral Surg 1996;81:172-176.
83. Castellanos J., Díaz L., Gay O. **Series en medicina bucal VI. Hiposalivación por fármacos.** Revista ADM 2004;1:39-40.
84. Valicena M., Escalona L. **Manejo terapéutico del paciente con Xerostomia.** Acta odontológica Venezolana 2001;(39)1:70-79.
85. Marques M., Chimenos E., Subira C., Rodríguez M., López J. **Association of burning mouth síndrome with xerostomia and medicines.** Med Oral Pat Oral Cir Bucal 2005;10:301-8.
86. Femiano F., Gombos F., Scully C. **Síndrome de boca ardiente. Estudio de la psicoterapia, medicación con ácido alfa-lipoico y combinación de terapias.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2004;9:8-13.
87. Del Valle A., Aguirre J., Martínez-Conde R., Echeberria M., Sagasti O. **Síndrome de Boca Ardiente en el país Vasco: estudio preliminar de 30 casos.** Med Oral Pat Oral Cir Bucal 2003;8:84-90.

88. Femiano F., Gombos F., Crispian S. **Síndrome de boca ardiente. Estudio de la psicoterapia, medicación con ácido alfa-lipoico y combinación de terapias.** Med Oral 2004;9:8-13.
89. Díaz L., Castellanos J. **Farmacología y multifarmacología en odontología. Estudio en 2.313 pacientes. Tercera parte. Psico y neuroreguladores.** Revista ADM 1998;4:102-113.
90. Roisinblit S. **El paciente geriátrico ante la prótesis.** RAOA 1991;79(1):43-49.
91. García E., Blanco A., Rodríguez L., Reyes D., Sotres J. **Queilitis. Revisión bibliográfica.** Rev Cubana Estomatol v.41n.2 Mayo-ago 2004.
92. Sotomayor J., Pineda M., Gálvez L. **Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales.** Odontología Sanmarquina 2002;1(10):17-22.
93. Barbeau J., Seguin J., Goulet J. **Reassessing the presence of Candida albicans in denture-related stomatitis.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2003; 95: 51-59.

94. Budtz-Jorgesen E. **Oral mucosal lesions associated with the wearing of removable dentures.** Journal of Oral Pathology 1981;10:65-80.
95. Hoad-Reddick G. **Oral pathology and prostheses – are they related? Investigation in an elderly population.** Journal of Oral Rehabilitation 1989;16:75-87.
96. Pardi G., Cardozo E. **Relación entre la placa dental y la estomatitis subprotésica.** Acta Odontológica Venezolana 2003;41(1):72-75.
97. Pardi G., Cardozo E. **Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la estomatitis subprotésica de origen infeccioso. Revisión bibliográfica** Acta Odontológica Venezolana 2002;40(3):305-309.
98. Dinatale E. **Respuesta alérgica en pacientes con Estomatitis Subprotésica y cultivo negativo para levaduras.** Acta Odontológica Venezolana. 2000; 38(2):15-22.
99. Mc. Cord J., **Grant A. Identification of complete denture problems a summary.** Br Dent J. 2000;189(3):128-134.
100. Jankittivong A., Aneksur V., Langlais R. **Oral mucosal condition in elderly dental patients.** Oral Dis. 2002;8(4):218-23.

101. Baena T., Moreno V., Franco F., Aldape B., Quindos G., Sánchez L., **Colonización por *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus mutans* en pacientes portadores de prótesis dentales.** Med Oral Pat Oral Cir Bucal 2005;10:27-39.
102. Ayuso R., Torrent J., López J. **Estomatitis protésica: puesta al día.** ROE 2004;9(6):657-662.
103. Pardi, G., Cardozo E., Perrone M., Salazar E. **Detección de especies de *Candida* en casos de recidiva de pacientes con estomatología subprotésica, medicados con miconazol jalea oral.** Acta Odontológica Venezolana 2003;41(2):8-17.
104. Lazarde, J.; Pacheco, A. **Identificación de especies de *Candida* en un grupo de pacientes con Candidiasis Atrófica Crónica.** Acta Odontológica Venezolana. 2001;39(1): 13-18.
105. Ueta E, Tanida T, Yoneda K, Yamamoto T, Osaki I. **Increase of *Candida* cell virulence by anticancer drugs and irradiation.** Oral Microbiol Immunol. 2001;16: 243-49
106. Arendorf T.,Walter D. **Denture stomatitis: a review.** Journal of Oral Rehabilitation 1987;14:217-227.

