

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLIVAR

OFICINA LA PAZ



ÁREA DE SALUD

CURSO DE MAESTRÍA EN ODONTOLOGIA

CON ESPECIALIDAD EN ENDODONCIA

Gestión del Programa 2007-2009

**“PREVALENCIA DE LESIONES EN MUCOSA ORAL EN LA POBLACIÓN
ADULTO MAYOR PORTADOR DE PROTESIS REMOVIBLE DEL ASILO DE
ANCIANOS SAN RAMÓN DE LA PAZ BOLIVIA.”**

ALUMNA: Dra. Bertha Teresa Méndez Rivera

TUTORA: Dra. Janeth Liliam Flores Ramos

La Paz, Bolivia

2012

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la oportunidad de capacitarme y crecer profesionalmente.

A mis hijos: Alberto, Claudia, Daniela y a mi esposo José, por el apoyo y aliento.

A Sor. María del Carmen Laguna, Directora del Asilo de ancianos San Ramón por permitir realizar mi trabajo de investigación con los internos del Asilo.

A mi tutora de tesis, la Dra. Yaneth Flores Ramos quien fue mi guía en este trabajo de investigación.

Al Dr. Carlos M. Trujillo M. Jefe de Anatomía Patológica del Instituto de Gastroenterología Boliviano- Japonés, donde se procesaron mis muestras de citología.

INDICE**PÁGINAS**

Agradecimientos	<i>i</i>
Indice	<i>ii</i>
Resumen	<i>iii</i>
1 Introducción	1
2 Planteamiento Del Problema	3
3 Objetivos	3
3.1 Objetivo General	3
3.2 Objetivos Específicos	3
4 Justificación	4
5 Marco Teórico	5
5.1 Generalidades	5
5.2 La Salud, Datos Generales	7
5.3 Odontogeriatría	9
5.4 Tercera Edad, Adulto Mayor, Anciano, Vejez	10
5.5 Población Adulto Mayor En Bolivia (Datos Estadísticos INE)	11
5.5.1 Población Adulto Mayor En La Paz (Datos Estadísticos INE)	12
5.6. Aspectos anatómicos e histológicos de la mucosa oral	12
5.7 Aspectos fisiológicos	14
5.7.1 Cambios bucodentales de la población adulto mayor	14
5.7.2 Cambios fisiológicos y su vinculación con la nutrición	15
5.7.3 Alteraciones de los tres tiempos de la nutrición	15
5.8 Aspectos patológicos generales y específicos en el adulto mayor	16
5.8.1 Cambios en la composición corporal	16
5.8.2 Cambios en la salud oral del adulto mayor	20
5.8.2.1 Facies	23
5.8.2.2 Atrofia de la mucosa oral	23
5.8.2.3 Cambios en la función salival	24
5.8.2.4 Cambios en el tejido óseo	25

5.8.2.5 Articulación témporo mandibular	26
5.8.2.6 Cambios en el tejido dentario	26
5.8.2.7 Cambios en el periodonto	28
5.8.2.8 Músculos masticadores	28
5.8.2.9 Cabeza y cuello	29
5.8.2.10 Lengua	29
5.9 Prótesis removible en adultos mayores	30
5.9.1 Introducción pérdida dental	30
5.9.2 Relación de las condiciones de las prótesis	31
5.9.2.1 Prótesis dental removible	31
5.9.3 Prótesis dentales – calidad de vida	32
5.9.4 Enfoque por estructuras anátomo-fisiológicos del aparato estomatognático en relación a portadores de prótesis completas	34
5.10 Efectos patológicos en el aparatato estomatognatico relacionados al uso de prótesis dental removible	35
5.10.1 Efectos directos	37
5.10.1.1 Reabsorción del reborde residual	37
5.10.1.2 Condiciones relacionadas con el uso de prótesis totales	38
5.10.2 Efectos indirectos	39
5.10.2.1 Función masticatoria y fuerza de corte	39
5.10.2.2 Los trastornos fonéticos	39
5.10.2.3 La estética	39
5.10.2.4 Muscular	39
5.10.2.5 Sentido del gusto	40
5.10.2.6 Sentido olfato	41
5.10.2.7 Deglución	41
5.10.3 Reacciones alérgicas a los materiales de las prótesis dentales	42
5.11 Lesiones específicas de la mucosa oral en ancianos	42
5.11.1 Clasificación de lesiones en la mucosa oral	44
5.11.2 Lesiones reaccionales de la mucosa oral	46
5.11.2.1 Estomatitis sub prótesis	46

5.11.2.2	Úlcera traumática	47
5.11.2.3	Fibroma traumático	48
5.11.2.4	Hiperplasia fibrosa Inflammatoria	49
5.11.2.5	queratosis friccional	51
5.11.2.6	Estomatitis nicotínica	51
5.11.3	Lesiones infecciosas de la mucosa oral	51
5.11.3.1	Candidiasis	51
5.11.3.1.1	Candidiasis primaria	52
5.11.3.1.2	Candidiasis secundaria	53
5.11.3.2	Queilitis angular	55
5.11.4	Lesiones de la mucosa oral, alteraciones del desarrollo	56
5.11.4.1	Lesiones en lengua	56
5.12	Citología exfoliativa	58
6.	Hipótesis	60
7.	Diseño del estudio	60
8.	Materiales y métodos	61
8.1	Población o Universo	61
8.2	Tamaño de la muestra	61
8.3	Criterios de inclusión	62
8.4	Criterios de exclusión	62
8.5	Materiales	62
8.6	Procedimiento - metodología	63
9.	Recolección de Datos	64
	Operacionalización de Variables	73
10.	Resultados	75
11.	Discusión	103
12.	Conclusiones	109
13.	Recomendaciones	110
14.	Bibliografía	111
15	anexos	ív

RESUMEN

La salud bucal debe ser vista como un indicador de calidad de vida, especialmente en el adulto mayor. El uso continuo de prótesis desadaptadas durante largos periodos de tiempo, sin que sean renovadas, sin controles periódicos todo esto asociado a placa bacteriana por higiene deficiente, presencia de enfermedades sistémicas, con tratamientos antibióticos prolongados, podrían determinar la presencia de lesiones en mucosa oral.

El estudio se realizó en el asilo de ancianos San Ramón de la Ciudad de La Paz, ubicado en la calle 27 N° 103 de la zona de Achumani. Participaron 50 pacientes adultos mayores portadores de prótesis removible, de los cuales 32 del sexo femenino y 18 de sexo masculino, en el grupo etario de 62 a 96 años.

Para emitir un diagnóstico clínico de las lesiones en la mucosa oral, relacionadas con el uso de prótesis removible, se realizó un examen clínico oral, revisamos mucosa: masticatoria, de revestimiento y mucosa especializada, se valoró el estado de la prótesis, se procedió a la toma de fotografías con una cámara digital.

Finalmente, mediante Frotis se toma la muestra de mucosa de reborde alveolar superior, cara dorsal de la lengua y de la prótesis, para realizar el examen citopatológico, con la finalidad de comprobar el diagnóstico de candidiasis.

Las lesiones se agruparon en: reaccionales, infecciosas y alteraciones del desarrollo. Los resultados del examen clínico por caso fueron: lesiones reaccionales 22%, lesiones del desarrollo 26%, lesiones reaccionales y alteraciones del desarrollo 38%, lesiones reaccionales, infecciosas y alteraciones del desarrollo 8%, ninguna lesión 6%. El resultado del examen citopatológico revela: candidiasis de 92%, sin infección 8%.

Conclusión; El estado de la prótesis, tiempo de uso asociado a la mala higiene, influyó significativamente en la presencia de lesiones en la mucosa oral de los adultos mayores del Asilo San Ramón.

**PREVALENCIA DE LESIONES EN MUCOSA ORAL EN LA POBLACIÓN
ADULTO MAYOR PORTADOR DE PROTESIS REMOVIBLE
DEL ASILO DE ANCIANOS SAN RAMON
(LA PAZ - BOLIVIA)**

1. INTRODUCCION

La población anciana del mundo aumenta en 1.7% por año y Latinoamérica no es ajena a este fenómeno. Este cambio demográfico en este grupo poblacional, cada vez va en aumento. Cada vez más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre a situado como etapa de vejez.

Los tejidos bucales sufren cambios estructurales continuos durante toda la vida: Cambios en la mucosa oral: haciendo a los tejidos más vulnerables a los traumas y presiones durante la masticación.

Cambios en el tejido óseo: descalcificación y reabsorción, con el avance de los años, los cambios óseos son más dramáticos en las mujeres post-menopáusicas. Los ancianos presentan diversos grados de disfunción salival, tanto en calidad como en cantidad, la disminución de la saliva hace que el adulto mayor requiera de más tiempo para preparar el bolo alimenticio para ser deglutido.

Cambios en los tejidos dentarios: el uso constante hace que los dientes presenten atricción, en los ancianos prevalece la caries radicular sobre la coronaria, favorecida por la retracción gingival y la disminución del flujo salival.

Cambios en el periodonto: la enfermedad periodontal, es la mayor causa de pérdida dentaria. En personas mayores puede presentarse hiperplasia gingival debido a efectos secundarios de algunos medicamentos.

Algunos de estos cambios suceden con la edad, pero otros son consecuencias de enfermedades o medicamentos.

La salud oral de nuestra población adulta mayor se encuentra muy deteriorada, mayor incidencia de caries, alta prevalencia de enfermedad periodontal, pérdida de piezas dentarias y muy baja frecuencia de visitas al odontólogo.

Tanto la sociedad en general, como los mismos ancianos siguen aceptando el deterioro de la salud bucal como parte normal e inevitable de la vejez. Viendo esta realidad, los gobernantes, deben cambiar sus políticas de salud, implantando medidas adecuadas de prevención y atención a este grupo poblacional.

La recuperación de la salud, mantenimiento y funcionalidad de la cavidad bucal en el anciano repercute en su calidad de vida y la responsabilidad no solo recae en las manos de la profesión odontológica, sino en las de todos los profesionales de salud y particularmente en todas las familias en cuyo interior hay una persona adulto mayor. En nuestro país no se han publicado artículos sobre este tema, por lo que solo contamos con bibliografía de otros países para empezar este estudio.

La mayoría de los estudios referentes a las patologías que afectan a la mucosa bucal se han realizado en países americanos, asiáticos y algunos europeos los que se tomaran como referencia ya que existen diferencias culturales, étnicas y demográficas entre aquellas sociedades y la nuestra.

El objetivo de este estudio es identificar las lesiones más prevalentes de la mucosa oral, en la población adulta mayor portador de prótesis dental removible del Asilo de Ancianos San Ramón de la ciudad de La Paz.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tras la revisión de las publicaciones existentes, se hace evidente que no se han realizado en Bolivia, estudios sobre Lesiones en mucosa oral en el adulto mayor portador de prótesis removible.

El 16 de Enero de 2006, se dicta la Ley 3323, y se crea el seguro de salud para el Adulto Mayor SSPAM, en todo el territorio nacional de carácter gratuito, con el objetivo de otorgar prestaciones de salud a ciudadanos de más de 60 años con radicatura permanente en todo el territorio nacional.

Sin embargo debemos recalcar que este seguro solo cubre la atención primaria, es decir, no abarca la rehabilitación protésica.

Lo expuesto demuestra la necesidad de contar con un estudio específico, para poder dar solución a los problemas presentes en la población Adulto Mayor.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar las lesiones en la mucosa oral más prevalentes, en la población adulto mayor portador de prótesis dental removible del Asilo de ancianos San Ramón de la ciudad de La Paz.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar la población adulta mayor según edad y sexo, portadora de prótesis dental removible del Asilo de Ancianos San Ramón de la ciudad de La Paz.
- Identificar las lesiones prevalentes de mucosa oral, de tipo reaccional, del Asilo de Ancianos San Ramón de la ciudad de La Paz.

- Identificar las lesiones prevalentes de mucosa oral, de tipo infeccioso, del Asilo de Ancianos San Ramón de la ciudad de La Paz
- Identificar las lesiones prevalentes de mucosa oral, como alteración del desarrollo, del Asilo de Ancianos San Ramón de la ciudad de La Paz.
- Conocer la prevalencia de lesiones orales según la condicionante oral de higiene bucal.
- Conocer la prevalencia de lesiones orales según el material base para la confección de la prótesis.
- Conocer la prevalencia de lesiones orales según el tiempo de uso y adaptación protésica.

4. JUSTIFICACION

La realización de esta investigación se justifica, porque creemos que será un aporte y sensibilización con la población adulta mayor, afectada en su salud, en su vida diaria y conducta. Recogerá el clamor de la población que vive los problemas de lesiones en la mucosa oral por el uso de prótesis dentales desadaptadas.

El Asilo de Ancianos San Ramón, nos brinda la oportunidad no solo para dejar la indiferencia que hasta hoy hemos tenido con la población adulta mayor, sino que nos permitirá contribuir con un aporte, para continuar profundizando los estudios que creemos, motivará a instituciones y profesionales de salud a trabajar por esta población para solucionar problemas concretos

5. MARCO TEORICO

5.1 Generalidades

En las últimas décadas la población ha experimentado una rápida transición hacia el envejecimiento poblacional. Este cambio demográfico, se debe al aumento progresivo de la población adulta mayor. Sin embargo, la prolongación de los años de vida de la población del país, no ha implicado una mejor Calidad de Vida para los adultos mayores, entendiéndose ésta como “La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores como aspiraciones y expectativas personales”¹

El aumento de este grupo etario se debe también a la reducción de las tasas de mortalidad infantil y al aumento de la expectativa de vida. Cada vez más personas sobrepasan las barreras cronológicas que el hombre ha situado como etapa de vejez y que convierte al envejecimiento poblacional quizás en uno de los desafíos más importantes para las sociedades modernas.²

Este fenómeno de envejecimiento poblacional es más marcado en los países desarrollados, pero en el tercer mundo vienen presentando una situación similar aunque menos acentuada.

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el cual hay alteraciones morfológicas, funcionales y bioquímicas, que van alterando progresivamente el estado del organismo; pero aun así debemos considerar la vejez como una especial etapa de la vida de las personas.²

El envejecimiento no se considera una enfermedad. La característica principal del proceso normal de envejecimiento, es la pérdida de las reservas fisiológicas de los órganos, lo que coloca al individuo anciano en riesgo de desarrollar enfermedades y síndromes.³

Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro del mismo individuo. En los humanos ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades que determinan el envejecimiento.⁴ Afecta a todos los tejidos, órganos y sistemas y, por lo tanto, en la medida que el individuo tiene más edad, el compromiso sistémico es mayor y más complejo.¹

Algunos cambios que suceden con la edad son naturales, sin embargo, otros cambios son consecuencias de enfermedades, de medicamentos y de ciertos efectos que la sociedad ejerce sobre la persona anciana.³

Una observación común es que algunas personas envejecen rápidamente mientras que otras se conservan muy bien. Esta observación, junto con las diferencias individuales de longevidad y las amplias variaciones en el rendimiento de personas de la misma edad cronológica, han llevado al concepto funcional o fisiológico del envejecimiento que se debe diferenciar del concepto cronológico de envejecimiento.³

En todos los órganos y sistemas del ser humano, se observan signos de envejecimiento, pero no todos lo hacen al mismo tiempo, los cambios morfológicos y funcionales que tienen lugar en la cavidad bucal forman parte del envejecimiento general del organismo; se conoce que un número importante de Adultos Mayores presenta enfermedades de los tejidos de sostén y en el aparato estomatognático en general.^{1, 3, 5*}

Con la edad las células del cuerpo se deterioran dando lugar a alteraciones en la estructura y el funcionamiento de los diferentes órganos, sistemas y aparatos.⁶

En la cavidad bucal: los dientes tienen cambio de coloración, exposiciones radiculares, alteraciones pulpares, desgastes, retracciones gingivales, hiperplasias, favoreciendo el crecimiento bacteriano, y causando enfermedades crónicas, pérdida de dientes, reabsorción del reborde, cambios en volumen y pérdida de hueso.

5. Ricardo Roisimblit y otros. Odontología para las personas mayores. 1ra ed., Buenos Aires, el autor, 2010.

Algunos cambios más significativos ocurren en la estructura de la mucosa, la función de musculatura bucal, ATM, la percepción del sabor, función salival y el sistema nervioso.⁵

La condición bucal del adulto mayor tiene gran influencia en la selección de los alimentos, y por ende en su condición nutricional. Es así como las personas con impedimentos dentales severos, especialmente los portadores de prótesis dentales completas, seleccionan su dieta comprometiendo su nutrición. La razón principal del cambio es la disminución de la función sensorial de la boca. Esta alteración afecta a los adultos mayores, dentados y desdentados parciales en los que se ha demostrado que los cambios propios de la edad disminuyen significativamente la percepción de los sabores, dureza y la textura de los alimentos haciendo que decrezca su interés por alimentarse.⁵

5.2. La salud, datos generales.

“La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es, hasta el momento en que la pierde, o cuando intenta definirla” (Gregorio Piérola Gil)

La organización Mundial de la Salud define a la “salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente como la ausencia de enfermedades o padecimientos.”^{7, 8}

Ahora, tanto la *salud como la enfermedad están condicionadas o dependen de muchos factores que interactúan entre sí*: factores biológicos o endógenos, factores propios del entorno, factores relacionados con los hábitos de vida, calidad del sistema sanitario, etc. Estos factores determinantes del estado de salud y bienestar de las personas –biológicos (factores físicos y psíquicos, genéticos, endocrinos, edad), estilo y hábitos de vida (nutrición, sedentarismo, comunicación, valores, creencias, roles, costumbres), entorno (clima, migraciones, natalidad-mortalidad, vivienda, calidad del aire y del agua, sistema educativo, religión, empleo, ingresos económicos) y servicios sanitarios (cantidad y calidad de centros de salud, profesionales sanitarios, camas/habitantes, hospitales, servicios sociales) configuran, de alguna manera, todo el entramado del concepto salud.

La suma positiva de estos factores da lugar a lo que comúnmente se conoce como salud integral.⁹

Según esta concepción, la salud es fruto del equilibrio dinámico resultante del potencial genético del individuo, del conocimiento, la capacidad de adaptación del individuo y de las condiciones del entorno. La salud es vital para mantener el bienestar y la calidad de vida en el Adulto Mayor.⁵

El mundo está envejeciendo rápidamente. El aumento de la longevidad no es solo un triunfo para la sociedad sino también un gran cambio para los sistemas de salud que necesitan estar preparados para tratar las necesidades de los adultos mayores.^{7,8}

La distribución de edades en el mundo está cambiando. Con los avances en medicina y el aumento de la esperanza de vida, la proporción de adultos mayores continuará en ascenso. Por ejemplo, había 390 millones de personas mayores de 65 años registradas en 1998. Y se estima que para el 2025 este número se duplicará.^{7,8}

Los adultos mayores, sobre todo aquellos de bajo nivel Socio económico, son especialmente vulnerables ya que presentan mayor riesgo de enfermar, mayor frecuencia de enfermedades de carácter degenerativo y crónico, menor nivel de instrucción y menores recursos que el resto de la población, factores que pueden afectar de variadas formas su calidad de vida.¹

De acuerdo al Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento de las Naciones Unidas en el 2002, el envejecimiento de la población pasará a ser una cuestión de primordial importancia en los países en desarrollo que, según se proyecta, envejecerán rápidamente en la primera mitad del siglo XXI.

Hoy 1 de cada 10 personas tiene más de 60 años de edad, se espera que para el del 2050 la cifra será de 1 de cada 5 con lo cual el porcentaje de personas de 60 años o más se duplique, pasando de un 10% a un 21%, globalmente las personas mayores de 60 años serán más que los niños de 0 a 14 años.