107. Lazarde J. **Estomatitis subprotésica.** Acta Odontológica Venezolana. 2001; 39(3):9-16.
108. Williams, MD, Lewis MAO. **Isolation and identification of Candida from the oral cavity.** Oral Diseases. 2000; 6(7): 3-11.
109. Wilson J. **The etiology, diagnosis and management of denture stomatitis.** Brit Dent. 1998 Oct; 24(8): 380-84.
110. Aguirre J. **Candidiasis Orales.** Revista Iberoam Micol 2002;19:17-21.
111. Pardi G. **Detección de especies de Cándidas en pacientes con Estomatitis Subprotésica.** Trabajo de ascenso. Fac de Odontología, UVC; 2000.
112. Quindos G., Ponton J. **Candidiasis de la cavidad oral: etiología, patogenia y diagnostico de laboratorio.** Medicina Oral 1996;1:85-95.
113. Leigh J, Steele C, Wormley F, Fidel P. **Salivary cytokine profiles in the immunocompetent individual with candida-associated denture stomatitis.** Oral Microbiol Immunol. 2002 Oct; 17(5): 311-4.

114. Le Bars P, Piloquet P, Daniel A, Giumelli B. **Immunohistochemical localization of type IV collagen and laminin (alpha 1) in denture stomatitis.** J Oral Pathol Med. 2001 Feb; 30(2): 98-103.
115. Pardi G., Cardozo E. **Algunas consideraciones sobre Candida albicans como agente etiológico de la candidiasis bucal.** Acta Odontológica Venezolana 2002;40(2): 9-17.
116. Mattozzi M. **Hiperplasia papilomatosa inflamatoria.** Acta Odontológica Venezolana. 1998;36(2):34-41.
117. Wood N., Goaz P. **Diagnostico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales.** 5ta edición. Edit. Harcourt Brace España. 1998
118. Giunta J. **Patología Bucal.** 3era edición. Edit. Interamericana México. 1991.
119. Regezi J., Sciuba J. **Patología Bucal.** 3era edición. Edit. McGraw-Hill Interamericana. México. 2000.
120. Sapp J., Eversole L., Wysocki G. **Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea.** Edit Harcourt. España. 1998.

121. Priddy R. **Inflammatory hyperplasias of the oral mucosa.** J Cant Dent Assoc 1992;58:311-321.
122. Tamarit M, Delgado E., Berini L., Gay C. **Exeresis de las lesiones hiperplasicas de la cavidad bucal. Estudio retrospectivo de 128 casos.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:151-162.
123. Mora M., Montenegro I., Pérez T., Rodríguez A. **Programa de pesquisaje de cáncer bucal. Su impacto en un área de salud.** Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(3):240-243.
124. Nicot R., Delgado I., Soto G. **Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal.** Revista Cubana de estomatología, julio-diciembre, 1995.
125. González B., González L., Bobadilla A. **Prevalencia de patología bucal y de estructuras relacionadas en paciente geriátrico de la región I del estado de México+.** Revista ADM 1995;3:129-137.
126. Rodríguez G., Goiriera F., Mallo L. **El 39% de los ancianos españoles tienen alteraciones en mucosa bucal.** 2002. Información disponible: <http://dentalw.com/news/26.htm>

127. Crivelli M., Domínguez F., Adler I., Keszler A. **Frecuencia y distribución de lesiones orales en pacientes de la tercera edad.** Rev Asoc Odontol Argent. 1990;78(1):55-58.
128. González J., Ovalle J. **Estudio comparativo y revisión bibliográfica de los reportes en incidencia y prevalencia de lesiones en cavidad oral.** Revista ADM 1994;3:145-148.
129. Ikeda N., Handa Y., Khim S., Durward C., Axell T., Mizuno T., Fukano H., Kawai T. **Prevalence study of oral mucosal lesions in a select Cambodian population.** Community Dent Oral Epidemiol 1995;23:49-54.
130. Corbet E., Holmgren C., Philipsen H. **Oral mucosal lesions in 65-74-year-old Hong Kong Chinese.** Community Dent Oral Epidemiol 1994;22:392-395.
131. Dehler K., Brannon R., Muzyka B. **Biopsed oral lesions in a geriatric population.** Oral Surg Oral Med Oral Pat 2003;95(4):417.
132. Sánchez J., Vera J., Hernández R. **Prevención de la patología bucodental en la población mayor de 65 años.** Publicación oficial de la Sociedad Andaluza de Geriátría y Gerontóloga 2004;2(2):6-9.

133. Fantasia J. **Diagnostico y tratamiento de las lesiones orales mas comunes encontradas en ancianos.** Toma de decisiones clínicas en Odontología geriátrica – clínicas Odontológicas de Norteamérica. Edit. McGraw-Hill Interamericana. 1997;(4):1007-1023
134. Van der Waal. **Diseases of the oral mucosa in the aged patients.** Int Dent J. 1983;33:319-324.
135. Silverman S., Gorsky M., Lozada F. **Oral leucoplakia and malignant transformation.** cáncer 1984;53:563-568
136. Axell T, Pindborg JJ, Smith CJ, Van der Wall, and an International Collaborative Group on Oral White Lesions, **Oral white lesions whit special reference to precancerous and tobacco-related lesion: conclusions of an international symposium held in Uppsala, Sweden, May 18-21, 1994.** Journal of Oral Pathology and Medicine, 1996; 25:49-54.
137. Baric J., Alman J., Feldman R., Chauncey H. **Influence of cigarette, pipe and cigar smoking, removable partial dentures, and age on oral leucoplakia.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1982;54:424-429

138. Shepman KP, Bezemer PD, Van der Meij EH, Smeele LE, Van der Waal I. **Tobacco usage in relation to the anatomical site of oral leukoplakia.** Oral Dis 2001; 7: 25-27.
139. Axell T, Holmstrup P, Kramer IRH, Pindborg JJ, Shear M. **International seminar on oral leukoplakia and associated lesions related to tobacco habits.** Community Dent Oral Epidemiol 1984; 12: 145-54.
140. Van der Waal I, Schepman KP, Van der Meij y Smeele L.E. **Oral Leukoplakia. A clinicopathological Review.** Oral Oncol. 1997; 33:291-301.
141. Bagan J, Jimenez Y, Sanchis J, Poveda R, Milian M, Murillo J, Scully C. **Proliferative verrucous leukoplakia: high incidence of gingival squamous cell carcinoma.** J Oral Pathol Med 2003; 32: 379-82.
142. Lumerman H, Freedaman P, Kerper S. **Oral epithelial dysplasia and development of invasive squamous cell carcinoma.** Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1995; 79: 321-9.
143. Chimenos E., Font I., López J. **Riesgo de cáncer oral y marcadores moleculares.** Med Oral Pat Oral Cir Bucal 2004;9:377-84

144. Castellanos J. **Displasias y carcinomas de la mucosa bucal**. Revista ADM 2002;4: 155-156.
145. Calanche I., Rivas C. **Manual de Histopatología básica para odontólogos**. Universidad de los Andes, Consejo de Publicaciones, Consejo de Desarrollo Científico Humanístico y Tecnológico. Mérida-Venezuela. 2002.
146. Martínez E., Romero M., Ferrer I., Fatjo M. **Pesquisaje de lesiones premalignas y malignas en la cavidad bucal**. Rev Cubana Med Gen Integr 1996;12(3).
147. Bernal A., Contrera F., Jimenez M., Montes V. **Epidemiología del cáncer bucal en Colombia**. Revista de la Federación Odontológica Colombiana. marzo-octubre 2000;59(198). Disponible en la dirección electrónica: www.encolombia.com
148. Martínez S., Alonso A., Aparicio G., Parga N., Prieto I. **Cambios epidemiológicos en el cáncer epidermoide de lengua. A propósito de un caso**. MEDIFAM 2003; 13:320-324.
149. Mallo L., Rodríguez G., Lafuente P. **Lesiones orales precancerosas en ancianos**. Situación en España. RCOE 2002;7(2):153-162

150. Quintana J., Fernández M., Laborde R. **Factores de riesgo de lesiones premalignas y malignas.** Rev Cubana de Estomatología 2004;41(3).
151. Campos A. **Prevalencia de *Candida* bucal en pacientes geriátricos.** Revista ADM 1999;6:230-233.
152. Gaitan L., Borges A., Franco F., Espinosa A., Rodríguez B. **Prevalencia de portadores de *Candida sp.* en orofaringe, en una población de adultos mexicanos.** Revista ADM 1998;4:181-185.
153. Mata M., Perrone M. **La prótesis odontológica en la ecología de *Candida albicans* en cavidad bucal.** Acta Odontológica Venezolana 2001;39(3):18-24.
154. Cuñat V., Maestro M., Martínez J., Mongue V. **hábitos higiénicos en personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara, sin deterioro cognitivo y residentes en la comunidad.** Rev Esp Salud Publica 2000;74(3).
155. Kleinman D., Swango P., Niessen L. **Epidemiologic studies of oral mucosal conditions-methodologic issues.** Community Dent Oral Epidemiol 1991;19:129-140.