En los países desarrollados se piensa que la población de edad se multiplicará por cuatro en los próximos 50 años, debido básicamente, el aumento de esperanza de vida.⁵

Este aumento de la población adulto mayor, hace que las disciplinas médicas se hayan visto presionadas a estudiar y comprender la fisiología del envejecimiento y a enfrentar los cambios que ocurren en las personas con el paso del tiempo. Los gobiernos deberán cambiar sus políticas de salud, para darles mayor asistencia y protección.

La Odontología no escapa a esta realidad, hoy en día gracias a la prevención, hay una tendencia a la disminución de los pacientes edéntulos, razón por la que debemos comprender que las demandas de atención odontológica de este grupo etario de la población va aumentado.

5.3 Odontogeriatría

Es la atención odontológica, dirigida a personas mayores, con una o más enfermedades crónicas, que implican deterioro físico o mental debilitantes, con problemas psicosociales, y /o derivados de tratamientos medicamentosos.

Es la parte de la odontología, que se ocupa de la atención de la salud bucal para personas de más de 65 años, denominada de la tercera edad o Adulto Mayor, cuyo estado general esté significativamente influenciado por procesos degenerativos y enfermedades que se asocian habitualmente con la persona mayor.¹⁰

La Odontogeriatría no exclusivamente aborda los procesos patológicos orales del viejo sino que también estudia los diferentes cambios normales del envejecimiento

La Odontología Geriátrica es una disciplina nueva que recién se está comenzando a cursar en algunas Facultades de América Latina. Ha sido muchas veces confundida con la prótesis.

Esto no es así; las personas mayores en nuestro país están conservando un promedio de 15 piezas dentarias, a pesar de que las encuestas publicadas en la última década demostraron una alta tasa de desdentados.

Se puede decir que el anciano no es simplemente un adulto envejecido. Muchas de sus afecciones están relacionadas con modificaciones orgánicas producto del envejecimiento o de sus enfermedades crónicas, o por interacciones medicamentosas, etc.

Las estadísticas muestran grandes variaciones en el nivel de pérdida dental relacionado con los factores culturales y socioeconómicos. La gente de las clases sociales más bajas, las familias con bajos ingresos y la gente con poca o ninguna educación son los que menos dientes propios tienen, comparados con aquellos de mayores recursos y educación superior.^{5, 11}

La Medicina la Psicología y la Odontología se encuentran totalmente involucradas en adquirir nuevos conocimientos para la mejor atención de la población Adulto mayor. Ya que existen aumento en el promedio de vida de la población por los progresos logrados.⁶

Otros autores afirman que, el tratamiento de los problemas bucales en el Adulto Mayor, no depende del desarrollo de nuevas técnicas sino del conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez.¹²

El Odontólogo debe considerar en el tratamiento del enfermo que su patología no solo afecta a su salud física sino también a su salud mental, su vida social y por lo tanto, su calidad de vida.¹

5.4 Tercera edad, Adulto mayor, anciano, vejez.

La expresión tercera edad también enunciada como vejez, es un término que hace referencia a la población de personas mayores o ancianas, normalmente jubilada y de 65 años o más. Hoy en día, el término va dejando de utilizarse por los profesionales y es más utilizado el término "personas mayores" (en España) y "adulto mayor" (en Iberoamérica).¹³

Existe a nivel mundial especialmente en países desarrollados, una clara tendencia demográfica al crecimiento de sectores poblacionales de la tercera edad, en razón fundamentalmente a las mejores condiciones del nivel de vida.

En tal sentido los Estados confrontan el desafío de generar políticas y programas dirigidos especialmente a este sector poblacional con la finalidad de garantizar, aspectos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud a fin de promover el envejecimiento en actividad y reducir los índices de discapacidad.¹⁴

5.5 Población adulto mayor en Bolivia (datos estadísticos INE)

El envejecimiento de la población, en la perspectiva demográfica, se produce cuando los contingentes adultos mayores de 60 años crecen proporcionalmente a un ritmo superior al de la población total. Según Naciones Unidas, una población envejecida es aquella en la que, del total de sus habitantes, más de un 7% son mayores de 65 años.¹

En cuanto a la distribución por género de la población, la mayor expectativa de vida en la mujer, determina que predomine el género femenino acentuándose esta realidad en el grupo etario adulto mayor.¹

La proyección de población al 2010 era de; mayores de 60 años 721,039 personas, de los cuales, son 332,343 hombres y 388,696 mujeres.

Si consideramos que la proyección de población total en Bolivia del año 2010 es de 10.426,154 habitantes, resulta de la población mayor de 60 años proyectada al 2010 equivale al 6,91%.¹⁵

Mediante Ley 3323 del 16 de enero del 2006, el Gobierno boliviano, crea el Seguro de Salud Para el Adulto Mayor "SSPAM", en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito, con el objetivo de otorgar prestaciones de salud en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, a ciudadanos mayores de 60 años de edad con radicatoria

permanente en el territorio nacional y que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud.^{16, 17}

Sin embargo, la atención se restringe a la atención primaria, en la que se incluye medidas preventivas, curación de lesiones cariosas, tratamiento de conductos unirradicular, cirugías pequeñas (exodoncias), y no así rehabilitaciones protésicas.¹⁷

5.5.1 Población Adulto Mayor en La Paz (Datos estadísticos INE)

La población del departamento de La Paz, en la proyección 2010 INE, es de 2.839,946 habitantes, 1.404,802 hombres y 1.435,144 mujeres.

La población de la Sección La Paz, del departamento La Paz, equivale en la proyección 2010 INE, a 840,209 habitantes.

La población mayor de 60 años en el Departamento de La Paz es de 207,015 personas, de los cuales son 94,863 hombres y 112,152 mujeres.

De igual manera la población mayor de 60 años en el departamento de La Paz equivale al 7,3%.¹⁵

5.6. ASPECTOS ANATÓMICOS E HISTOLÓGICOS DE LA MUCOSA ORAL

En la cavidad oral se pueden distinguir varias zonas anatómicas. Se describe un vestíbulo exterior que limita hacia atrás con los rebordes alveolares que tienen las piezas dentarias y una cavidad oral separada del vestíbulo por tales rebordes y por las encías. Tendrá como límite superior al paladar blando, por inferior al piso de la boca que tiene la lengua y por posterior a las amígdalas.

Las mucosas de la boca tienen funciones secretoras, sensoriales y de protección, y algunas de ellas se encuentran asociadas a glándulas salivales menores.

La mucosa oral tiene un epitelio plano estratificado en general, pero hay tres variantes: Ortoqueratinizado.- con un notable estrato corneo.

- Paraqueratinizado.-Con un escaso estrato corneo.
- Y un epitelio no queratinizado

En la cavidad bucal, podemos encontrar tres tipos de mucosa.¹⁸

1. **Mucosa masticatoria:** Representa el 25% del total de la mucosa oral. Se le encuentra revistiendo la mucosa del paladar duro y conformando la encía. Su capa sub mucosa se confundirá inevitablemente con el periostio del hueso que subyace bajo ella. Tendrá un epitelio estratificado plano (que puede ser ortoqueratinizado o paraqueratinizado), tendrá una lámina propia gruesa con densos haces de fibras colágenas, que carecerá de fibras elásticas, ya que esta mucosa recubre solo zonas inmóviles.¹⁸

2. **Mucosa de revestimiento:** Es la más abundante (60%) y se le encuentra en las mejillas, paladar blando, labios y en la cara ventral de la lengua. Tiene un epitelio plano estratificado no queratinizado, y en su lámina propia se constituye de tejido conectivo laxo con fibras elásticas, lo que la hace ser muy flexible. Se pueden ver en su capa sub mucosa glándulas salivales menores también (la mayoría son del tipo mucosas).¹⁸

3. **Mucosa especializada.** Es el (15%), está en la parte dorsal de la lengua. Destaca en ella y tiene papilas linguales, que pueden ser foliadas (cara latero-posterior de la lengua, no muy frecuente en humanos), fungiformes (forma de hongo), filiformes (con forma de pelos, se encuentran en la zona anterior) y caliciformes (que tienen forma de cáliz, y constituirán la V lingual, existen entre 8 y 12). Serán parte de ella también los nódulos linfáticos que constituirán la amígdala lingual. En las papilas caliciformes se encuentran los corpúsculos gustativos.¹⁸

Hay una zona en la boca donde se produce un cambio muy brusco entre la mucosa oral y la piel, que es la unión mucocutánea del borde libre del labio. No es difícil distinguirla al

tener en cuenta que en la piel hay un epitelio plano estratificado queratinizado con un estrato córneo bastante más desarrollado que en el epitelio oral, y que en el labio hay una mucosa de revestimiento con un epitelio no queratinizado, en el que a veces se ven algunas glándulas salivales menores.¹⁸

La cavidad oral presenta un ambiente húmedo debido a la presencia de saliva, que obviamente es producida por las glándulas salivales (nótese que gran parte de ellas son glándulas mucosas), quienes tienen la notable capacidad de secretar una cantidad equivalente a su peso cada quince minutos, lo que conlleva a que produzcamos cada uno alrededor de medio litro y un litro al día de saliva en nuestras bocas.¹⁸

5.7 ASPECTOS FISIOLÓGICOS.

5.7.1 Cambios bucodentales de la población Adulto Mayor

Es muy frecuente que los adultos mayores lleguen al consultorio Odontológico con varias piezas dentarias perdidas, obturaciones en mal estado y caries, debido a la acumulación de daño en su salud bucal durante la vida y la escasa cobertura de atención odontológica especialmente entre los adultos que se atienden en el sistema público de salud.¹⁹

Con la edad todas las células del cuerpo cambian y se deterioran, dando lugar a alteraciones en la estructura y el funcionamiento habitual de los diferentes órganos, sistemas y aparatos.

Estos procedimientos se ven complicados, por las alteraciones propias del envejecimiento o por la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.⁵

La función masticatoria en el anciano está relacionada con las actividades diarias esenciales como, la alimentación y la comunicación además tienen un papel fundamental en las relaciones del individuo con otras personas en la conservación de la autoestima. Siendo el complejo bucal componente indisoluble e importante del organismo en el ser

humano. Se considera el deterioro bucal de vital importancia en la salud general del anciano, ello puede generar una nutrición inadecuada.¹⁹

5.7.2 Cambios fisiológicos y su vinculación con la nutrición

Se entiende por Calidad de vida a “la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores como aspiraciones y expectativas personales”.¹

La salud es vital para mantener el bienestar y la calidad de vida en los Adultos mayores. Esto es esencial para que los ciudadanos de esta edad sigan haciendo una contribución activa y positiva a sus respectivas sociedades.⁵

En Odontología se debe considerar en el tratamiento del enfermo que su patología no solo afecta a su salud física sino también a su salud mental, su vida social y por lo tanto, su calidad de vida.¹

Conocer los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento es el punto de partida para comprender de qué maneras estas pueden alterar el estado nutricional de las personas longevas, como así también el efecto relevante que la nutrición ejerce en la índole de estas alteraciones y en el tiempo en que se producen.

5.7.3 Alteraciones de los Tres Tiempos de la Nutrición

Primer tiempo: Alimentación - Ingesta y Digestión

- a) Disminuye el apetito, debido a la reducción en el sentido del gusto y del olfato.
- b) Disminuye la respuesta a la sed. Varios factores podrían ser responsables de esta situación.
- c) Disminuye la secreción de saliva, lo que reduce la capacidad masticatoria y deglutoria.

- d) Disminuyen las piezas dentarias. La atrofia senil de los maxilares, por caries dental o por enfermedad periodontal.
- e) Disminuye la sensibilidad gustativa por descenso en el número de terminaciones nerviosas gustativas y olfativas, contribuyendo a la falta de apetito.

La combinación de las alteraciones mencionadas limita la capacidad de percibir el placer de la alimentación, de morder, masticar y deglutir los alimentos.⁵

Segundo Tiempo: Metabolismo

Intolerancia tanto a la sobrecarga alimentaria como a los ayunos y a las hipoglucemias, lo que afirma la necesidad de optar por ingestas de reducido volumen y frecuentes.⁵

Tercer Tiempo: Excreción

La reducción del tono y motilidad muscular del colon, aumenta la probabilidad de sufrir estreñimiento. Este hecho implicara la necesidad de incrementar el consumo de fibras y líquidos que estimulen la evacuación intestinal.⁵

5.8 ASPECTOS PATOLOGICOS GENERALES Y ESPECÍFICOS EN EL ADULTO MAYOR

5.8.1 Cambios en la Composición Corporal

La piel. El órgano corporal en que más se evidencia el envejecimiento es la piel. A nivel macroscópico hay atrofia dérmica y arrugas con pérdida de elasticidad y adiposidad subcutánea. Disminuye además la síntesis de colágeno con reducción del número de fibroblastos.⁵

Los músculos. Algunos atribuyen a una reducción de secreción de andrógenos, otros a la falta de vitamina K en su dieta, al sedentarismo, alcohol, tabaco, etc. Se estima una pérdida en un 30 a 40 % entre los 20 y 70 años. Con los años se produce una fibrilación muscular por lo que se presenta un temblor rápido de escasa amplitud.⁵

La sarcopenia es una gradual disminución de la masa muscular, provoca limitaciones funcionales.

Huesos. En los huesos esponjosos como las vertebras la pérdida se inicia a los 20 años .A los 40 años aumenta la velocidad de la reabsorción, mientras que la formación permanece constante. El requerimiento de Calcio, vitamina D y proteínas aumenta. Con la edad el hueso trabecular decrece en un 50%. Las alteraciones esqueléticas más comunes en estas personas son producidas por osteoporosis, osteoartritis y espondilitis cervical en esto intervienen: disminución de estrógenos, en la mujer después de la menopausia. La disminución de Calcio plasmático y el déficit de Insulina provocan pérdida de hueso.⁵

Las articulaciones. Desde los 65 años el 80% de las personas tienen alguna alteración en las articulaciones, razón por la que pierden movilidad. Se observan crecimientos óseos en las cabezas de los huesos largos. Enfermedades como la osteoartritis son comunes en edades avanzadas.⁵

Sistema nervioso central y periférico.

Cerebro. Entre los 20 y 90 años el cerebro puede perder entre 12 y 20 % de su peso, lo que implica entre 100 y 150 gr. Algunos autores opinan que esto ocurre después de los 60 años. A esta edad se pierde 40% de neuronas, esto sucede en forma masiva en la enfermedad de Alzheimer. En las personas sanas hay un grado de recuperación. También pierden células de la sustancia negra que se asocian a trastornos en el sueño, la locomoción y la homeostasis. La pérdida patológica de la sustancia negra puede llevar a la enfermedad de Parkinson.⁵

La capacidad mental empieza a declinar alrededor de los 45 años pero mucho más a los 65 años. Con la edad se disminuye la sensibilidad al dolor, sobre todo después de los 60 años. En la locomoción disminuye la velocidad y la longitud del paso.⁵

Aparato Digestivo.-

Disfunción esofágica.- Disminución de las contracciones esofágicas. Aumenta la falla del esfínter inferior y la incidencia de hernia de hiato, así como el reflujo esofágico.⁵

Estómago

Con el envejecimiento se retarda la evacuación del contenido. Presentan gastritis y úlcera péptica.

Hígado

El peso disminuye en relación con el peso del cuerpo, debido a la disminución de hepatocitos y aumenta el tejido fibroso. El consumo de alcohol acelera el envejecimiento.⁵

Páncreas

La función exógena pancreática, no se modifica casi nada en la vejez.

Intestino delgado

Disminuye la absorción de algunos nutrientes.

Intestino grueso

Hay atrofia de la pared del intestino y reducción de la motilidad del colon favoreciendo el estreñimiento. Aparecen divertículos a diversos niveles.

Sistema respiratorio

Presenta modificación de la caja torácica, menor expansión del tórax, artrosis de las articulaciones costo-vertebrales. Debilidad de los músculos respiratorios.⁵

Sistema cardiovascular

Los adultos mayores presentan engrosamiento de la pared del ventrículo izquierdo, probablemente asociado al aumento de la presión sistólica. El corazón envejecido tiene tendencia a desarrollar arritmias y a quedar muy expuesto a situaciones de estrés.

La capacidad cardiaca máxima desciende 1% por año después de los 30 años. Disminuye el llenado ventricular y aumenta el tiempo de contracción.

Aproximadamente la mitad de la personas de 60 años, tienen enfermedad coronaria grave, pero solo la mitad son sintomáticos. El ejercicio aumenta fácilmente el ritmo cardiaco.

La elasticidad de la Aorta y de los vasos gruesos disminuye, aumentan en volumen y en longitud y sus paredes se vuelven rígidas, por eso aumenta la presión arterial.⁵

Sistema renal

El envejecimiento renal empieza a los 20 años, incluso antes. Pesan 250 gramos a los 40 años y 200 gramos a los 70 años. Disminuye la capacidad de excretar desechos, sobre todo aquellos que ingieren poco líquido. Las infecciones renales aceleran el envejecimiento.⁵

Órganos de los sentidos

Oído. Los mayores tienen dificultad para entender cuando hablan dos o más personas a la vez o se les habla rápido o con ruido de fondo. Se produce envejecimiento del laberinto con la consiguiente inestabilidad, mareos y vértigos.

Vista. El envejecimiento comienza a los 30 años y se acelera a los 60 años. El campo visual disminuye de un 30 a un 70%.

Gusto y olfato. Disminuyen.

Habla.- Se altera el timbre de la voz y aumentan las pausas al hablar.

5.8.2 Cambios en la salud oral del Adulto Mayor

Con la edad todas las células del cuerpo cambian y se deterioran, dando lugar a alteraciones en la estructura y el funcionamiento habitual de los diferentes órganos, sistemas y aparatos.

La mala salud oral entre las personas mayores se ve agravada por la mala salud en general, y la creciente carga de morbilidad es un problema de salud pública importante para los países en todo el mundo.

La literatura epidemiológica actual muestra que, si bien algunos países industrializados tienen alguna información disponible sobre la salud oral y salud general, estos datos son poco similares para los países en vías de desarrollo - en particular las naciones predominantemente rurales del África, los países del Mediterráneo y los países más poblados como China e India.

Las personas mayores confinadas en sus hogares o instituciones tienen peor salud oral que los ancianos que desempeñan algún trabajo, ancianos que permanecen activos.

Incluso en países con avanzados servicios públicos de salud en general, la desigualdad social parece persistir en la salud bucal de las personas mayores. Es importante destacar que la asociación entre posición social, salud oral, y un estado general de salud varía durante el curso de la vida: los desafíos mundiales en temas de desigualdad e inequidad

en la tercera edad son especialmente marcadas en relación a la salud y cuidado de la misma.^{7,8}

La actitud de los pacientes Adultos Mayores hacia su salud oral, es frecuentemente negativa, generalmente no proporcionan en forma espontánea toda la información necesaria, ya que tienden a aceptar sus enfermedades bucodentales crónicas, como consecuencia del envejecimiento y no buscan atención odontológica, porque no sienten necesidad de tratamiento.²⁰

Conforme envejecen, la susceptibilidad a las enfermedades crónicas y peligrosas para la vida incrementa de la misma manera. El cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, infecciones y mala salud oral, especialmente la pérdida de piezas dentarias y condiciones periodontales severas, son más prevalentes en este grupo de edad. Las consecuencias de estas enfermedades son significativas en la reducción de la calidad de vida.

Las enfermedades orales son generalmente progresivas y acumulativas. El proceso de envejecer puede aumentar directamente o indirectamente el riesgo de enfermedades bucales o pérdidas de piezas dentarias.^{7,8}

La interrelación entre la salud oral y la salud general está particularmente marcada entre los adultos mayores. Una mala salud oral puede incrementar los riesgos en la salud general.

De la misma manera, las enfermedades sistémicas y/o los efectos secundarios a sus tratamientos pueden incrementar el riesgo de enfermedades orales, reducción del flujo saliva, alteración del sentido del gusto y olfato, dolor oro-facial, agrandamiento gingival, resorción del hueso alveolar y movilidad dental. La alta prevalencia de la multi medicación en este grupo de edad puede complicar a la larga el impacto en la salud oral.