156. Lynch, Brightman, Greenberg. **Medicina Bucal de Burket**. 9na edición. Edit. McGraw Hill Interamericana. México 1996.
157. Challacombe SJ. **Immunologic aspects of oral candidiasis**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 78: 202-10.
158. Angulo F. **Influencia de la prótesis parcial removible sobre el nivel de *Streptococcus mutans* y *Streptococcus sanguis* en la saliva**. Trabajo de ascenso. Fac. de Odontología. UCV. 1993
159. Kulak Y., Arikan A., Kazazoglu E. **Existence of *Candida albicans* and microorganisms in denture stomatitis patients**. J Oral Rehabilitation. 1997;24:788-90.
160. Axell T., Samaranayaque L., Reichart P. **A proposal for reclassification of oral candidiasis**. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1997;84:111-112
161. Lazarde J., Avilan I. **Candidiasis eritematosa de la cavidad bucal. reporte de un caso y revisión de la literatura**. Acta Odontológica Venezolana. 2003;41(3).
162. Lazarde J., Añez A. **Candidiasis multifocal bucal**. Acta Odontológica Venezolana. 2003;41(2):31-34.

163. Lago L., Blanco A., Diniz M., Gandara P., García A., Gandara J. **Glositis romboidal: localización atípica. Caso clínico y diagnóstico diferencial.** Med Oral Pat Oral Cir Bucal 2005;10:123-7.
164. Perez O., Nuñez L., Machin G., Hernandez J. **Incidencia de Herpes Zoster en un hospital provincial.** Rev Cubana Enfermer 2003;19(3):151-4.
165. Bermejo A., Leiro V., Pizzariello G. **Neuralgia posherpética. Un desafío terapéutico.** Dermatología Argentina 2004;10(3):200-203.
166. Bermejo A., López P. **Liquen plano oral. Naturaleza, aspectos clínicos y tratamiento.** RCOE, 2004;9(4):395-408.
167. Fernández R., Luiz J., Gordon M., Costa A., De Almeida A. **Liquen plano oral con presentación clínica variada e historia familiar: relato de un raro caso.** Acta Odontológica Venezolana 2004;42(2)
168. Soto M., Rojas G., Esguep A. **Asociación entre alteraciones psicológicas y la presencia de Liquen plano oral, Síndrome boca urente y Estomatitis aftosa recidivante.** Med Oral 2004;9:1-7.

169. Villarroel M., Correnti M., Mata M., Delgado R. **Estudio descriptivo de un grupo de pacientes con liquen plano bucal.** Acta Odontológica Venezolana 2000;38(1):50-55.
170. Petti P., Bagan J., Scully C., Chaparro N. **Transformación maligna del liquen plano oral en tres nuevos casos.** Acta Otorrinolaringol Esp 2004;55:41-44.
171. Haya M., Bagan J., Basterra J., Lloria E. **Prevalencia de liquen plano oral y leucoplasia oral en 112 pacientes con carcinoma de células escamosas.** Acta Otorrinolaringol Esp 2004;55:41-44.
172. Moreno E. **Patología del liquen plano en la mucosa oral.** RADE 2005;1(1):18-25.
173. Arias F. **El proyecto de investigación, guía para su elaboración.** 3era edición. Editorial Episteme. 1999
174. Hernández R., Fernández C., Baptista P. **Metodología de la investigación.** 2da edición. Editorial Mc Graw Hill. 1991

175. World Health Organization. **Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosal diseases and conditions.** Community Dent Oral Epidemiol 1980;8:1-26.

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Res. Amb.

Piso _____ cama Nro. _____

Nombres y Apellidos: _____ H.C.Nro.: _____

Edad _____ Sexo F M

Antecedentes personales (enfermedades crónicas y Antibióticoterapia):

Enfermedad	Si	No	Tratamiento
Enf. Cardiovasculares			
Hipertensión			
Enf. Resp. Pulmonares			
Artritis			
Enf. Renales			
Diabetes			
Demencia			
Otras			

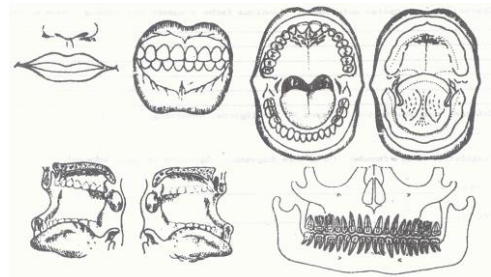
Hábitos

Alcohol _____ Tabaco _____ Otros _____

¿Es portador de prótesis? Si No

Tipo de prótesis _____

Características de la lesión



Datos clínicos sobre la evolución de la enfermedad.

Exámenes complementarios

Diagnostico provisional

Diagnostico definitivo


Secuencia de Tratamiento

FECHA	TRATAMIENTO


ANEXO B

Cambios asociados al proceso de envejecimiento.

B.1 - DENTARIAS Y PERIODONTALES



B.2 - EN MUCOSA BUCAL



Atrofia del epitelio, sobre todo a nivel de dorso lingual.

Varicocidades.

Aumento de glándulas sebáceas ectópicas (gránulos de Fordyce).

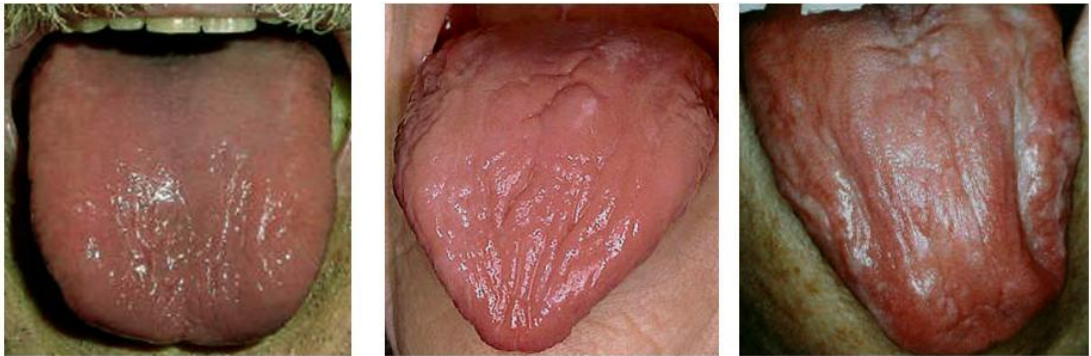
Pigmentaciones melánicas, varicocidades y nevus.

Fuente propia.

ANEXO C
Alteraciones asociadas a deficiencias nutricionales.



Queilitis angular.



Glosistis atr6fica (lengua lisa y despapilada)

Fuente propia.

ANEXO D

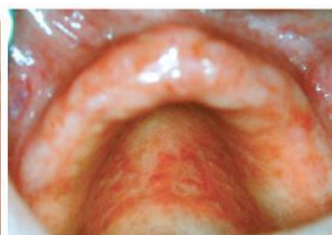
Alteraciones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis dentales.



Perdida de dimensión vertical



Queilitis angular.



Estomatitis subprotésica



Hiperplasia fibrosa inflamatoria

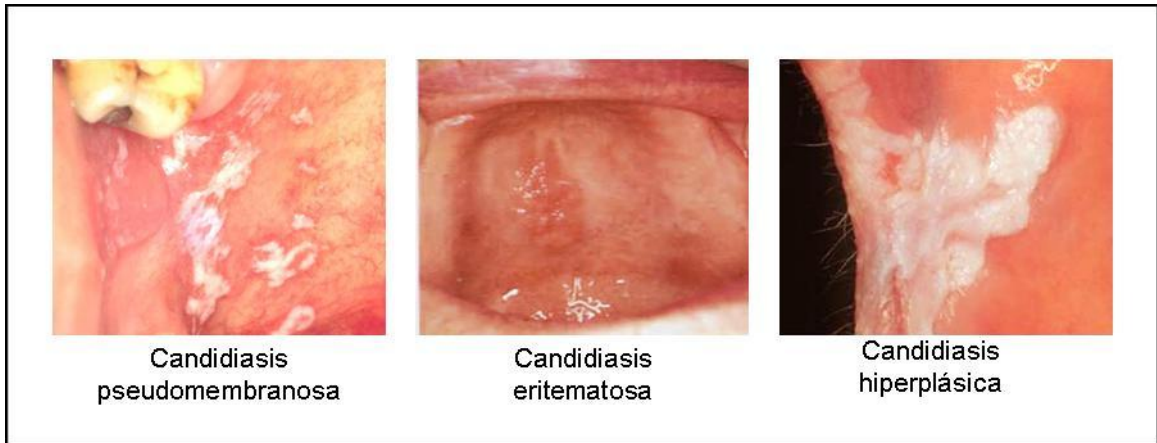


Hiperp. papilar inflamatoria

Úlcera traumática

Fuente propia.