Otro aspecto relevante es el alto contenido de azúcar en la dieta, inadecuada higiene oral por falta de destreza, uso de tabaco e ingesta de alcohol, son factores de riesgo en detrimento de la salud oral.^{7,8}

Los tejidos orales y periorales no escapan del proceso de envejecimiento y en ellos se pueden observar diferentes cambios que se pueden clasificar como:

- Los propios de cada tejido bucal.
- Los ocasionados por el deterioro sistémico que se refleja en los tejidos orales.
- Los producidos por los medicamentos o elementos terapéuticos utilizados en estos pacientes.¹

La condición bucal del adulto mayor tiene gran influencia en la selección de los alimentos. Es así como las personas con impedimentos dentales severos, especialmente los portadores de prótesis dentales completas, seleccionan su dieta comprometiendo su nutrición.

Esta alteración afecta también a los adultos mayores, tanto dentados como desdentados parciales, en los que se ha demostrado que los cambios propios de la edad disminuyen significativamente la percepción de los sabores por atrofia de las papilas gustativas en la lengua, la dureza y la textura de los alimentos, haciendo que decrezca su interés por alimentarse.¹

La habilidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol muy importante en la ingestión de alimentos. A medida que las personas pierden sus piezas dentarias y aún cuando utilicen prótesis, disminuye su eficiencia masticatoria mostrando menor disposición a ingerir alimentos duros.

Este cambio se produce también por la disminución de la función sensorial de la boca, debido a la atrofia de las terminaciones nerviosas.

Se observan cambios que forman parte del proceso de envejecimiento como:

5.8.2.1 Facies.

La estructura maxilofacial del ser humano cambia con el tiempo. A medida que pasan los años la estructura facial crece y se produce un avance de la mandíbula, tanto en longitud como en sentido transversal; esto ocurre hasta cierta edad. Para que se produzca este crecimiento es fundamental la presencia de piezas dentarias en los procesos alveolares y si ellas se pierden el proceso alveolar se reabsorbe y la altura facial disminuye, lo que ocasiona la facies típica del anciano.¹⁹

Las facies característica de muchos anciano se produce por la pérdida de los dientes, ya que éstos tienen un importantes componente morfológico y estético, representado por los caninos que aportan hasta un 90% de estética y molares 5%, en los 2/3 inferiores de la cara.⁵

El aspecto de la cara se va modificando por la hipotonía y pérdida de la elasticidad de la piel .Pérdida de la dimensión vertical por atricción o falta de piezas dentarias. En desdentados se produce el “Colapso bucal “, con hundimiento de tejidos blandos, disminución de la dimensión vertical, aparentando un aumento de la prominencia del mentón.^{5, 9}

5.8.2.2 Atrofia de la mucosa oral:

Algunos cambios más significativos ocurren en la estructura de la mucosa. La mucosa en los ancianos puede aparece seca, atrófica, sensible dolorosa y en muchas ocasiones con una sensación urente o de quemazón principalmente en la lengua y los labios, produciendo sequedad, descamación y fisura.⁵

El epitelio se va adelgazando, en paladar y encías, hace a los tejidos más vulnerables a los traumas y presiones durante la masticación, produciendo malestar que obliga a la selección de alimentos más blandos. La mucosa bucal se vuelve más permeable a sustancias nocivas y se tornan vulnerables a los agentes carcinógenos externos.^{1, 21}

Wolff et al (1991) en un estudio clínico llegaron a la conclusión de que el envejecimiento por si solo no tuvo efecto sustancial sobre la mucosa oral. Estos autores informaron que la edad asociada a trastornos de la mucosa oral se relacionan con enfermedad sistémica, mal nutrición, el uso de drogas, o el uso de prótesis mal ajustadas.^{21, 22, 23}

5.8.2.3 Cambios en la función salival

Los pacientes ancianos presentan diversos grados de disfunción salival, tanto en calidad como en cantidad. Los cambios se producen por:

- Atrofias de los acinos glandulares por degeneración grasa.
- Como parte del proceso de envejecimiento, decrece el flujo de saliva y se torna viscosa.
- Efecto secundario a la ingesta de medicamentos.
- Radiación en la zona de cabeza y cuello en pacientes tratados por cáncer.

Se han encontrado cerca a 400 medicamentos que producen xerostomía entre: Antihipertensivos, sedantes, antidepresivos, anti-colinérgicos, anti-parkinsonianos, etc.

La disminución de la saliva, hace que el adulto mayor requiera de más tiempo para preparar el bolo alimenticio para ser deglutido, afectando su relación social y condicionando la selección de los alimentos de modo adverso para su salud.^{1, 23}

En realidad con gran frecuencia la hipo salivación (xerostomía) que se encuentra en estas edades se debe en el 99% a patologías sistémicas y medicación que suele persistir durante mucho tiempo después de un tratamiento prolongado, a pesar del abandono del fármaco, o el resultado de intervenciones terapéuticas como la radiación, más que el propio proceso de envejecimiento. Los cambios cualitativos y cuantitativos en la sialoquímica.

Es difícil determinar si estos cambios son debidos al envejecimiento propiamente dicho o por el contrario son debidos a cambios patológicos, como deficiencias nutricionales o tratamientos farmacológicos.^{1,5}

5.8.2.4 Cambios en el tejido óseo

En los adultos mayores el tejido óseo puede verse afectado con gran severidad.

El proceso de remodelación ósea constante que ocurre normalmente durante toda la vida, y que en el adulto conserva un equilibrio entre la reabsorción ósea y la deposición del hueso, se ve alterado con los años por causas celulares y/o hormonales, predominando a partir de la sexta década de la vida la reabsorción sobre la formación ósea.²

Los cambios óseos son más dramáticos en las mujeres post menopáusicas y en los hombres mayores de 70 años. En la mujer mayor, posteriormente a la menopausia se produce una disminución de los niveles de estrógeno y alteraciones de los mecanismos de absorción y metabolismo del calcio, lo que produce mayor secreción de hormona paratiroidea incrementando la reabsorción ósea con el fin de mantener el calcio sérico. La consecuencia es un hueso de menor densidad (osteoporosis) especialmente del hueso esponjoso, aun cuando también se ve alterado el hueso cortical.⁶

Se ha demostrado que a nivel mandibular existe una correlación positiva entre osteoporosis y maxilares severamente reabsorbidos con rebordes mandibulares en filo de cuchillo.

La pérdida dentaria induce la reabsorción de la cresta alveolar disminuyendo en altura los rebordes de los maxilares, lo que ocurre progresivamente en el tiempo, de modo que es más grave mientras más prematuras sean las extracciones.

El hueso del reborde alveolar, nace y muere con los dientes, con la edad disminuye la vascularización y la capacidad regenerativa del hueso. La reabsorción ósea se acelera con la enfermedad periodontal.⁵

5.8.2.5 Articulación Témpero Mandibular

En relación a la articulación témpero-mandibular se presenta en muchos casos un aplanamiento de la superficie articular, reducción del tamaño del cóndilo mandibular. Sin embargo, en algunos pacientes se presenta patología dolorosa de origen articular y en muchos otros no.

Los pacientes geriátricos pierden también movilidad en la mandíbula, lo que dificulta su masticación y movimientos linguales, principalmente por trastornos en la unidad neuromuscular del aparato masticatorio.

La ATM une el cráneo con la mandíbula por una estrecha relación que depende en gran medida también de los dientes, y es extremadamente compleja no sólo por sus movimientos sino porque es la única articulación que produce cartílago de reparación como una forma de adaptación a las modificaciones dentales, si bien esta capacidad no es suficiente para compensar la pérdida de los dientes masivamente, y descompensa la integridad funcional de la ATM.

Por esto el Síndrome de disfunción Articulación Témpero – Mandibular es muy frecuente en los pacientes geriátricos.

Este consiste en dolor de la zona peri auricular, dolor a la masticación, bruxismo, etc. Signos bien identificados por el odontólogo, por lo que todo paciente con dolor oro facial debe remitirse con el especialista.

5.8.2.6 Cambios en el tejido dentario

La dentición es el recurso primario de la función masticatoria, en consecuencia se ve afectada por la pérdida dental.

Los cambios masticatorios en el anciano son: a) la propia edad, b) la pérdida de vitalidad de las distintas estructuras (músculos, nervios y piel), c) las peculiares condiciones de salud general o d) las de salud oral.

Los cambios que se producen en las estructuras dentales a lo largo de los años son adaptativos y no necesariamente tienen porque formar parte de un proceso patológico. Por ejemplo, los desgastes que se producen en las piezas dentales pueden estar ocasionados por la pérdida de los sectores posteriores.

Los dientes remanentes de pacientes mayores de 60 años, suelen presentar desgastes debido a hábitos que provocan, en ocasiones, la pérdida de la dimensión vertical. Sin embargo si se ha establecido que a pesar de que en la estructuras orales muestran cambios propios del envejecimiento, el estado de salud oral del paciente es bueno.²⁴

En pacientes Adultos mayores, aún cuando no se presenten lesiones cariosas y la oclusión sea adecuada, el uso constante hace que los dientes sufran un desgaste natural conocido con el nombre de atrición, se presentan también desgastes debido a hábitos, que provocan en ocasiones la pérdida de dimensión vertical.^{1, 25}

A este hecho se agregan patologías como la caries dental, su localización cervical es frecuente, lesiones abfractionales, enfermedad periodontal, bruxismo, cepillado incorrecto u otros factores como la reacción a los procedimientos odontológicos o al uso de materiales restauradores.

Todos ellos constituyen agentes irritantes sobre la pulpa que ocasionan procesos reactivos con consecuencias importantes en la estructura dental que complican los tratamientos.

En esta etapa de la vida la pulpa dentaria tiene menor irrigación, por lo que es más sensible a la isquemia y muerte.^{1, 5, 23}

En el Adulto Mayor prevalece la caries radicular sobre la coronaria, con alargamiento de la corona clínica, favorecida por la retracción gingival y la disminución del flujo salival.^{1, 24, 25}

Una de las principales patologías del anciano y la primera causa de pérdida de dientes es la caries dental. De ellas la de mayor prevalencia es la caries aguda radicular, seguida de

la caries coronal, la consecuencia final de la caries dental es la pérdida de los dientes, que supone graves alteraciones en la salud general y la calidad de vida de los ancianos

La segunda causa de pérdida de los dientes en adultos mayores es la enfermedad periodontal.

5.8.2.7 Cambios en el periodonto

La enfermedad periodontales causada por la acumulación de placa dento-bacteriana que fomenta la destrucción inmunitaria de los tejidos, es la mayor causa de pérdida dentaria después de los 35 años. Si bien suele ser más común en los ancianos, lo es únicamente por la frecuencia acumulada, sin que sea propiamente una enfermedad de la vejez.^{1, 23}

Estudios realizados sobre la influencia de las condiciones bucales en bienestar del adulto mayor reportaron que las enfermedades bucales condicionan disfunciones del sistema estomatognático, falta de bienestar y discapacidad, además de influir en aspectos sociales, económicos y psicológicos.

5.8.2.8 Músculos masticadores

La acción de los músculos masticadores disminuye, prolongándose el tiempo requerido para masticar. La habilidad masticatoria y el estado de la dentición juegan un rol muy importante en la ingestión de alimentos, seleccionan su dieta comprometiendo su nutrición.

En algunos casos se pierde tono muscular perioral, lo que produce el “babeo” por no poder cerrar bien la boca, que a veces se confunde con sialorrea.

5.8.2 9 cabeza y cuello

La patología dolorosa de cabeza y cuello compete al odontólogo, neurólogo, otorrinolaringólogo, traumatólogo y cirujano maxilofacial, y es uno de los temas importantes de la odontogeriatría. Con respecto a esta rama lo más común en ancianos son las patologías artrósicas generales que afectan todas las articulaciones, incluyendo la articulación témporo-mandibular (ATM) como osteoartritis degenerativa, artrosis y no olvidemos la osteoporosis, en la cual se pierde hueso en la mandíbula y el maxilar.

Debida a la pérdida de tejido mineral óseo pueden llegar a fracturarse sin que el paciente sienta movilidad o pérdida de la continuación del tejido óseo, sin embargo si presentan dolor, que es el único síntoma (cefalea de origen indeterminado). Las pulpitis por caries dentales o irritación dental, no pocas veces son confundidas con migrañas, dolores de espalda, cefaleas tensionales, postraumática, postura, etc.

5.8.2.10 Lengua

Se observan alteraciones macroscópicas y una variedad de alteraciones funcionales:

Atrofia de papilas filiformes que dan a la lengua un aspecto liso.

Atrofia de las papilas gustativas en 2/3 de la superficie.

Presencia de varicosidades en la cara ventral.

El epitelio lingual puede disminuir su espesor en un 30%. Puede también presentarse:

- Glositis atrófica.- lengua depapilada por déficit de vitamina B.
- Glosopirosis. Ardor o quemazón provocada por Anemia, Diabetes.
- Lengua geográfica.- frecuente en el adulto mayor.
- Lengua lisa.- En la Anemia ferropénica.
- Lengua saburral.-. Abuso de alimentos blandos. Disminución salival, mala higiene.
- Glositis romboidal, etc.

5.9 PROTESIS REMOVIBLE EN ADULTOS MAYORES

5.9.1 Introducción Pérdida dental

Los problemas de salud oral en adultos mayores son globales, particularmente se ha visto altos niveles de pérdida dental, experiencia de caries, altos índices de enfermedad periodontal, xerostomía, y pre-cáncer oral/cáncer.

El impacto negativo de la mala condición oral en la vida diaria es significativo entre los adultos mayores desdentados.

La ausencia total de los dientes genera cambios en la cavidad bucal, tales como la reabsorción del reborde alveolar y la dimensión vertical, así como la pérdida del funcionalismo masticatorio. Representa además un severo problema para la calidad de vida de un individuo.²⁶

El edentulismo es prevalente entre los adultos mayores en el mundo entero y está muy asociado con el estado socio-económico. Estudios epidemiológicos muestran que las personas de clase social baja o ingresos bajos y los individuos con poca o ninguna educación son desdentados totales o parciales.

Para algunos países industrializados ha habido una positiva tendencia hacia la reducción de la pérdida dentaria entre los adultos, incluyendo adultos mayores. Caries severas y enfermedad periodontal son las principales causales de extracción dental, El tabaco es también un factor de riesgo para la pérdida dental. Relativamente pocos estudios epidemiológicos sobre pérdida dental han sido llevado a cabo en los países en vías de desarrollo, no obstante, en estos países el acceso a la salud oral es limitado y la extracción dental se debe a dolor o incomodidad, o por la ausencia de material para el tratamiento dental. En Madagascar, por ejemplo, la desdentación fue reportada en un 25% del total de la población nacional para personas mayores de 65 años.^{7, 8, 9}

La considerable pérdida dental reduce el rendimiento masticatorio y afecta la elección de los alimentos; por ejemplo, un adulto mayor edéntulo tiende a evitar fibras y prefiere

alimentos saturados en grasa y colesterol. La desdentación es también mostrada como un factor de riesgo para la pérdida de peso, sumado al problema de la masticación, esta población tiene una desventaja social para la comunicación.

Para la mayoría de los pacientes mayores de 60 años, total o parcialmente desdentados, su rehabilitación oral incluye, la confección de prótesis dentales removibles, parciales o totales, ya sea para reemplazar un tratamiento previo en malas condiciones o para sustituir las piezas dentarias perdidas.^{1,4}

Además de recuperar la función masticatoria, el tratamiento rehabilitador, procura mejorar la comunicación verbal y la estética de modo de recuperar el bienestar social y emocional que se encuentra disminuido debido al deterioro de la salud bucal.¹

Las prótesis removibles son particularmente frecuentes entre los adultos mayores en este mundo industrializado. Algunos países reportan que una tercera parte a una mitad de los adultos mayores son portadores de prótesis completas, mientras que $\frac{3}{4}$ usan prótesis parciales.^{7,8,9}

5.9.2 Relación de las condiciones de las prótesis

5.9.2.1 Prótesis dental removible

Una de las características fundamentales del envejecimiento, es precisamente la pérdida de las piezas dentarias. La pérdida total o parcial de piezas dentarias genera cambios en la cavidad bucal, pierden la capacidad de desarrollar ciertas actividades: masticar, hablar, su apariencia se encuentra deteriorada.

Al perder los dientes también pierden el soporte de los tejidos faciales que yacen sobre aquellos. Esto representa un gran problema para la autoestima y la calidad de vida de un individuo.⁹

La rehabilitación protésica, es el tratamiento de elección dadas sus características de adaptabilidad, funcionalidad, biocompatibilidad y economía. Estas dentaduras variables en su diseño permiten restituirle al paciente su función masticatoria, mejorar la comunicación verbal y la estética de modo de recuperar el bienestar social y emocional que se encontraba disminuido debido al deterioro de su salud bucal.^{1, 4, 27}

Por todo lo expuesto se puede decir que la rehabilitación es muy necesaria e importante en la persona de edad avanzada, ya que puede sustituirle las diferentes funciones motoras bucales, para entonces disminuidas por las alteraciones fisiológicas, psicológicas y neuromusculares que aparecen con los años, así como mejorar su calidad de vida.²⁷

Los sustitutos artificiales- prótesis completas- deben no solo reponer los dientes y el hueso de soporte perdidos y los tejidos blandos, sino que deben restaurar las funciones deterioradas y la apariencia. Es evidente que las prótesis completas deben cumplir su cometido dentro de un activo medio ambiente muscular. Si van a restaurar las funciones alteradas de un modo eficiente, no deben presentar movilidad, ni impedir las actividades musculares englobadas en esas funciones.⁴

Sin embargo en la mayoría de los casos estos tratamientos no incluyen controles una vez que el paciente ha recibido el alta, por lo tanto no se evalúa el éxito o fracaso a largo plazo. El paciente desconoce algunos aspectos como controles, higiene adecuada.¹

Cuando las prótesis por el mucho tiempo de uso, llegan a desadaptarse, pueden provocar lesiones en la mucosa. Por otra parte una incorrecta higiene de la prótesis y de la cavidad bucal propicia la acumulación de placa bacteriana y proliferación de microorganismos, ocasionando el desequilibrio de la microflora bucal y puede permitir la acción de microorganismos oportunistas como la *Cándida Albicans*.^{9, 26, 28}

5.9.3 Prótesis dentales – calidad de vida

La adopción de estilos de vida saludables y la participación del propio auto cuidado, son importantes en todas las etapas del ciclo vital. La actividad física mantenida en el

tiempo, una alimentación sana, un entrenamiento intelectual activa participación en redes sociales, mejora la salud mental, previene el sobrepeso, favorece y mejora la autoestima y los contactos sociales.

La función masticatoria en el anciano está relacionada con las actividades diarias esenciales como, la alimentación y la comunicación además tienen un papel fundamental en las relaciones del individuo con otras personas en la conservación de la autoestima.⁴

El concepto de calidad de vida comenzó a tener importancia cuando se introdujo el modelo biopsicosocial en medicina, el cual propone una visión más amplia de la enfermedad, ya no limitada al estrecho marco de las acepciones biomédicas.