ANEXO E
Candidiasis bucales.



LESIONES ASOCIADAS



Queilitis angular.



Estomatitis subprotésica



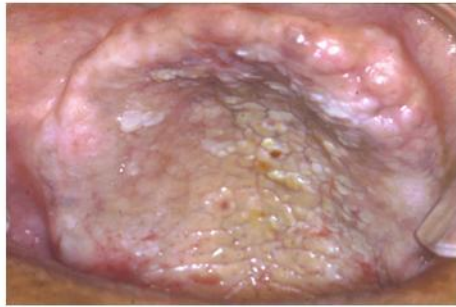
Glositis romboidea media

Fuente propia.

ANEXO F
Lesiones premalignas.



Fuente propia.



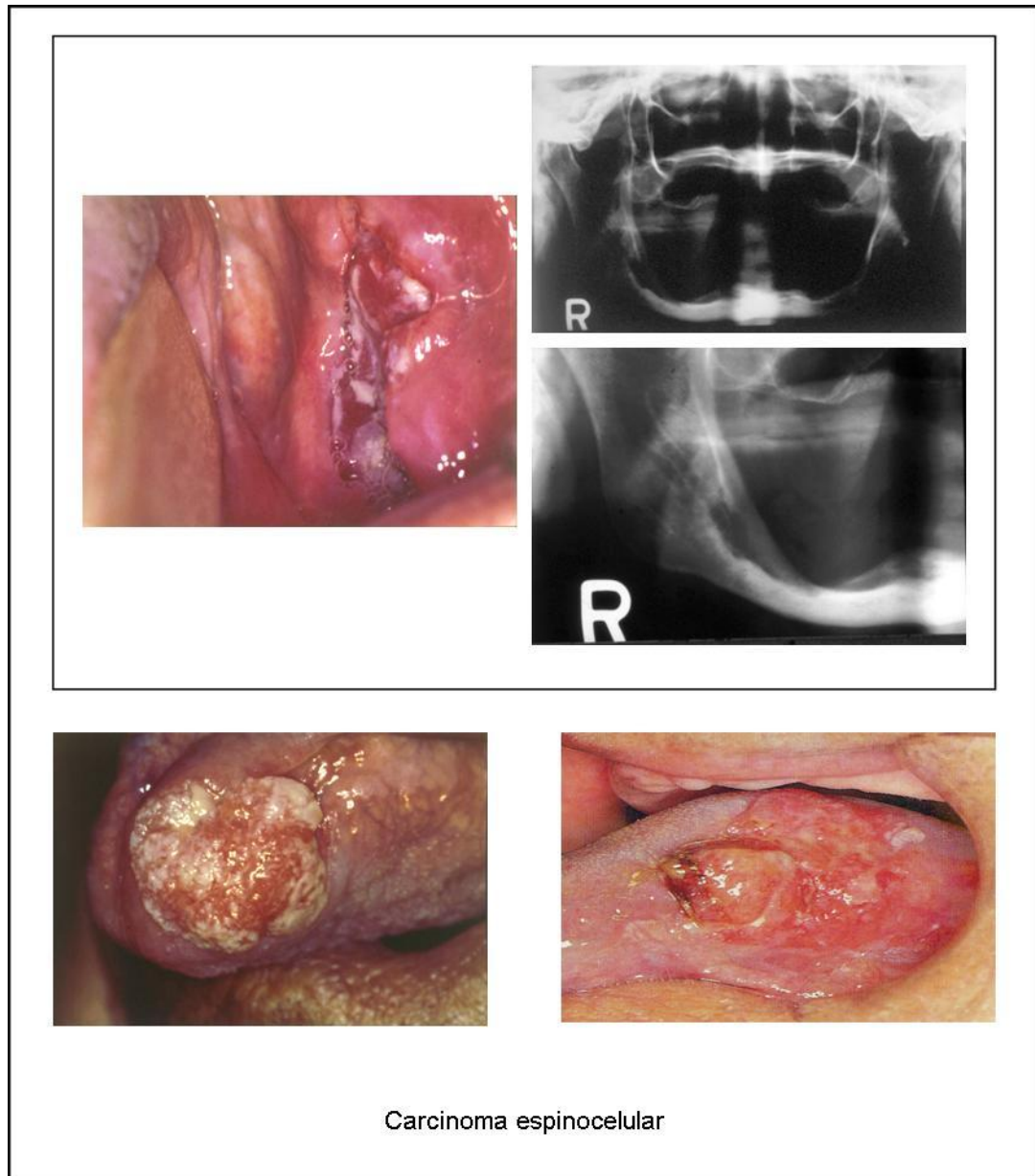
Estomatitis nicotínica



Queilitis actínica

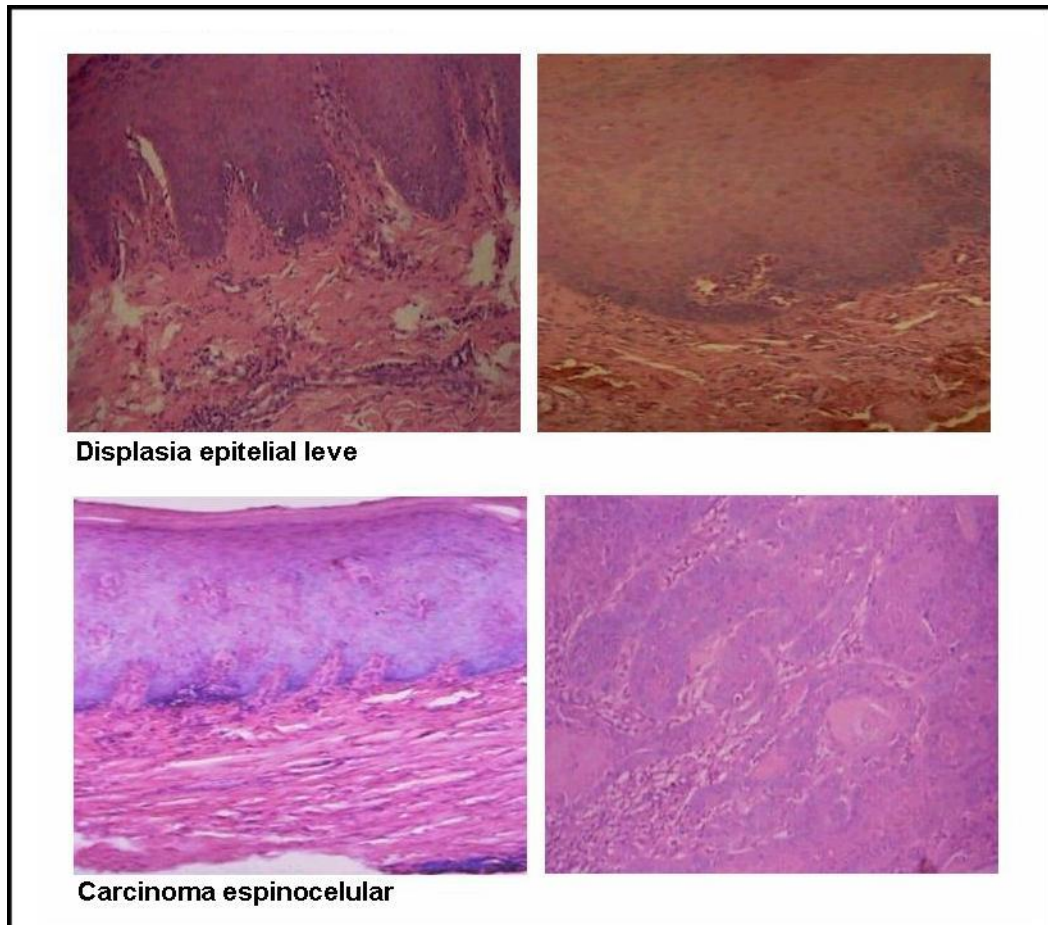
Fuente propia.

ANEXO G
Lesiones malignas.



Fuente propia.

ANEXO H Displasias epiteliales



Laboratorio de Histopatología "Dr. Pedro Tinoco" – Fac. Odontología U.C.V.