Es por esto, que también en Odontología la tendencia es a adoptar este modelo, considerando en el tratamiento del enfermo, que su patología afecta no sólo su salud física sino también su salud mental, y su vida social y por lo tanto su calidad de vida.¹

Los adultos mayores, sobre todo aquellos de bajo nivel socioeconómico, son especialmente vulnerables ya que presentan mayor riesgo de enfermar, mayor frecuencia de enfermedades de carácter degenerativo y crónico, menor nivel de instrucción y menores recursos que el resto de la población, factores que pueden afectar de variadas formas su calidad de vida.¹

La mucosa bucal puede sufrir múltiples agresiones, pero la alteración más común en ella es la provocada por factores que están habitualmente dentro de la boca, como son las prótesis en mal estado.²⁵

La ubicación de cualquier tipo de prótesis dental en la boca provoca inevitables variaciones en el medio bucal, que obliga a los tejidos a reaccionar para adaptarse a nuevas situaciones dependiendo de las características de las mismas (principios biomecánicas) y del modo y la capacidad de reaccionar de cada organismo.²⁹

Con las prótesis el paciente, además de recuperar la función masticatoria, el tratamiento rehabilitador procura mejorar la comunicación verbal y la estética de modo de recuperar el

bienestar social y emocional que se encuentra disminuido debido al deterioro de la salud bucal.¹

Sin embargo estos tratamientos no incluyen controles una vez que el paciente ha recibido el alta, por lo tanto no se evalúa su éxito o fracaso a largo plazo, ni existe información acerca de la cantidad de pacientes que repiten el tratamiento año tras año.²

La calidad de la prótesis y su papel en la aparición de las lesiones bucales resultan de gran interés para la comprensión de la etiología de estas enfermedades y la recomendación de estrategias preventivas, por lo que continúan realizándose estudios epidemiológicos que intentan responder las interrogantes que aún subsisten.³⁰

Diversos estudios han determinado un importante porcentaje de pacientes rehabilitados con prótesis removibles que no se encuentran satisfechos con sus tratamientos. Realizar un tratamiento protésico no necesariamente significa que el paciente usará sus prótesis en forma constante.¹

5.9.4 Enfoque por estructuras anátomo-fisiológicas del aparato estomatognático en relación a portadores de prótesis completas.

El impacto de las enfermedades orales sobre la función bucodental depende de la intensidad de las deficiencias causadas por las pérdidas anatómicas, las anomalías estructurales y/o las alteraciones en los procesos bioquímicos o fisiológicos, todas ellas acaecidas a partir de las enfermedades tanto sistémicas como bucodentales que ha sufrido el individuo a lo largo de su vida. Además de los efectos de las deficiencias acumuladas a lo largo del tiempo, la persona de edad avanzada sufre una menor capacidad reactiva de sus estructuras orgánicas, sin embargo, puede desarrollar mecanismo de adaptación.

Antiguamente se asociaba la imagen de las personas mayores con la del desdentado total. Actualmente, en nuestro entorno, se asocia a la persona mayor con aquella portadora de prótesis removibles. Si se lograra una mejora de la salud oral de los adultos

mayores, la imagen dental de las personas de edad avanzada sólo debería asociarse al oscurecimiento y desgaste de los propios dientes.

De tal forma que asociado a el incremento en la esperanza de vida, el incremento de la población anciana, así como un incremento del número de piezas dentales conservadas en la boca del anciano, ha justificado plenamente el desarrollo de una rama concreta de la estomatología que aborde específicamente el sistema estomatognático del anciano: la odontogeriatría.

Uno de los primeros cambios bucodentales que sufre el individuo anciano es consecuencia del traumatismo oclusal sufrido a lo largo de su vida.

Los dientes pierden sensibilidad debido a la producción de dentina reparativa. La retracción de la pulpa dental por producción de dentina secundaria, disminuye la sensibilidad al dolor, por lo que a pesar de las condiciones deplorables de la cavidad oral el paciente puede no reportar dolor. Esto contribuye a aumentar el número de cuadros “atípicos” que parecen caracterizar la clínica geriátrica.

Además de que el continuo trauma los tejidos que soportan el diente o periodonto, se engrosa y se retrae, lo que expone mayor superficie de los dientes al medio bucal.

El ligamento periodontal se ensancha en los ancianos, posiblemente debido a inflamación crónica.

5.10 Efectos patológicos en el aparato estomatognático relacionados al uso de prótesis dental removible.

La mucosa bucal puede sufrir múltiples agresiones, pero la alteración más común en ella es la provocada por factores que están habitualmente dentro de la boca, como son las prótesis en mal estado.^{31*}

* William Shafer, Maynard Hine, Barnet Levy y Charles E Tomich. Tratado de patología bucal. 4ta ed, México, D.F

Las prótesis mal confeccionadas, o inadecuadamente conservadas que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por continuar la persona usándolas más allá de su tiempo, han contribuido a la aparición de lesiones en los tejidos bucales.³¹

Las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, encontrándose que más de 95% de las lesiones se presentan en personas mayores de 40 años, siendo el promedio de edad al establecer el diagnóstico de 60 años.²⁹

Las prótesis aún cuando son una buena solución no están exentas de provocar daños, lo cual junto a la susceptibilidad de los tejidos envejecidos y por los inadecuados estilos de vida, pueden llevar a cambios importantes de las mucosas.³²

El estímulo de la prótesis se manifiesta primero en la mucosa, hecho que se ha observado en estudios histoquímicos e histopatológicos, en los que el uso de prótesis por largos periodos de tiempo, pueden generar dolor e inestabilidad durante la masticación debido a la desadaptación.

Si a esto se suma el uso continuo las 24 horas del día, se desarrollaran lesiones inflamatorias en los tejidos que se encuentran en contacto con el aparato protésico.²

Detectó que la prótesis estimula la mucosa durante los tres primeros años, y ésta reacciona con una hiperqueratinización aumento de actividad enzimática de la mucosa; después de tres años de realizada una nueva prótesis vuelve a normalizarse.²⁹

Las prótesis mal confeccionadas, o inadecuadamente conservadas que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por continuar la persona usándolas más allá de su tiempo, han contribuido a la aparición de lesiones en los tejidos bucales.²⁵

Estudios recientes informan que las prótesis deberían reemplazarse al cabo de 30 a 60 meses de su colocación, ya que actúan como cuerpo extraño, existe una relación entre tiempo de uso, la higiene y el incremento de las lesiones de la mucosa oral. Cuando las prótesis por el mucho tiempo de uso, llegan a desadaptarse, pueden provocar lesiones en la mucosa.

Por otra parte una incorrecta higiene de la prótesis y de la cavidad bucal propicia la acumulación de placa bacteriana y proliferación de microorganismos, ocasionando el desequilibrio de la microflora bucal y puede permitir la acción de microorganismos oportunistas como la *Cándida Albicans*.

Si esto se suma al uso continuo durante las 24 horas del día, se desarrollaran lesiones inflamatorias en el paladar y tejidos blandos en contacto con el aparato protésico.^{24, 32}

Los efectos patológicos por el uso de las prótesis en el Aparato Estomatognático pueden causar: Secuelas directas e indirectas.

5.10.1 Efectos directos:

5.10.1.1 Reabsorción del reborde residual.

Es un proceso de pérdida ósea que se presenta en todos los pacientes, la pérdida de hueso post extracción dentaria y el uso de prótesis dental total inmediata siendo cuatro veces mayor en la mandíbula que en el maxilar.¹

Los rebordes alveolares maxilar y mandibular cuando son sometidos a las cargas funcionales de las dentaduras totales convencionales, biológicamente sufren una reabsorción ósea producto de la presión que ellas ejercen sobre el reborde alveolar residual. Esta condición acelera la reabsorción del hueso en mayor o menor grado dependiendo del tipo y distribución de las cargas oclusales y de la presión ejercida sobre los tejidos blandos.

Sin embargo la pérdida ósea de los rebordes alveolares no solo puede deberse a las condiciones funcionales protésicas, sino a factores como la edad, género y las condiciones sistémicas y nutricionales del paciente.²⁶

Es un proceso de pérdida ósea que se presenta en todos los pacientes, con un grado de pérdida de hueso post extracción dentaria y el uso de prótesis dental total inmediata siendo cuatro veces mayor en la mandíbula que en el maxilar.¹

En pacientes con prótesis removibles totales, con mucho tiempo de uso, presentaron rebordes muy reabsorbidos, con mordidas a tope (bis a bis) que originan caries y desgastes dentarios en las piezas antagónicas y dificultades para la fonética.³³

En prótesis desadaptadas hay un desplazamiento de la base de la prótesis, que está relacionado con cambios en la circulación de la sangre y distorsión de los tejidos, estos cambios aceleran la reabsorción de la cresta residual y la pérdida de la retención y la estabilidad de la prótesis.³⁴

5.10.1.2 Condiciones relacionadas con el uso de prótesis totales.

Síndrome de la boca urente.

Es una condición caracterizada por ardor y sensación dolorosa en la boca con mucosa normal y no está limitada al uso de prótesis, la lengua es el sitio que puede estar afectada con mayor frecuencia. La causa es multifactorial pudiendo existir factores locales, sistémicos y psicogénicos.

El mejorar las deficiencias de las prótesis es el primer paso en el manejo de este síndrome. Sin embargo si no hay deficiencias claras de los aparatos se aconseja hacer interconsulta con el médico.¹

5.10.2 Efectos indirectos.

5.10.2.1 Función masticatoria y fuerza de corte.

Al realizar las mediciones de la función masticatoria, tal como la fuerza de corte y la habilidad de moler los alimentos, se muestran sustancialmente reducidas en los usuarios de prótesis totales en comparación con personas con dentición natural.¹

5.10.2.2 Los trastornos fonéticos.

En los desdentados son muy marcados en el primer periodo, posteriormente suele compensarse modificando los puntos fonarticulatorios. Las prótesis removibles, muy especialmente las prótesis inmediata, reducen en forma notable estos trastornos.¹

5.10.2.3 La estética.

Los avances en el campo de la estética han logrado dar naturalidad en cuanto al color forma y posición de las piezas dentarias artificiales, pero siempre durante el tratamiento protésico se debe tener en cuenta, la opinión y aceptación del paciente, considerando que la percepción de lo estético es diferente en cada individuo. Es importante establecer una comunicación estrecha entre paciente y profesional, ya que existen consideraciones subjetivas, que pueden ser determinantes en el éxito final del tratamiento.³

5.10.2.4 Muscular

El tono muscular oro facial se ve disminuido en algunas personas, cuando la prótesis tiene mucho tiempo de uso, las caras oclusales presentan desgaste, y disminuye la dimensión vertical, esto provoca la pérdida del tono muscular que produce un escurrimiento de saliva, generalmente confundido con sialorrea, antes considerada erróneamente parte normal del envejecimiento.

5.10.2.5 Sentido del gusto

La pérdida del gusto que manifiestan muchos Adultos Mayores, se debe más a una pérdida del olfato y a la obturación de los receptores de textura, temperatura y gusto del paladar, con frecuencia agravadas o condicionadas por los diseños de las prótesis dentales. Las papilas gustativas no muestran una disminución. Con respecto a la edad, sólo hay un ligero aumento en el tiempo de producción, probablemente por una falta de estimulación. Si bien el estado de salud oral no influye en el estado nutricional de manera directa, si interviene en la selección del tipo de alimentos esencia para la estimulación de todos los receptores mencionados, se puede convertir de manera indirecta, en un factor de desnutrición.

Un trastorno no raro, pero curioso por sus manifestaciones clínicas, es la patología por diente retenido, que debido al estímulo mecánico como la utilización de prótesis mal diseñadas o sin estudio radiográfico previo, producen una erupción espontánea de los mismos.³⁵

Con la edad, disminuye progresivamente la percepción de los sabores, siendo un elemento coadyuvante la escasez de saliva que se observa con frecuencia. Aunque el número de papilas gustativas varía ampliamente de una persona a otra, no disminuye con la edad. No obstante, hay discrepancias al respecto, ya que en las personas mayores aparecen trastornos locales y sistémicos que dificultan conocer los cambios estrictamente fisiológicos. A su vez, el umbral de la percepción del gusto se eleva luego de los 50 años de edad, aunque su deterioro comienza a partir de los 55 años, cuando disminuye la sensibilidad gustativa.

Algunas sensaciones como la frescura del mentol, lo picante de la pimienta y la temperatura de las comidas, se perciben a través del trigémino. La higiene bucal deficiente puede alterar la percepción del sabor y lo mismo ocurre con algunos medicamentos.

5.10.2.6 Sentido del olfato

También el olfato parece disminuir en los ancianos, mas en los hombres que en las mujeres, aparentemente a consecuencia de una disminución de las fibras del nervio olfatorio. Hay que recordar que no solo es, este sentido, el responsable de reconocer los olores, sino también los sabores.

Los cambios relacionados con la edad en el sistema olfatorio ocasionan la percepción disminuida hacia diferentes alimentos, alterando la posibilidad de una buena nutrición y la capacidad de disfrutar de las comidas, motivo por el cual tienen que estar más condimentadas o aromatizadas con productos que no le ocasionen trastornos digestivos.

Algunas personas mayores pueden no reconocer los alimentos en mal estado. La posibilidad de sentir el olor a gas (que proviene del mercaptano que se le añade), comienza también a perderse, ya a partir de los 60 años. Muchos ancianos tampoco pueden percibir el olor a humo o a quemado, con el enorme riesgo que esto significa.

El 60% de las personas mayores de 70 años, tienen un importante declive del olfato y el 25% son anósmicos. A los 80, ya el 85% tienen muy disminuida la función y el 50% son casi totalmente anósmicos.

Pueden no querer utilizar desodorantes por no percibir su propio olor a transpiración.⁵

5.10.2.7 Deglución

Tanto en su fase oral (masticación e insalivación de los alimentos), como en la fase faríngea (cierre de la vía aérea por parte de la epiglotis, movimiento superior de la laringe, apertura del esófago y contracción de la faringe), se producen cambios neuromusculares como consecuencia de la laxitud de los ligamentos de la laringe.

A todo esto hay que agregarle la disminución en la fuerza y coordinación de la lengua en los ancianos y el efecto secundario de algunos medicamentos psicotrópicos, que con el tiempo producen una serie de movimientos involuntarios, como la discinesia tardía.

5.10.3 Reacciones alérgicas a los materiales de las prótesis dentales

La sensación de ardor se adjudica generalmente a una reacción alérgica de los tejidos de soporte al metacrilato de metilo.

El monómero libre en bases de dentaduras curadas en forma incompleta o rebases con resinas de autopolimerización, también son las causantes de estas molestias.

Las verdaderas alergias al acrílico son raras. Un factor causal es el alto contenido y emigración de plastificante desde la prótesis a los tejidos.¹

En este grupo también se encuentran: Estomatitis subprotésica, Hiperplasias irritativas, Ulceras traumáticas que desarrollaremos más adelante.

5.11. LESIONES ESPECÍFICAS DE LA MUCOSA ORAL EN ANCIANOS

Hay aspectos del envejecimiento que se dan por igual en todos los tejidos del organismo y por lo tanto, también en la boca: deshidratación, alteración de la permeabilidad celular y disminución de la capacidad de reparación.

Estos cambios, a su vez, pueden exacerbarse por malos hábitos, como el tabaco y el alcohol, ya que sus efectos irritantes se superponen y acrecientan los fenómenos normales del envejecimiento.⁵

La mucosa bucal, por su estructura histológica y origen embriológico, tiene gran similitud con la piel. Tapiza una cavidad que cumple funciones foniatricas y digestivas. Soporta numerosos traumas de origen físico-químico y mecánico, conforma una barrera selectiva contra diversos microorganismos y constituye un órgano sensorial por excelencia.

En la mucosa bucal se manifiestan diversas patologías de origen traumático, infeccioso y por trastornos de desarrollo, así como las manifestaciones de distintas patologías de origen sistémico

Sin duda la patología que por sus características evolutivas y pronóstico implica una mayor gravedad es el cáncer de la mucosa bucal.

Es por esto que ante toda lesión bucal es imprescindible tenerlo siempre como posible diagnóstico.³⁶

En la mucosa bucal.

A medida que avanza la edad, también se producen procesos de envejecimiento. La mucosa oral experimenta modificaciones similares a las que afectan a la mucosa de otras partes del organismo.

El epitelio va adelgazando, disminuye el espesor de la queratinización en paladar, encías y capa estrato basilar y aumenta en carrillos y labios. Por lo tanto, en las zonas sin queratosis el epitelio adelgaza, se hace más vulnerable a los traumas y puede ser dañado por alimentos duros. Sin embargo, una leve irritación crónica produce generalmente queratosis en un individuo anciano. Hay también una progresiva disminución de la sensibilidad térmica, ya que se afectan las terminaciones nerviosas, y otros elementos, como el tabaco, contribuyen a acelerar estos cambios. Además, se comprobó un aumento de la densidad celular y de su metabolismo, posiblemente por la pérdida excesiva del líquido intracelular, ocasionada en parte por la disminución de la irrigación sanguínea por la esclerosis de los capilares.⁵

La encía, al igual que el resto de la mucosa, se va atrofiando y se hace frágil, adquiriendo un aspecto brillante y cerúleo y una pérdida de punteado. En el tejido conjuntivo submucoso se encuentra una disminución del número de capilares y de su permeabilidad, de la capacidad proliferativa y de la síntesis de los fibroblastos, haciendo más lenta la cicatrización de heridas. Pero si bien disminuye su irrigación y la velocidad del flujo sanguíneo (Matheney et al.), parece incrementarse la presión arterial. Parecería, según

algunos estudios, que la altura de la encía insertada tiende a aumentar levemente a partir de los 45 años. Se cree que la facilidad que tienen algunas personas mayores para producir inflamación gingival a consecuencia de la placa bacteriana, se debe no solo a sus dificultades para higienizarse, sino también a la disminución del sistema inmunitario.

También se incrementaría por este motivo la susceptibilidad a las infecciones por *Cándida Albicans*. Además, parece que “la exposición de la piel o del labio a la luz solar provoca una reacción inmune en la mucosa bucal que favorece la producción de lesiones orales.”⁵

El déficit estrogénico en la mujer post-menopáusica, así como las deficiencias de hierro y vitamina B, pueden conducir a una atrofia de la mucosa. En ocasiones, este déficit puede ocasionarle un dolor constante, por lo cual es conveniente, ante la sospecha, consultar con el médico. En algunas personas, por afecciones sistémicas o por consumo de medicamentos, la mucosa bucal se presenta uniformemente seca, llegando con facilidad a irritarse, siendo difícil la adaptación de una prótesis, como vimos anteriormente. Todos estos factores sobre-agregados que ocurren en la vejez son los que hacen dudar acerca de que el envejecimiento sea la única causa de los cambios que se produce.

5.11.1. CLASIFICACIÓN DE LESIONES EN LA MUCOSA ORAL

Las lesiones en la mucosa oral, se clasifican en:

Lesiones reaccionales de la mucosa oral:

- Estomatitis sub protésica.
- Ulcera traumática.
- Hiperplasia fibrosa inflamatoria
- Fibroma traumático
- Queratosis friccional.

Lesiones infecciosas de la mucosa oral:.

- Candidiasis.
- Queilitis angular.

Alteraciones del desarrollo:

- Lengua fisurada
- Lengua geográfica
- Lengua lisa
- Lengua saburral
- Varices linguales.

5.11.2. Lesiones reaccionales de la mucosa oral

5.11.2.1 Estomatitis sub protésica.

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 con ella se producen, pueden 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 encuentra con mayor frecuencia la estomatitis subprótesis.^{37, 38}

Estomatitis Subprotésica: Es el término generalmente utilizado para describir los cambios patológicos de la mucosa bucal, de la bóveda palatina, área de soporte de las prótesis dentales mucosoportadas. Su principal característica es la presencia de una lesión eritematosa donde siempre está presente la inflamación.³⁹

La estomatitis subprótesis, es una de las alteraciones inflamatorias más frecuentes de la mucosa palatina asociada a la base de las prótesis dentales removibles.³⁸

Es una alteración inflamatoria que puede degenerar en una lesión hiperplásica, constituye un factor de riesgo para la aparición de lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal, resulta cada vez más preocupante para los servicios estomatológicos,

debido a que el paciente con esta enfermedad debe retirarse las prótesis y las funciones normales como la masticación, fonación y estética se afectan.^{37, 40, 41}

El primero en describir el término de Estomatitis su prótesis fue Chan en 1936, quién la llamó “Dentare sore mouth”, lo que puede ser traducido al castellano como: Llagas o herida. En ese mismo año Prior describió la lesión como “Chronic Denture Palatitis”, incluyendo en el nombre la condición crónica y su ubicación en el paladar.

La causa de esta patología es multifactorial, lo que ha dado lugar a múltiples discusiones: inicialmente fue considerada como alergia a los materiales de base de las prótesis (polimetilmetacrilato). Posteriormente se consideraron los traumas asociados con las prótesis desajustadas que pueden provocar degeneración de las glándulas salivales palatinas, enfermedades sistémicas predisponentes, la mala higiene de los aparatos y la infección microbiana debajo de los mismos, por otro lado se conoce que existe una relación entre el tiempo de uso de las prótesis, ingestión de alimentos muy calientes y falta de comunicación con su Odontólogo.

Todo esto manifiesta que estamos en presencia de una patología de origen multicausal, lo que hace más complejo su estudio y, más aún su pronóstico.^{32, 38, 39, 40, 42,43, 44}

La incidencia de la Estomatitis subprotésica fue mayor en los casos de mala higiene.⁴⁵

Las características clínicas de la **Estomatitis Subprótesis**, varían desde pequeñas áreas hiperémicas localizadas, hasta lesiones eritematosas que dibujan el contorno de la base de la prótesis, de acuerdo a la modalidad de la lesión puede modificar su aspecto clínico, lo que ha originado clasificaciones clínicas particulares.

Sus estadios clínicos han sido descritos por varios autores, pero se acepta generalmente la clasificación de Newton, quien en 1962 establece 3 categorías en el desarrollo de esta dolencia:

Grado I: Signos inflamatorios mínimos. Generalmente asintomáticos, pueden aparecer áreas hiperémicas, localizadas en puntos eritematosos; lesión mínimamente visible.

Grado II: Lesión francamente inflamatoria. Puede observarse el dibujo de los contornos de la prótesis, la superficie mucosa es de color rojo brillante, aparecen áreas eritematosas difusas que pueden cubrirse total o parcialmente por un exudado blanco-grisáceo. Generalmente el paciente expresa alguna sensación subjetiva.

Grado III: Lesión constituida por una mucosa gruesa. Con gránulos irregulares que a veces toman aspectos papilares con las alteraciones máximas en la parte central de la mucosa palatina.^{38, 41, 46}

La magnitud de los signos inflamatorios es variable y generalmente sobre éstos predominan los fenómenos proliferativos.

La estomatitis subprotésica, es una forma grave de candidiasis oral que afecta a la prótesis y a la mucosa oral y se considera una causa importante de morbilidad en los portadores de prótesis.⁴⁶

5.11.2.2 Úlcera traumática

La úlcera traumática de la mucosa oral es una lesión causada por alguna forma de trauma, pueden ser morderse la mejilla o el labio, irritación por prótesis, cepillado inadecuado, borde filoso de una pieza fracturada o cariada e incluso a través de irritantes externos (medicamentos, ácidos, álcalis).

La injuria por rollo de algodón es iatrogénica y se produce al retirar rápido algodón desde mucosa seca. Los sitios más frecuentes de localización para una úlcera traumática son: borde lateral de lengua, usualmente por mordida; cara interna de mejilla; labios y ocasionalmente en paladar.

Una lesión muy particular es la que se produce al inyectar a gran presión y en gran cantidad anestesia local en el paladar duro. Al cabo de unos días aparece una úlcera de bordes irregulares y fondo cubierto por una membrana de fibrina. Esta lesión se denomina

úlceras tróficas y es producida por una vasoconstricción extrema del árbol arterial de la zona, que conduce a severa isquemia y necrosis tisular.³¹

La úlcera traumática causada por irritación protésica es una lesión en la mucosa que se desarrolla generalmente 1 o 2 días después de la inserción de prótesis nuevas, como resultado de una sobre extensión de los rebordes, el secuestro de espículas de hueso bajo la prótesis dental, o una superficie áspera o alta en la cara interna de la prótesis total.⁵⁸

Las úlceras traumáticas provocadas por prótesis se observa en alrededor del 5% de los pacientes portadores de prótesis. Estas úlceras son lesiones dolorosas, pequeñas, de forma irregular, y cubiertas por una delicada membrana necrótica de color gris y rodeada de un halo inflamatorio. Si el tratamiento no se hace con prontitud, el tejido circundante prolifera como reacción a la injuria pudiendo formar con el tiempo épulis.³¹

5.11.2.3. Fibroma traumático

El fibroma es una patología reactiva frecuente de la cavidad bucal causada por estímulos traumáticos, también llamado hiperplasia fibrosa local, o cicatriz hiperplásica, es considerado el tumor o neoplasia benigna de tejido conjuntivo. Se origina como una reacción a traumatismos crónicos, como el mordisqueo de carrillo, labios; o irritación por prótesis, que en muchos casos tienen que ver con rebasados acrílicos defectuosos o dentaduras mal adaptadas, estructuras dentarias fracturadas con bordes filosos.

Todos estos son considerados sus principales factores etiológicos induciendo un sobre crecimiento patológico de los fibroblastos y del colágeno producido por ellos, lo que origina una masa submucosa evidente al examen clínico.^{48, 49}

Esta lesión afecta por igual a ambos sexos, sin embargo algunos autores aseguran que tiene predominio por el sexo femenino. De igual forma se puede presentar a cualquier edad pero es más frecuente después de la segunda década de la vida, en individuos adultos. Su localización más frecuente es en aquellas áreas propensas a sufrir trauma,

como por ejemplo, carrillos, lengua, paladar y labio no obstante algunos autores aseguran que su localización más frecuente es encía, labios y bordes laterales de la lengua. Cuando aparece en encía surge del tejido conectivo o del ligamento periodontal.⁴⁸

Desde el punto de vista clínico es una lesión que se caracteriza por ser elevada, papular o tumoral, de coloración normal a pálida debido a una relativa carencia de vasos sanguíneos, donde la superficie puede ser lisa o ulcerada, esta última guardando mucha relación con la localización y tamaño de la lesión. Puede ser sésil o pediculada y su crecimiento es lento, incluso puede mantener el mismo tamaño durante años. Poseen un potencial de crecimiento limitado, que por lo general no excede a 1 cm de diámetro y rara vez es mayor de 2 cm, cuando sobrepasan estas dimensiones son denominados fibromas gigantes.³¹ Su consistencia puede ser dura, blanda a la palpación, dependiendo de su grado de vascularización y fibrosis, y por lo general se presenta de forma asintomática.^{48,}

49

En muchos de los casos podría haber regresión o una ligera disminución del tamaño de la lesión si el origen de la injuria al tejido blando es removida y si la lesión no tiene un tamaño considerable.

Sin embargo Sapp y cols. Aseguran que la involución espontánea es improbable debido a que el exceso del colágeno es permanente.

El tratamiento de elección para el fibroma es la extirpación quirúrgica tradicional. Criocirugía utilizando nitrógeno líquido en caso de pacientes alérgicos a la anestesia.⁴⁸

5.11.2.4. Hiperplasia fibrosa inflamatoria. Épulis fissuratum.

El reemplazo de los dientes con aparatos protésicos no siempre está exento de riesgos, ya que un buen número de adultos mayores portadores de dentaduras artificiales presentan atrofia del proceso alveolar causada por desajuste protésico, lo que produce irritación mecánica de la mucosa que desencadena un proceso inflamatorio crónico que termina con la formación de tejido fibroso hiperplásico asintomático en las zonas de agresión, conocida como hiperplasia fibrosa inflamatoria (HIF) o también llamada, hiperplasia traumática, épulis fissuratum, épulis fisurado, por la presencia de surcos que

corresponden a las zonas de compresión del borde protésico, las que deben ser eliminadas quirúrgicamente antes de que ocasionen la atrofia completa del hueso alveolar, ya que de ocurrir ello, significaría la imposibilidad de volver a sostener otra dentadura en esa arcada.⁵⁰

La HFI es una lesión que se desarrolla por la disminución del soporte (debido a la reabsorción alveolar) y la prótesis se profundiza poco a poco sobre el fondo de surco, ejerciendo una presión anormal sobre los tejidos blandos. Es una lesión de tipo inflamatoria, de crecimiento lento y generalmente asintomática, considerado como un aumento celular proliferativo no-neoplásico de base sésil o pediculada, en respuesta a traumas crónicos de baja intensidad, provocados por prótesis mal ajustadas, cámaras de succión. De 1 cm. de tamaño pero pueden extenderse e involucrar gran parte de la longitud del vestíbulo. Aquí se combinan dos lesiones: úlcera crónica e hiperplasia de tejido conjuntivo crónicamente inflamado.⁵¹⁻⁵²

La mayoría de los casos han sido reportados entre la quinta y séptima década de vida, generalmente localizada en la parte anterior del maxilar superior.

Clínicamente, el tejido hiperplásico suele formar lobulillos o pliegues y puede estar fisurado en el punto donde el borde de la prótesis contacta con el tejido, en la base de las presiones lineales. Se localiza con mayor frecuencia en la zona anterior; son blandas, flácidas y móviles, y cuando existe ulceración, estas hiperplasias se muestran eritematosas.^{50, 51}

Las mujeres son más afectadas que los hombres. Por otro lado, los adultos mayores son más propensos a contraer este tipo de lesiones en la mucosa oral, entre ellas la HFI, debido a que muchos de ellos usan prótesis removibles.^{50, 51}

5.11.2.5. Queratosis friccional o Hiperqueratosis focal

Es una reacción del epitelio que se protege de un traumatismo de poca intensidad que actúa por largos períodos de tiempo. Estas lesiones se localizan bien en la mucosa

alveolar desdentada, se produce por el traumatismo de la masticación, por cepillado dental enérgico por prótesis removibles mucosoportadas, bien en los labios o en la mucosa yugal, por algún borde agudo de un diente.

Características clínicas: A la clínica se presentan como áreas blanquecinas, queratócicas no desprendibles al raspado, asintomáticas.^{31, 53}

5.11.2.6 Estomatitis nicotínica

Es una lesión específica del paladar, llamada también “Paladar de fumadores de pipa” se presenta en personas fumadoras tanto de pipa como de cigarrillos. Esta alteración es reconocible tanto clínica como microscópicamente; primero se manifiesta por enrojecimiento e inflamación del paladar. En poco tiempo este desarrolla una apariencia multinodular o papular engrosada de color blanco-grisáceo, difusa con una pequeña mancha roja en el centro de cada nódulo, que corresponden a conductos excretores de glándulas salivares menores.^{31, 53}

5.11.3. Lesiones infecciosas de la mucosa oral

5.11.3.1. Candidiasis

Casi siempre, la *Cándida albicans* es inofensiva y en realidad, ayuda a mantener el nivel bacteriano adecuado. Sin embargo, algunas veces se desarrolla crecimiento desmedido de este hongo, que podría generar variedad de problemas. Esto ha sido ampliamente aceptado, ya que entre el 45 y el 60% de adultos sanos pueden tener cándida como microorganismo residente sin presentar signos ni síntomas de enfermedad en mucosa bucal.

Algunos de los síntomas generales de las aftas micóticas incluyen: sensación dolorosa de ardor en boca o garganta, alteración del gusto (especialmente con alimentos picantes o dulces) y dificultad para tragar. La candidiasis oral se manifiesta como manchas o parches de un color blanco o rojo-rosáceo en la lengua, en las encías, en las

paredes laterales o superior de la boca y en la pared posterior de la garganta. Algunas veces la candidiasis oral puede causar grietas, hendiduras y úlceras (queilitis angular) en los costados de la boca.

Las enfermedades provocadas por hongos han incrementado su frecuencia y su importancia clínica, a causa del aumento del uso de drogas inmunosupresoras potentes en trasplantes, en terapia anticancerosa y por la aparición de infecciones virales que causan inmunodeficiencia.⁴³

La moniliasis o candidiasis de la mucosa bucal (CMB) es una de las enfermedades más frecuentes de la mucosa bucal y, sin dudas, la afección micótica más común en esta localización. La magnitud de la infección micótica depende fundamentalmente de las condiciones del hospedero, pues el establecimiento del padecimiento ocurre cuando se perturban los parámetros de equilibrio fisiológico que mantienen la homeostasia del medio bucal. Ciertas condiciones sistémicas y/o defectos en el sistema inmune pueden predisponer al huésped a la infección por *Candida* oral.⁴³

Lehner propuso una nueva clasificación, donde se propone que la Candidiasis bucal se divide en dos amplias categorías: primaria y secundaria.

5.11.3..1.1 La Candidiasis primaria.

Es aquella confinada a los tejidos orales y periorales. Esta se subdivide en:

- C. pseudomembranosa (aguda y crónica).
- C. eritematosa (aguda y crónica).
- C. hiperplásica (leucoplásica).

- Asociadas.
- Estomatitis protésica.
- Queilitis angular.
- Glositis rómbica.

5.11.3..1.2 La Candidiasis secundaria.

Donde la Candidiasis bucal es una manifestación de una infección sistémica o generalizada.

- C. Mucocutánea (crónica). También llamada Síndrome Crónico de Candidiasis Mucocutánea, y se incluyen: CMC familiar, CMC difusa, CMC por endocrinopatía.⁵⁴

En una boca en perfecto estado higiénico se encuentran un número infinito de bacterias y otros organismos en vida saprofita, y con ellas las distintas especies de *Cándida*, pero sin desarrollar alteración patológica, de modo que tienen que incidir factores predisponentes para quebrar este estado de acciones y reacciones y se motive la proliferación micótica patógena.⁵⁵

Lo cierto es que hay varios factores predisponentes, como la falta de higiene oral, la edad (que conlleva normalmente al consumo elevado de medicamentos que inducen a un flujo salival reducido), infecciones diabetes, déficit inmunológicos, consumo de tabaco y el uso de la prótesis las 24 horas del día.⁵⁶

La mala higiene y la presencia de placa bacteriana y dormir con la prótesis favorece la colonización por parte de cándidas, tanto en la superficie de las prótesis como en la mucosa.^{45, 57, 58} los medios de cultivo son los restos de alimentos depositados en la prótesis.¹⁹

El uso de prótesis removible está asociada con la acumulación de placa y los cambios indeseables en el resto de la dentición.³⁴ Al manipular las prótesis para colocárselas, los pacientes pueden infectarse las superficies dactilares por cándida y crear así un círculo

de reinfeción. La utilización de antibióticos de amplio espectro, es un factor predisponente para la destrucción de la flora, alterando su equilibrio. La irradiación de cabeza y cuello afecta las mucosas de la boca y al obstruir glándulas salivales grandes, da lugar a la xerostomía, facilitando la invasión del hongo. Prótesis mal adaptadas por cualquier causa, asociadas en ocasiones a su deficiente higiene son causantes de estados inflamatorios. Las prótesis rebasadas con materiales blandos presentan el mismo problema, si bien en mayor grado por la facilidad de deterioro de dichos materiales.^{45, 56}

Según Bagan, citado por López y otros, la Candidiasis “es una enfermedad micótica causada por cualquiera de las especies de género *Candida*, constituyéndose como una enfermedad oportunista, muy frecuente en nuestros días, en la que siempre debemos investigar la presencia de factores favorecedores del crecimiento y transformación patógena del germen.”^{55, 59}

Aparte de los cambios relacionados con la edad, las variaciones de la flora bacteriana, también se han atribuido al uso de prótesis removible.⁶⁰

Esta enfermedad se puede manifestar de diferentes formas. Así cuando se inspecciona la mucosa bucal, los signos principales serán, el eritema y los depósitos blanquecinos. A veces podemos encontrar fisuraciones o queilitis asociadas. La sintomatología es variable, desde asintomática hasta edema, sangrado, cuadros de ardor o quemazón, de variada intensidad.^{55, 57}

Los materiales de revestimiento suaves son más susceptibles a la adhesión microbiana. Se ha demostrado que el principal reservorio de *Candida Albicans*, es la instalación en toda la superficie de una prótesis total con material de revestimiento suave ya que es fácilmente colonizado y profundamente infectado por estos organismos.⁶¹

Las prótesis dentales son factores de riesgo de candidiasis, hiperplasia fibrosa y estomatitis, la prevención de estas lesiones requiere de una óptima condición dental y un mantenimiento adecuado de la terapia de prótesis dentales.⁶²

5.11.3..2 **Queilitis angular**

El termino queilitis es el más común para designar estados inflamatorios de la submucosa labial o comisuras labiales en forma de boqueras. Esta lesión de los labios algunos autores la clasifican dentro de las formas de presentación de la candidiasis. La queilitis angular se caracteriza por la maceración, eritema y formación de costras. La causa más frecuente de la queilitis es la disminución de la dimensión vertical oclusiva , lo que facilita la formación de pliegues que son bañados de forma constante con saliva.⁵⁶ La prevalencia corresponde al 15% de los usuarios de prótesis completas.

Sinonimia:

- Boquera.
- Candidiasis angular.
- Estomatitis angular.
- Estomatitis comisural.
- Perleche.
- Queilitis.
- Queilitis angular.
- Queilitis comisural.

Generalmente la queilitis se encuentra para su estudio dentro de la clasificación de la candidiasis, porque aparece frecuentemente asociada con la lesión.

Los factores causales y conocidos son diversos, aunque su agente etiológico fundamental es la *Cándida albicans*, pero puede obedecer a trastornos y enfermedades generales. Se considera que la disminución de la dimensión vertical oclusiva es la causa más frecuente de la queilitis, y en especial de la queilitis angular. Esta disminución de la altura facial facilita la formación de pliegues laterales profundos que son bañados con saliva de forma constante, lo que crea un ambiente de humedad propicio para la colonización por *Cándida*, lesión característica que se manifiesta como fisuras profundas y dolorosas cubiertas por una membrana blanquecina.⁶³

Se ha demostrado que la estomatitis subprotésica, hiperplasia fibrosa inflamatoria y la queilitis angular son las patologías más frecuentes entre los Adultos Mayores portadores de prótesis removibles, y existe una relación entre el tiempo de uso y la deficiente higiene.^{64.}

Factores causales generales: Trastornos nutricionales, alteraciones endocrinas (diabetes), anemias, carencias vitamínicas, defectos de inmunidad, tratamientos citotóxicos o inmunosupresores, etílicos cirróticos, infancia, vejez.

Factores causales locales: Disminución de la dimensión vertical oclusiva en pacientes dentados y en desdentados totales o parciales, rehabilitados o no, irritantes (sustancias química, hábitos o traumatismos provocados por el mordisqueo de las comisuras provocando irritación crónica.⁶³

La estomatitis angular se considera un indicativo típico de anemia. La anemia y la Cándida están frecuentemente asociadas; en los casos de anemia por déficit de hierro.

En los etílicos se presenta la queilitis angular por Cándida albicans. El alcohol deprime el sistema inmunológico y provoca disturbios en todos los ejes adrenales.⁶³

5.11.4. Lesiones de la mucosa oral, alteraciones del desarrollo

5.11.4.1. Lesiones en Lengua

Se observan desde un punto de vista macroscópico una variedad de alteraciones morfo funcionales en el órgano lingual. Se comprobó que se atrofan las papilas filiformes del dorso, lo que le da un aspecto liso, esto puede comenzar alrededor de los 50 años. Unos 10 años más tarde lo hacen las papilas gustativas nodulares en la cara ventral de la lengua, aunque hay una gran variabilidad individual. El epitelio lingual puede llegar a disminuir su espesor en un 30%.⁵

Deficiencias en vitaminas y elementos esenciales, así como la luz ultravioleta han sido implicados en la etiología de lesiones en la mucosa oral, deficiencias nutricionales dan como resultado lengua fisurada, lengua geográfica, lengua lisa.⁶⁵

Glosopirosis: Quemazón provocada por anemia, diabetes, etc.

Lengua geográfica: Es muy frecuente hallarla en el anciano, debiéndose comprobar hasta dónde puede llegar su importancia clínica y descartar un futuro proceso grave.

Lengua fisurada.-Se desarrolla simultáneamente con, o como secuela de la lengua geográfica, está asociada a deficiencias vitamínicas. Es dolorosa en los casos en que los residuos alimenticios se tienden a juntarse en las ranuras.^{31, 64}

Lengua lisa: Puede tratarse de un proceso atrófico propiamente dicho o estar relacionada con un estado carencial por deficiencia dietética sostenida, o debido a anemia ferropénica.

Lengua saburral: Muy común, igual que la forma geográfica en los ancianos, por la reducción de la actividad muscular y en parte por factores dietéticos, abuso de alimentos blandos y disminución salival, entre otras causas.

Los traumatismos linguales son muy frecuentes y las ulceraciones son dolorosas y de lenta cicatrización. La percepción gustativa disminuye y con ella se va perdiendo el apetito.⁵

Las varices linguales.- son lesiones adquiridas en la vena, arteria o vasos linfáticos dilatados de forma poco común y sinuosa, y de etiología no determinada. Edad, flacidez de los tejidos y aumento de la presión venosa son factores predisponentes. Se presentan como manchas azul-moradas, nódulos o pápulas, usualmente asintomáticas.

Los lugares más comúnmente afectados son las venas raninas linguales o vasos de la superficie ventral de la lengua y el piso de boca. Los labios y la mucosa bucal son lugares menos frecuentemente afectados.³¹⁻⁶⁴

La causa exacta de las varices orales es desconocida. La edad es un factor importante porque las varices orales son raras en niños y jóvenes comunes en los adultos de edad avanzada. Además de eso, presentan flacidez de los tejidos, que es otro factor predisponente.

Las varices no han sido asociadas a la hipertensión arterial sistémica ni a la enfermedad cardiopulmonar. Sin embargo, Colby et al. en 1961 reportaron que las personas con varices en las piernas tienen mayor predisposición de desarrollar varices en la lengua. Pocas modalidades de tratamiento de varices orales han sido descritas en la literatura. Tal y Gorsky

5.12. CITOLOGÍA EXFOLIATIVA.

Es un método auxiliar de diagnóstico, mediante el cual se puede observar al microscopio la morfología de células individuales, después de haber sido obtenidas de un determinado tejido. Es un procedimiento de diagnóstico rápido, simple, indoloro e incruento.

A través de una muestra citológica oral se pueden obtener las siguientes células, sometidas a tinción con el método de Papanicolaou. Se pueden observar una o varias de las siguientes atipias:

- Condensación de cromatina celular
- Condensación periférica de la cromatina nuclear.
- Nucléolo prominente
- Predominancia nuclear
- Células dentro de células
- Agrandamiento exagerado de células y núcleos
- Excesiva queratinización
- Multinucleación
- Formas caprichosas.

La Citología Exfoliativa tiene sus limitaciones, pueden presentarse falsos negativos.

Según los criterios de Papanicolaou, las alteraciones morfológicas de las células se pueden clasificar en las siguientes categorías:

Clase I: Normal

Clase II: Atipia leve (procesos inflamatorios en general)

Clase III: Dudoso o sospechoso de cáncer (displasia)

Clase IV: Probable cáncer (sospecha muy fuerte de anaplasia)

Clase V: Concluyentemente cáncer (anaplasia indudable)

Para la mayoría de los autores la diferencia entre Clase IV y Clase V es simplemente cuantitativa. Es decir que en la Clase IV las células son cancerosas igual que las de la Clase V, pero se encuentran en escasa cantidad.

Algunos patólogos y citólogos usan otra evaluación:

1. Negativo de cáncer
2. Sospechoso
3. Positivo de cáncer.

6. HIPOTESIS

La población adulto mayor portadora de prótesis removible presenta patologías propias siendo la más prevalente la estomatitis protésica asociada a candida.

7. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se presenta un estudio exploratorio inicial descriptivo, transversal, cuantitativo,⁶⁶⁻
⁶⁷ de observación en una sola vez o un solo momento, de los problemas que se presentan

en la población que usa prótesis dental removible, el objeto de estudio son los fenómenos que afectan al adulto mayor, es un estudio en contexto natural, por lo cual ninguna variable será manipulada y por el contrario estos hallazgos serán luego expuestos y analizados.

Se ha identificado el Asilo San Ramón como el espacio que alberga a una población de adulto mayor, por tanto el Asilo San Ramón da mayor oportunidad para acceder a la recopilación de datos directos de la población meta, la única selección que se realizará será a las personas que usan las prótesis dentales removibles. La única auto selección que se realiza es que todas las personas pertenecen a la categoría de adulto (a) mayor en el rango de 60 a más años, y la elección del recinto como es el Asilo San Ramón permite el acceso a este estudio.

ESTUDIO EXPLORATORIO.- Porque sirve para familiarizarnos con el fenómeno desconocido., busca obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación, más completa respecto de un contexto particular, investiga nuevos problemas, conocer la prevalencia de las lesiones en mucosa oral del grupo a investigar. En Bolivia no se ha realizado este tipo de estudio, por lo que afirmamos, este es un Estudio exploratorio inicial. Establece prioridades para investigaciones futuras.

ESTUDIO DESCRIPTIVO.- Porque busca indicar como es, como se manifiesta, busca especificar propiedades rasgos características de las lesiones en mucosa oral de los internos del Asilo de ancianos San Ramón. Describe tendencias de un grupo o población. Se basa en la medición de uno o más atributos de grupo a estudiar.

DISEÑO TRANSECCIONAL.- Llamado también transversal porque se recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Es como tomar una fotografía. El examen clínico a los Adultos Mayores del Asilo de ancianos San Ramón, se realizó en un solo momento.

8. MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se realizó en el Asilo de Ancianos San Ramón de la ciudad de La Paz, ubicado en la calle 27 N° 103 de la zona de Achumani, está equipado para acoger a

personas mayores de 60 años, sanas y personas con discapacidades propias de la edad, con una población de 280 adultos mayores. Todos los internos tienen acceso a un servicio médico permanente, servicio Odontológico de una vez por semana según requerimiento durante su estancia, son revisados periódicamente. También cuentan con el servicio de una Trabajadora Social.

Mediante una carta de la Universidad Andina Simón Bolívar a la Madre Superiora, María del Carmen Laguna, Directora del Asilo, se solicita autorización para poder realizar el trabajo de investigación, autorización que fue concedida. (Anexo N° 1)

8.1. Población o Universo.- Son los 280 adultos mayores internos del Asilo. Para iniciar el trabajo, se les da una charla sobre patologías orales propias de esta edad, y una orientación sobre higiene y salud oral, se invita a todos los internos y asisten 96 personas. Al finalizar, se solicita a las personas que son portadoras de prótesis removibles a que se queden en sala.

8.2. Tamaño de Muestra.- Se les hace una encuesta (Anexo N° 2) de la que se obtuvo información global: datos generales y características de las prótesis, de esta manera obtenemos nuestra muestra.

El muestreo fue no probabilístico, (por conveniencia), se seleccionó una muestra de 54 adultos mayores portadores de prótesis removible, de acuerdo a los siguientes criterios:

8 .3. Criterios de inclusión.

- Pacientes internos del Asilo de Ancianos San Ramón.
- Pacientes dispuestos a colaborar.
- Pacientes de 60 años y más.
- Pertenecientes a ambos sexos.
- Portadores de prótesis removible.

8.4. Criterios de exclusión

- Pacientes con prótesis fracturadas.
- Pacientes que tienen prótesis pero no las usan.

Se les dio citas para realizarles el examen clínico Odontológico en el consultorio Dental del Asilo, Por las mañanas en el horario de 9 a 11

8.5. Materiales

Formularios: Encuesta

Consentimiento informado

Historia Clínica

Instrumental: Espejos bucales

Sondas exploradoras

Pinzas de algodón

Bandejas metálicas

Compás de Willis

Separadores de tejidos blandos

Baberos desechables

Gasas estériles

Algodón

Guantes desechables

Cámara fotográfica digital

Material para toma de muestra citológica:

Porta objetos

Espátulas de madera estériles desechables.

Spray para fijar la muestra

Porta láminas.

8.6. Procedimiento- Metodología

Al ingresar al consultorio, a cada uno se les da una información ética de los alcances del estudio, el cual no conllevaría agresiones, ni lesiones en su integridad, los interesados en continuar el estudio, firman el consentimiento informado como constancia de su aceptación. (Anexo N° 3)

Se procede a tomar la información en profundidad, en el sillón dental del consultorio odontológico bajo luz artificial. Se realiza un examen clínico odontológico y se recopila datos en una Historia Clínica, en la que se consigna datos generales del paciente, datos del estado de salud general y bucal, se revisaron mucosas, prótesis dentales en uso y toma de fotografías, toma de muestras para el examen citopatológico de cada uno de la población sujeto de la investigación.

El diagnóstico de las lesiones bucales se realizó de manera clínica y para tener una mejor perspectiva de las condiciones de los tejidos bucales de la población estudiada, dichas condiciones se agruparon en las siguientes categorías: Presencia de enfermedades sistémicas, considerando toda opción, pero teniendo como base enfermedades prevalentes como las cardiovasculares, artrosis reumatoide, reumatismo articular, diabetes mellitus, alergia a medicamentos, hipertensión arterial, hepatitis A-B, hemofilia y tuberculosis pulmonar. La siguiente categoría fue la evaluación de la higiene bucal, que incluyó la higiene de la prótesis y la presencia de placa bacteriana en prótesis y mucosas. Continuando con la siguiente categoría, se consideró a la evaluación de la prótesis en sí, a partir de su especificación de tipo (prótesis removible total superior e inferior, prótesis removible parcial superior y total inferior, prótesis total superior y parcial inferior y prótesis parcial superior e inferior), material para la base de la prótesis (acrílica, mixta y metálica). En otra categoría se realizó la evaluación del paciente y prótesis; a partir de la determinación del tiempo de uso, adaptación y uso nocturno.

Finalmente se realizó la especificación de las lesiones de la mucosa oral, clasificadas en lesiones reaccionales; a la estomatitis subprotésica, úlcera traumática, hiperplasia fibrosa inflamatoria, queratosis friccional. Lesiones infecciosas; candidiasis queilitis angular. Alteraciones del desarrollo; lengua fisurada, lengua geográfica, Varicosidades linguales. Se hace énfasis que cualquier otra lesión no especificada fue considerada como hallazgos.

Específicamente para comprobar el diagnóstico de candidiasis se procedió a la toma de muestras para el examen citopatológico.

Con la espátula de madera se procede a tomar la muestra de la mucosa del paladar y/o reborde alveolar superior, cara dorsal de la lengua y superficie de la prótesis. El Frotis fue extendido sobre un porta objetos, de inmediato la muestra es fijada con spray y depositada en un porta láminas horizontal para luego ser trasladada a otro porta láminas vertical y guardada en un gavetero, a temperatura adecuada y en la oscuridad.

Se envía una carta al Dr. Modesto Valle, Director del Instituto de Gastroenterología Boliviano-Japonés solicitando su autorización para que las muestras fueran procesadas en el laboratorio de Patología del mencionado instituto, solicitud que fue aceptada. (Anexo N° 4).

De cada paciente se tomaron 3 muestras y en algunos casos 4 muestras, las que ingresaron al laboratorio con un formulario de solicitud de examen, el informe de los resultados del examen fueron entregados en formulario del Instituto.(anexo N° 5)

9. RECOLECCION DE DATOS

Con los datos obtenidos, del examen clínico Odontológico, del laboratorio citopatológico y las fotografías tomadas, se hace otra historia clínica donde se transcriben todos los datos obtenidos. Son 50 historias clínicas, por el volumen solo incluiremos 4 de ellas.

Recolección de datos

Paciente: GTA	Fecha: 22/12/2009	Nº de registro: 1
Edad: 77 años	Sexo: M	Procedencia: LA PAZ

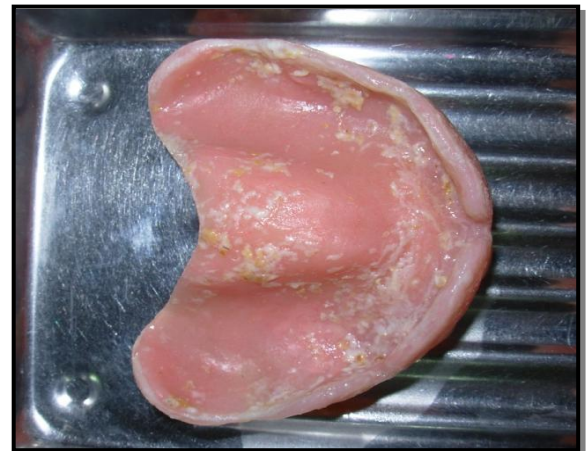
ENFERMEDADES SISTEMICAS Y ANTECEDENTES PATOLOGICOS	
Hipertensión arterial	-----
Obs: Refiere haber tenido embolia. Con control médico Rp/ Irrigor Aspirina.	

EVALUACION HIGIENE BUCAL			
Higiene	Mala	Placa	Presente
Halitosis	Presente	Tártaro	Ausente

EVALUACION DE PROTESIS	
Tipo	PT Sup-Inf
Material	Acrílico
Higiene de prótesis	1v/día
Estado	Desadaptada Inf.



PACIENTE Y PROTESIS	
Tiempo de uso (años)	5-8 años
Uso nocturno	Si
Dimensión vertical	Disminuida
Obs.	----



LESIONES EN MUCOSA ORAL	UBICACIÒN
Estomatitis Subprotésica	Arcada superior
Otros: Lengua geogràfica, cara dorsal	



Dx CITOPATOLOGICO.

PALADAR: CLASE I DE PAPANICOLAOU.- Frotis Eutròfico limpio.

LENGUA Y PROTESIS SUP.- CLASE II DE PAPANICOLAOU.- Proceso inflamatorio crònico activo inespecífico. CANDIDIASIS. - NO HAY MALIGNIDAD

RECOLECCIÓN DE DATOS

Paciente: JTA	Fecha: 22/12/2009	Nº de registro: 2
Edad: 85 años	Sexo: F	Procedencia: LA PAZ

ENFERMEDADES SISTEMICAS Y ANTECEDENTES PATOLOGICOS	
Artrosis	-----
Obs: Varices en miembros inferiores. Con tratamiento, Rp/ no recuerda el nombre	

EVALUACION HIGIENE BUCAL			
Higiene	Regular	Placa	Presente
Halitosis	Presente	Tártaro	Ausente



EVALUACION DE PROTESIS	
Tipo	PT Sup - Inf
Material	Acrílico
Higiene de prótesis	2v /día
Estado	Desadaptada Inf

PACIENTE Y PROTESIS	
Tiempo de uso (años)	9-mas años
Uso nocturno	Si
Dimensión vertical	Conservada
Obs.	----



LESIONES EN MUCOSA ORAL	UBICACIÓN
-----	-----
Otros: Lengua fisurada y saburralcara dorsal. Puntos eritematosos en paladar.	



DX CITOPATOLOGICO	PALADAR, LENGUA Y PROTESIS: CLASE II DE PAPANICOLAOU.-Proceso inflamatorio agudo bacteriano inespecífico.- CANDIDIASIS. NO HAY MALIGNIDAD
--------------------------	--

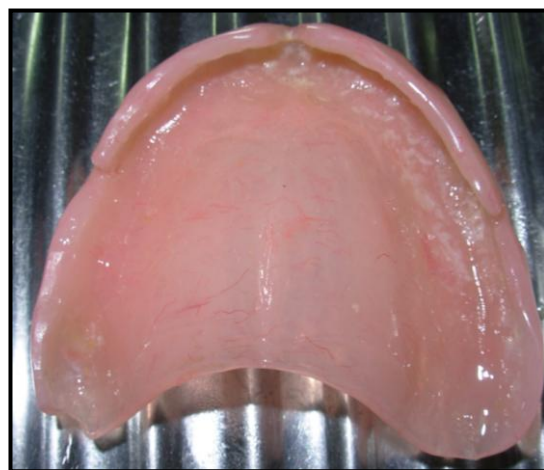
RECOLECCIÓN DE DATOS

Paciente: LMRB	Fecha: 22/12/2009	Nº de registro: 3
Edad: 75 años	Sexo: F	Procedencia: LA PAZ

ENFERMEDADES SISTEMICAS Y ANTECEDENTES PATOLOGICOS	
Hipertensión arterial	-----
Obs: Con control médico. Rp/ Enalapril	

EVALUACION HIGIENE BUCAL			
Higiene	Regular	Placa	Presente
Halitosis	Presente	Tártaro	Ausente

EVALUACION DE PROTESIS	
Tipo	PT. Superior
Material	Acrílico
Higiene de prótesis	3 v /día
Estado	Adaptada



PACIENTE Y PROTESIS	
Tiempo de uso (años)	1 a 4
Uso nocturno	No
Dimensión vertical	Disminuida
Obs. Paciente	Desdentada inferior



LESIONES EN MUCOSA ORAL	UBICACIÒN
Estomatitis subprotésica	Arcada superior
Queilitis angular	Comisuras labial Izquierda y derecha
Otros: Varicosidades en cara ventral de la lengua	



Dx CITOPATOLOGICO	PALADAR, LENGUA, PROTESIS SUPERIOR Y COMISURA LABIAL: CLASE I DE PAPANICOLAOU.- FROTIS EUTROFICO LIMPIO.
--------------------------	---

RECOLECCIÓN DE DATOS

Paciente : RB	Fecha: 22/12/2009	Nº de registro: 4
Edad: 71 años	Sexo: F	Procedencia: LA PAZ

ENFERMEDADES SISTEMICAS Y ANTECEDENTES PATOLOGICOS	
-----	-----
Obs: Varices en miembros inferiores.	

EVALUACION HIGIENE BUCAL			
Higiene	Regular	Placa	Presente
Halitosis	Presente	Tártaro	Ausente



EVALUACION DE PROTESIS	
Tipo	PT Sup e Inf
Material	Acrílico
Higiene de prótesis	1v/ día
Estado	Adaptada

PACIENTE Y PROTESIS	
Tiempo de uso (años)	5 -8
Uso nocturno	Si
Dimensión vertical	Conservada
Obs.	-----



LESIONES EN MUCOSA ORAL	UBICACIÓN
Úlcera traumática	Reborde inferior izquierdo
Estomatitis sub protésica	Reborde superior
Otros: lengua fisurada	



Dx CITOPATOLOGICO	REBORDE SUP. Y LENGUA CARA DORSAL: CLASE I DE PAPANICOLAOU.- FROTIS EUTROFICO LIMPIO. PROTESIS SUP.: CLASE II DE PAPANICOLAOU. Proceso inflamatorio crónico activo inespecífico. CANDIDIASIS.
--------------------------	--

Tabla 1. Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA
Edad	Cuantitativa continua	62-68 69-74 75-80 81-86 87-92 93-99	Según años cumplidos en el momento de la inclusión
Género	Cualitativa nominal dicotómica	Femenino Masculino	Sexo biológico de pertenencia F: Todas las mujeres M: Todos los hombres
Enfermedades Sistémicas	Cualitativa nominal politómica	Diabetes mellitus Enf. Cardiovasculares Hipertensión arterial Reumatismo articular Gastritis Insuficiencia renal	Enfermedades sistémicas presentes en el momento del examen clínico
Estado higiene bucal	Cualitativa nominal politómica	Buena Regular Mala	Según examen clínico
Placa bacteriana	Cualitativa nominal dicotómica	Presente Ausente	Según examen clínico
Tipo de prótesis	Cualitativa nominal dicotómica	Prótesis removible total superior Prót. removible total superior e inferior Prótesis total superior y parcial inferior Protesis parcial superior e inferior	PTS: la arcada superior con prótesis total PTS e I: ambas arcadas con prótesis totales PTS e PPRI: Arcada superior con prótesis total y arcada inferior con prótesis parcial PPR sup e inf: ambas arcadas con prótesis parciales
Tipo de material de la prótesis	Cualitativa nominal politómica	Acrílica Metal Mixta	Acrílica: Base de la prótesis de acrílico Metal: Base de la prótesis de metal Mixta: base de la prótesis de metal y acrílico
Frecuencia de higiene de la prótesis	Cualitativa nominal politómica	1 vez al día 2 veces al día 3 veces al día No lava	Frecuencia de lavado de las prótesis según cuestionario llenado por el paciente

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DESCRIPCIÓN DE LA ESCALA
Adaptación de la prótesis	Cualitativa nominal dicotómica	Adaptada desadaptada	Según examen clínico: cuando se detecten signos de deficiencia en la retención, soporte y estabilidad de la prótesis
Tiempo de uso	Cuantitativa continua	1 a 4 años 5 a 8 años 9 años en adelante	Tiempo que lleva el paciente usando la prótesis
Uso nocturno de la prótesis	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Si: duerme con la prótesis No: se saca la prótesis para dormir
Úlcera traumática	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según examen clínico
Estomatitis subprotésica	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según examen clínico
Candidiasis clínica	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según examen clínico
Épulis	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según examen clínico
Queilitis	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según examen clínico
Alteraciones del desarrollo	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Según examen clínico: se consideran alteraciones del desarrollo la presencia de; Lengua geográfica, fisurada, Varicosidades linguales
Diagnóstico citopatológico	Cualitativa nominal politémica	PAP clase I PAP clase II PAP clase III PAP clase IV PAP clase V	Clase I: células eutróficas (normal) Clase II: Atipia leve, proceso inflamatorio crónico agudo inespecífico Clase III: Dudoso o sospechoso de cáncer (displasia) Clase IV: Probable cáncer (sospecha muy fuerte de anaplasia) Clase V: Concluyentemente cáncer (anaplasia indudable)
Diagnóstico citopatológico – Presencia de candidiasis	Cualitativa nominal dicotómica	Presente Ausente	Presente: Presencia de hifas de Cándida sin especificación de especie Ausente: Ausencia de Cándida

8. RESULTADOS

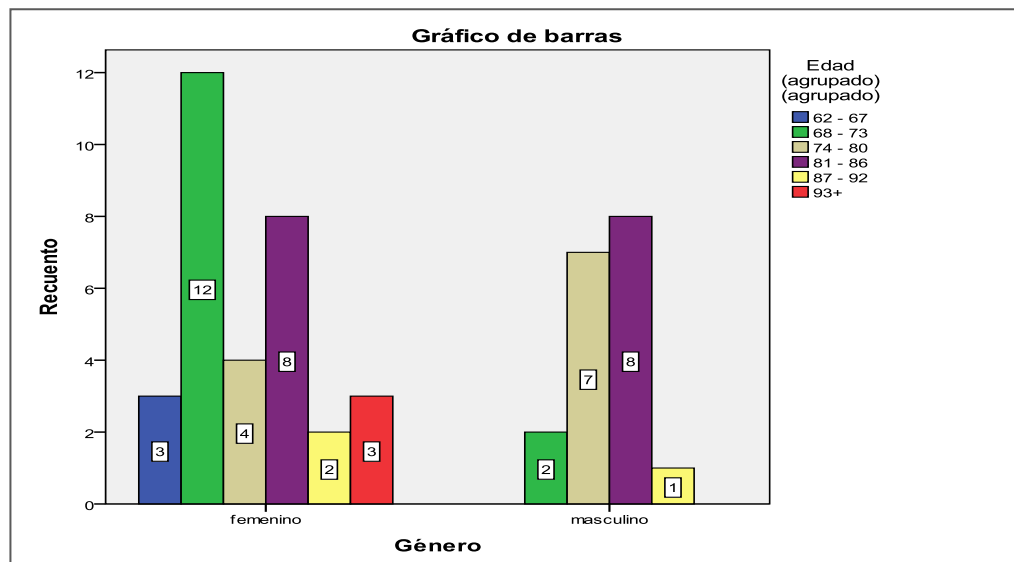
Tabla 2. Distribución de la muestra según edad y género

		Género				Total	%
		femenino	%	masculino	%		
Intervalos de Edad	62 - 67	3	6	0	0	3	6
	68 - 73	12	24	2	4	14	28
	74 - 80	4	8	7	14	11	22
	81 - 86	8	16	8	16	16	32
	87 - 92	2	4	1	2	3	6
	93+	3	6	0	0	3	6
Total		32	64	18	36	50	100

Estadísticos

N	Válidos	50
	Perdidos	0
Media		78,78
Mediana		79,00

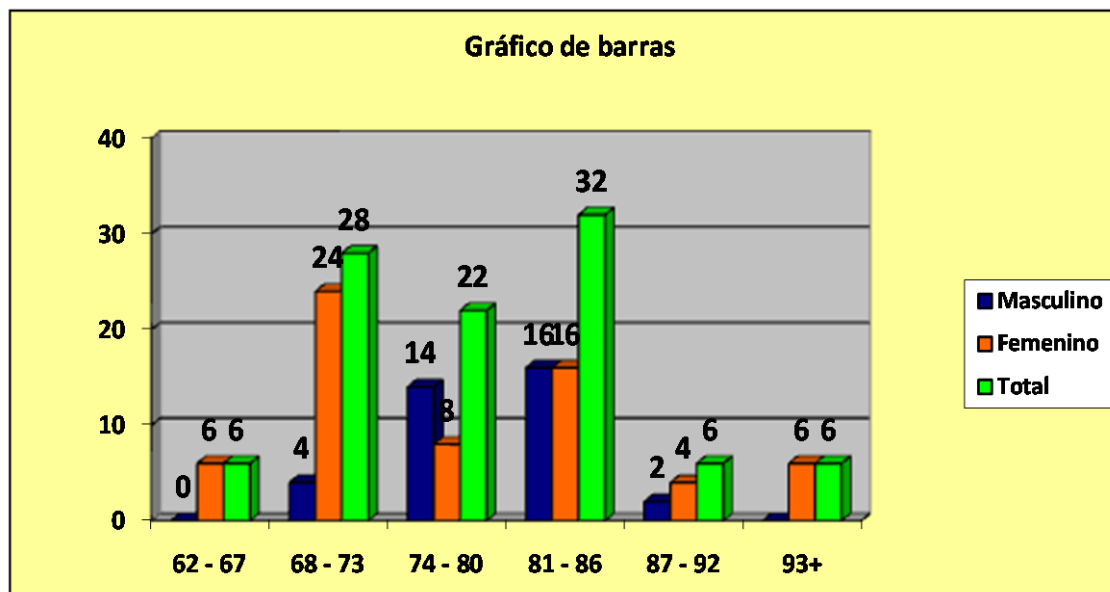
Gráfico 1. Distribución de la muestra según edad y género (Frecuencia)



Interpretación:

El gráfico 1 de distribución de la muestra según edad y género (frecuencia), muestra que el mayor número de casos para el sexo femenino (12) está entre 68 y 73 años, y el mayor número de casos para el sexo masculino (8) está entre 81 y 86 años.

Gráfico 2. Distribución de la muestra según edad y género (Porcentaje)



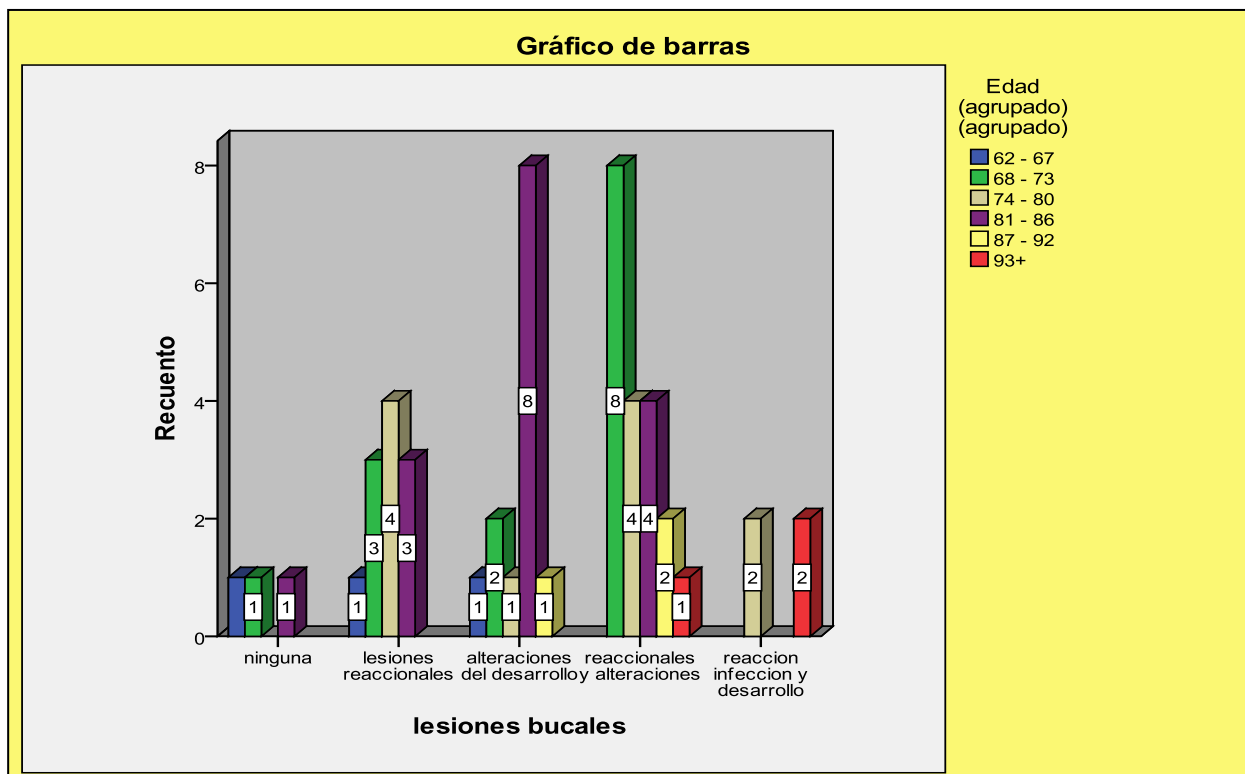
Interpretación:

El gráfico 2 de distribución de la muestra según edad y género muestra que de un total de 50 ancianos incluidos en la muestra, el mayor porcentaje (32%) se encuentra en el grupo de edades de 81 a 86 años, seguido del grupo de 68 a 73 años con el 28% de integrantes.

El sexo predominante resultó el sexo femenino con 32 casos, para el 64%.

Tabla 3. Prevalencia de lesiones en mucosa oral según grupos de edad

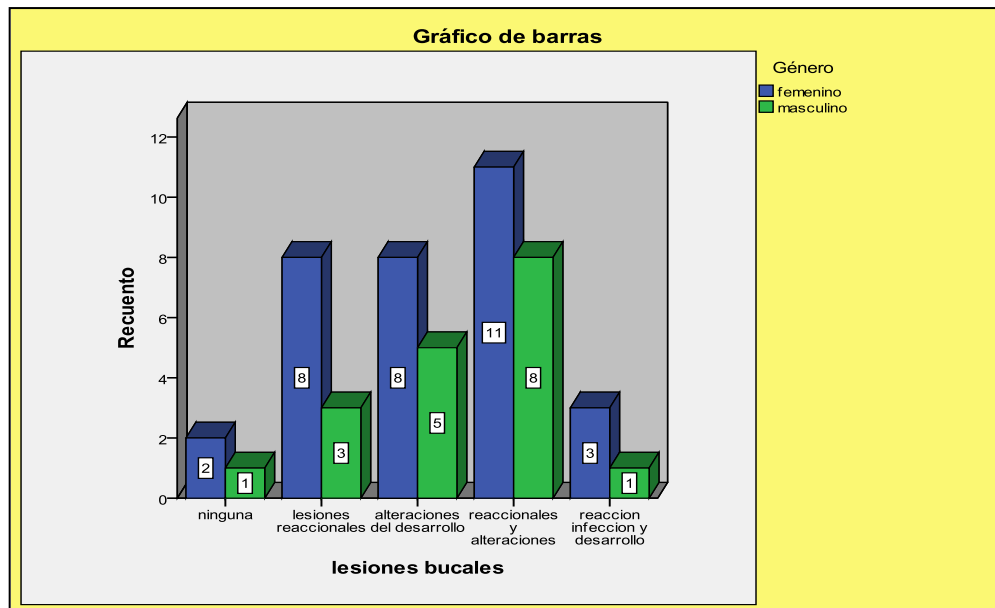
		Intervalos de Edad										Total	%		
		62 - 67	%	68 - 73	%	74 - 80	%	81 - 86	%	87 - 92	%			93+	%
Lesiones	Reaccionales	1	2	3	6	4	8	3	6	0	0	0	0	11	22
	Alteraciones del desarrollo	1	2	2	4	1	2	8	16	1	2	0	0	13	26
	Reaccionales y alteraciones del desarrollo	0	0	8	16	4	8	4	8	2	4	1	2	19	38
	Reaccionales, infecciosas y Alt. del desarrollo	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	2	4	4	8
	Ninguna	1	2	1	2	0	0	1	2	0	0	0	0	3	6
Total		3	6	14	28	11	22	16	32	3	6	3	6	50	100

Gráfico 3. Prevalencia de lesiones en mucosa oral según grupos de edad**Interpretación:**

El gráfico 3 de prevalencia de lesiones en mucosa oral según grupos de edad, muestra el mayor número de casos para las alteraciones del desarrollo (8) entre 81 - 86 años, y lesiones Reaccionales y alteraciones del desarrollo (8) entre 68 – 73 años.

Tabla 4. Prevalencia de lesiones en mucosa oral según género

		Género				Total	
		femenino	%	masculino	%		
Lesiones	Reaccionales	8	16	3	6	11	22
	Alteraciones del desarrollo	8	16	5	10	13	26
	Reaccionales y alteraciones Del desarrollo	11	22	8	16	19	38
	Reaccionales, infecciosas y alteraciones del desarrollo	3	6	1	2	4	8
	Ninguna	2	4	1	2	3	6
Total		32	64	18	32	50	100

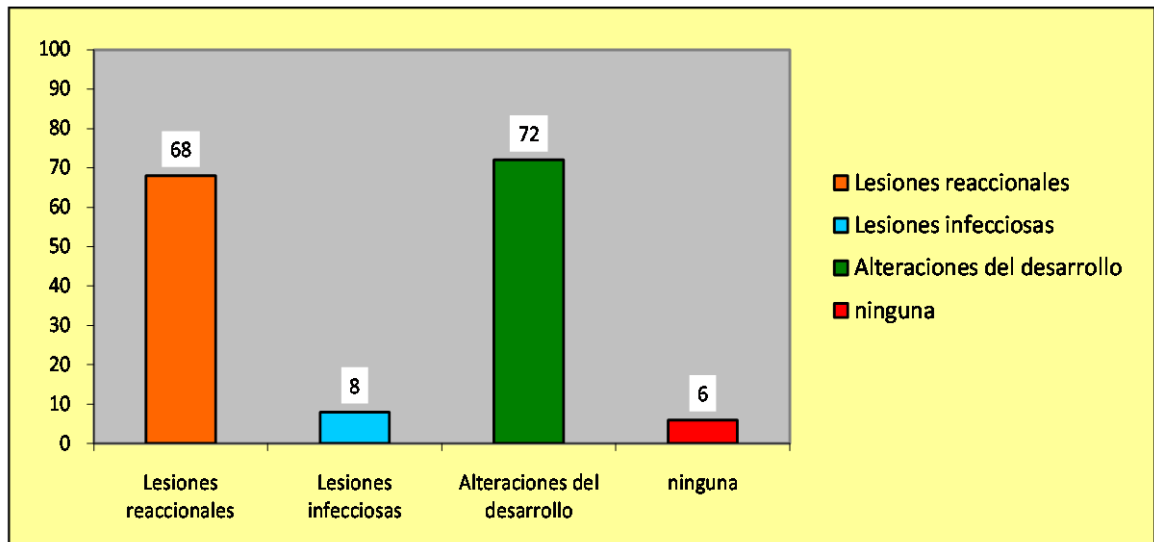
Gráfico 4. Prevalencia de lesiones en mucosa oral según género**Interpretación:**

El gráfico 4 de prevalencia de lesiones en mucosa oral según género, muestra el mayor número de casos para el sexo femenino son las lesiones Reaccionales y alteraciones del desarrollo (11), solo alteraciones del desarrollo (8) y solo lesiones reaccionales (8). Para el sexo masculino son las lesiones Reaccionales y alteraciones del desarrollo (8) seguidas de solo alteraciones del desarrollo (5) y solo lesiones reaccionales (3).

Considerando el total de las lesiones, se tiene a las alteraciones del desarrollo con un 72%, seguida de las lesiones reaccionales (68%) y finalmente a las lesiones infecciosas (8%).

Tabla 5. Prevalencia de lesiones en mucosa oral

		Prevalencia de lesiones por casos		Prevalencia por lesiones							
				Lesiones reaccionales		Lesiones infecciosas		Alteraciones del desarrollo		Ninguna lesión	
		Total	%	total	%	total	%	total	%	total	%
Lesiones	Reaccionales	11	22	11	22	0	0	0	0	0	0
	Alteraciones del desarrollo	13	26	0	0	0	0	13	26	0	0
	Reaccionales y alteraciones Del desarrollo	19	38	19	38	0	0	19	38	0	0
	Reaccionales, infecciosas y alteraciones del desarrollo	4	8	4	8	4	8	4	8	0	0
	Ninguna	3	6	0	0	0	0	0	0	3	6
	TOTAL	50	100	34	68	4	8	36	72	3	6

Gráfico 5. Prevalencia de lesiones en mucosa oral**Interpretación**

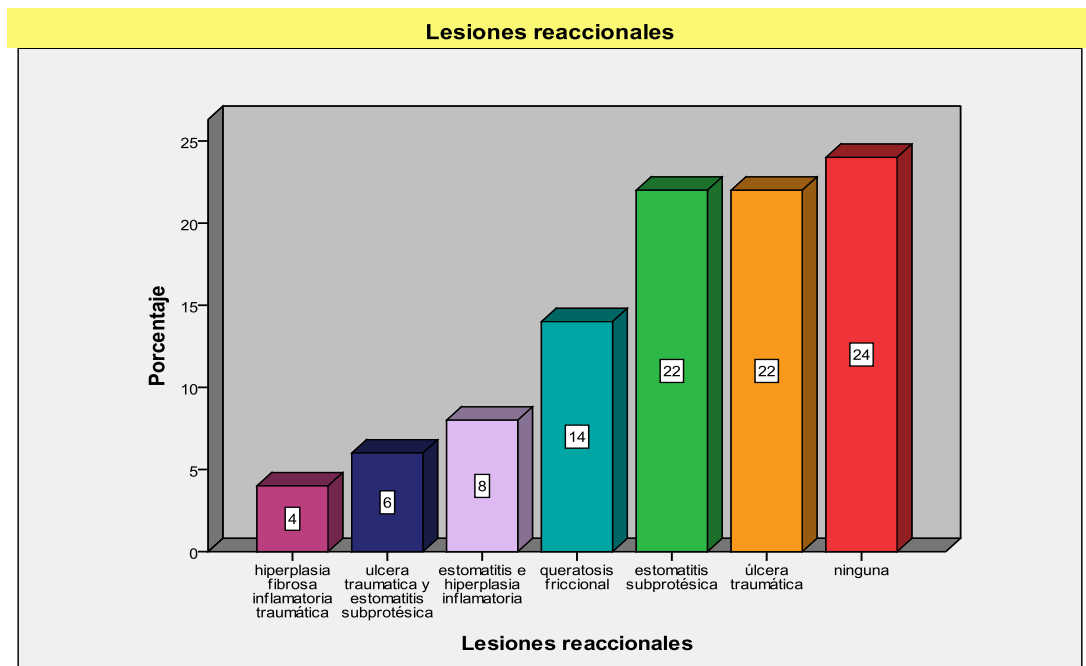
El gráfico 5, prevalencia de lesiones en mucosa oral, se observa el porcentaje mayor (72%) a las alteraciones del desarrollo, seguidas de las lesiones reaccionales (68%), el último grupo, las lesiones infecciosas es de (8%).

Se establece claramente la diferencia de la prevalencia de lesiones por casos y prevalencia de las lesiones en sí, ya que un mismo paciente (caso) puede presentar más de una lesión.

Tabla 6. Prevalencia de lesiones reaccionales en mucosa oral

Lesiones reaccionales		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	estomatitis subprotésica	11	22,0
	úlceras traumáticas	11	22,0
	hiperplasia fibrosa inflamatoria traumática	2	4,0
	queratosis friccional	7	14,0
	estomatitis e hiperplasia inflamatoria	4	8,0
	úlceras traumáticas y estomatitis subprotésica	3	6,0
	ninguna	12	24,0
	Total	50	100,0

Gráfico 6. Prevalencia de lesiones reaccionales en mucosa oral



Interpretación:

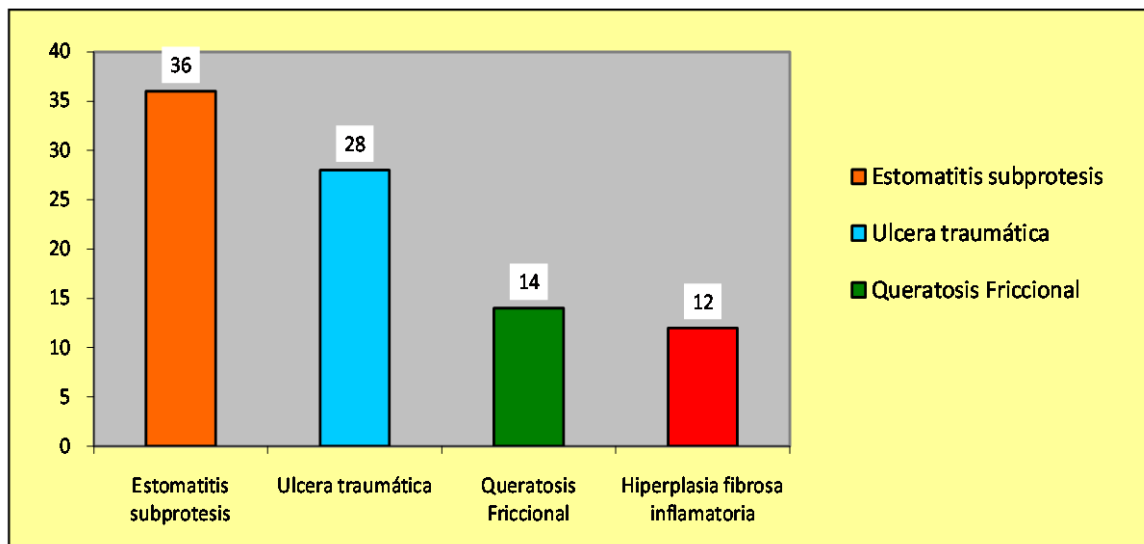
El gráfico 6 de prevalencia de lesiones reaccionales en mucosa oral muestra que el mayor porcentaje (24%) es ninguna lesión, el segundo porcentaje está compartido entre la úlcera traumática y la estomatitis subprotésica, ambos con (22%).

El tercer porcentaje es (14%) la queratosis friccional, el cuarto es la combinación de estomatitis subprotésica e hiperplasia inflamatoria con un (8%), el quinto porcentaje es la combinación de la úlcera traumática más la estomatitis subprotésica (6%), y el último, solo la hiperplasia inflamatoria (4%).

Tabla 7. Prevalencia de lesiones reaccionales en mucosa oral

		Prevalencia de lesiones por casos		Prevalencia por lesiones							
				Estomatitis subprótesis		Úlcera traumática		Queratosis friccional		Hiperplasia fibrosa inflamatoria	
		Total	%	total	%	total	%	total	%	total	%
Lesiones reaccionales	Estomatitis subprótesis	11	22	11	22	0	0	0	0	0	0
	Úlcera traumática	11	22	0	0	11	22	0	0	0	0
	Queratosis friccional	7	14	0	0	0	0	7	14	0	0
	Estomatitis S. e Hiperplasia F. Inflat.	4	8	4	8	0	0	0	0	4	8
	Úlcera traumática y estomatitis subprotésica	3	6	3	6	3	6	0	0	0	0
	Hiperplasia fibrosa inflamatoria	2	4	0	0	0	0	0	0	2	4
	Ninguno	12	24	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		50	100	18	36	14	28	7	14	6	12

Gráfico 7. Prevalencia de lesiones reaccionales en mucosa oral



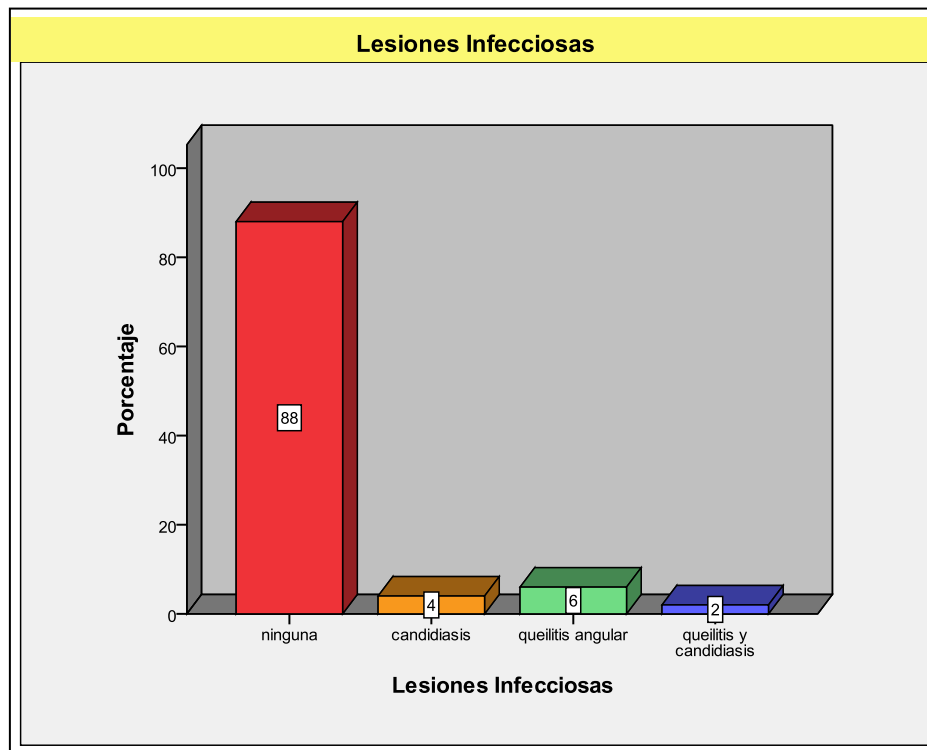
Interpretación

El total de la estomatitis es 36%, seguida de la úlcera que 28%, la queratosis 14% y la hiperplasia fibrosa inflamatoria de 12%.

Tabla 8. Prevalencia de lesiones infecciosas en mucosa oral

Lesiones infecciosas		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	candidiasis	2	4,0
	queilitis angular	3	6,0
	queilitis y candidiasis	1	2,0
	ninguna	44	88,0
Total		50	100,0

Gráfico 8. Prevalencia de lesiones infecciosas en mucosa oral



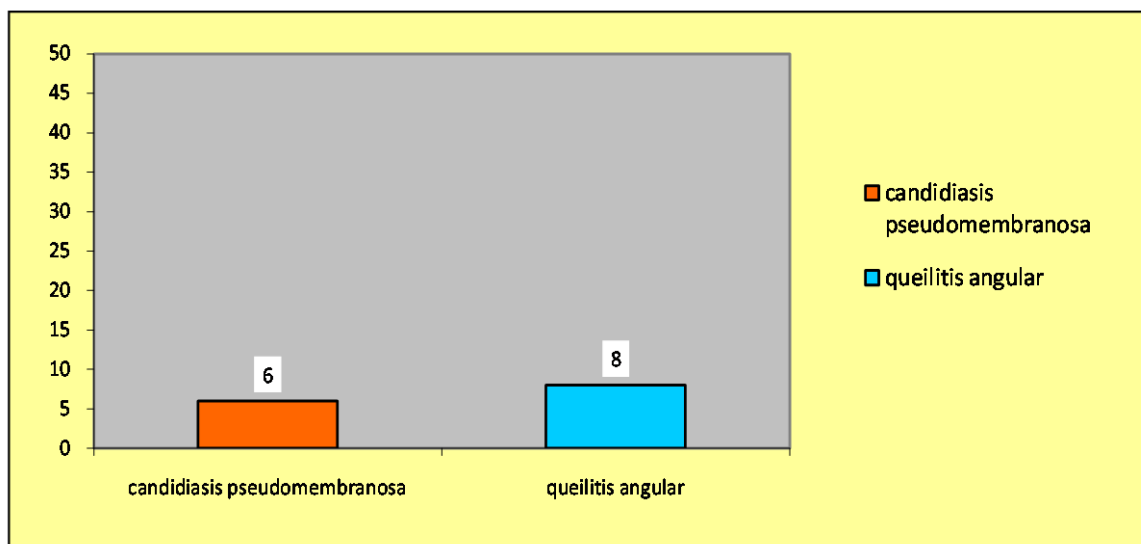
Interpretación:

El gráfico 8 de prevalencia de lesiones infecciosas en mucosa oral, muestra el mayor porcentaje (88%) para ninguna lesión, el segundo porcentaje es (6%) la queilitis angular, el tercer porcentaje es (4%) para la candidiasis, y el último es (2%) para la combinación de la queilitis y la candidiasis.

Tabla 9. Prevalencia de lesiones infecciosas en mucosa oral

		Prevalencia de lesiones por casos		Prevalencia por lesiones					
				Candidiasis pseudomembranosa		queilitis		Ninguna	
		Total	%	total	%	total	%	total	%
Lesiones infecciosas	Candidiasis pseudomembranosa	2	4	2	4	0	0	0	0
	Queilitis	3	6	0	0	3	6	0	0
	Queilitis y candidiasis	1	2	1	2	1	2	0	0
	Ninguna	44	88	0	0	0	0	44	88
Total		50	100	3	6	4	8	44	88

Gráfico 9. Prevalencia de lesiones infecciosas en mucosa oral



Interpretación

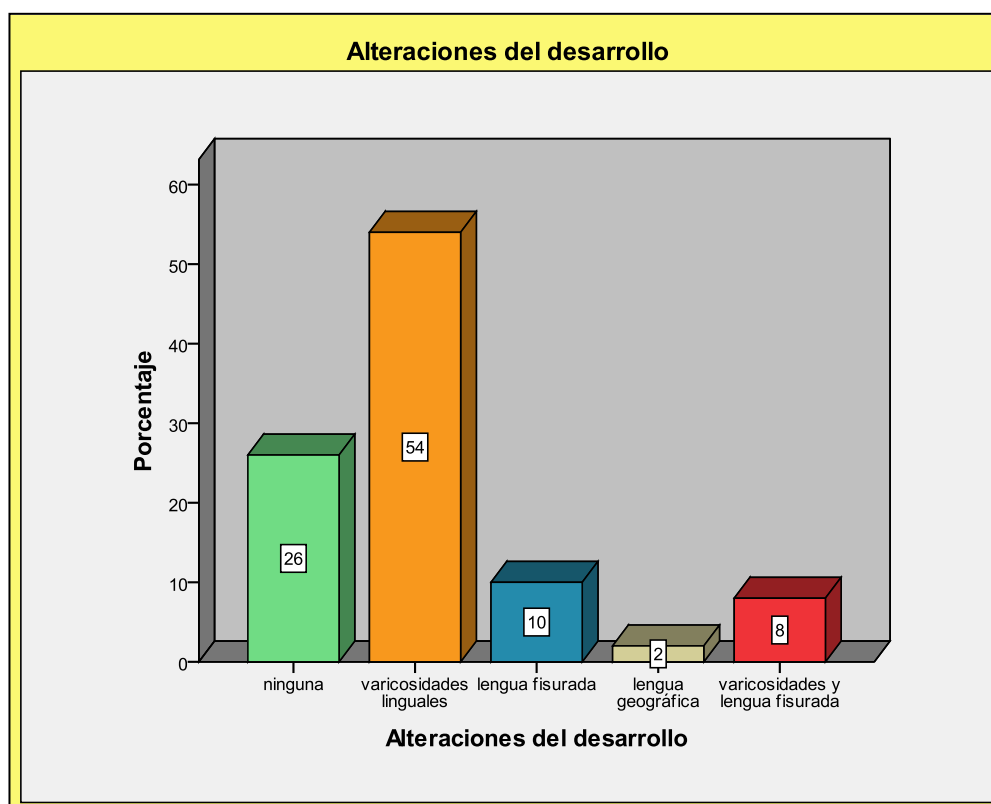
El total de la candidiasis pseudomembranosa es 6%, y la queilitis angular es de 8%

NOTA: Resultado de la revisión clínica.

Tabla 10. Prevalencia de alteraciones del desarrollo

	Alteraciones del desarrollo	Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Varicosidades linguales	27	54,0
	Lengua fisurada	5	10,0
	Lengua geográfica	1	2,0
	Varicosidades y lengua fisurada	4	8,0
	Ninguna	13	26,0
	Total	50	100,0

Gráfico 10. Prevalencia de alteraciones del desarrollo

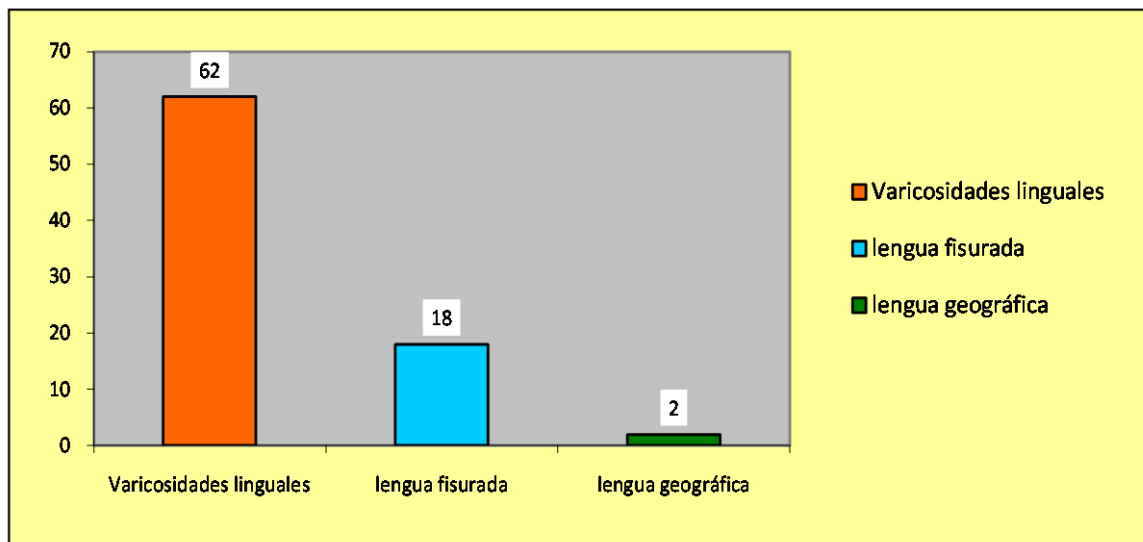


Interpretación:

El gráfico 10 de prevalencia de alteraciones del desarrollo, muestra el mayor porcentaje (54%) para las Varicosidades linguales, el segundo porcentaje (26%) para ninguna alteración, el tercer porcentaje (10%) lengua fisurada, el cuarto porcentaje (8%) para la combinación de Varicosidades y lengua fisurada. El último porcentaje (2%) para la lengua geográfica.

Tabla 11. Prevalencia de alteraciones del desarrollo

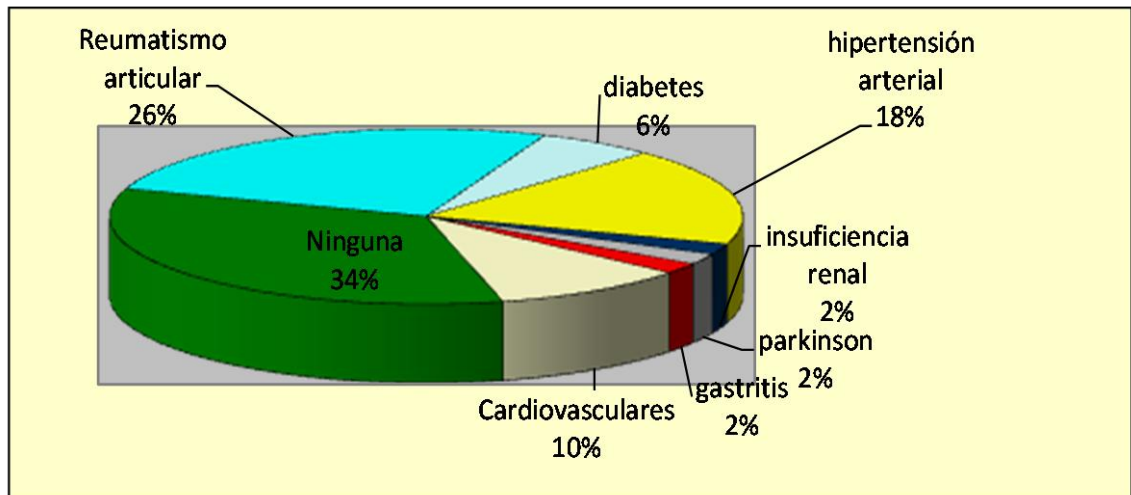
		Prevalencia de lesiones por casos		Prevalencia de las alteraciones del desarrollo							
				Varicosidades linguales		Lengua fisurada		Lengua geográfica		Ninguna	
		Total	%	Total	%	total	%	total	%	total	%
Alteraciones del desarrollo	Varicosidades linguales	27	54	27	54	0	0	0	0	0	0
	Lengua Fisurada	5	10	0	0	5	10	0	0	0	0
	Lengua geográfica	1	2	0	0	0	0	1	2	0	0
	Varicosidades y lengua fisurada	4	8	4	8	4	8	0	0	0	0
	Ninguna	13	26	0	0	0	0	0	0	13	26
Total		50	100	31	62	9	18	1	2	13	26

Gráfico 11. Prevalencia de alteraciones del desarrollo**Interpretación**

El total de la Varicosidades linguales es de 62%, la lengua fisurada 18%, lengua geográfica 2%

Tabla 12. Distribución de lesiones en mucosa oral y enfermedades sistémicas

		Lesiones en mucosa oral										Total	
		ninguna	%	Reaccionales	%	Alteraciones del desarrollo	%	Reaccionales y alteraciones	%	Reaccionales Infecciosas y Alteraciones	%		
Enfermedades sistémicas	cardiovasculares	0	0	0	0	2	4	2	4	1	2	5	10
	reumatismo articular	2	4	2	4	3	6	4	8	2	4	13	26
	diabetes	0	0	0	0	0	0	3	6	0	0	3	6
	hipertensión arterial	1	2	2	4	3	6	2	4	1	2	9	18
	Insuficiencia renal	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2
	Parkinson	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
	gastritis	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	1	2
	Ninguna	0	0	5	10	5	10	7	14	0	0	17	34
Total	3	6	11	22	13	26	19	38	4	8	50	100	

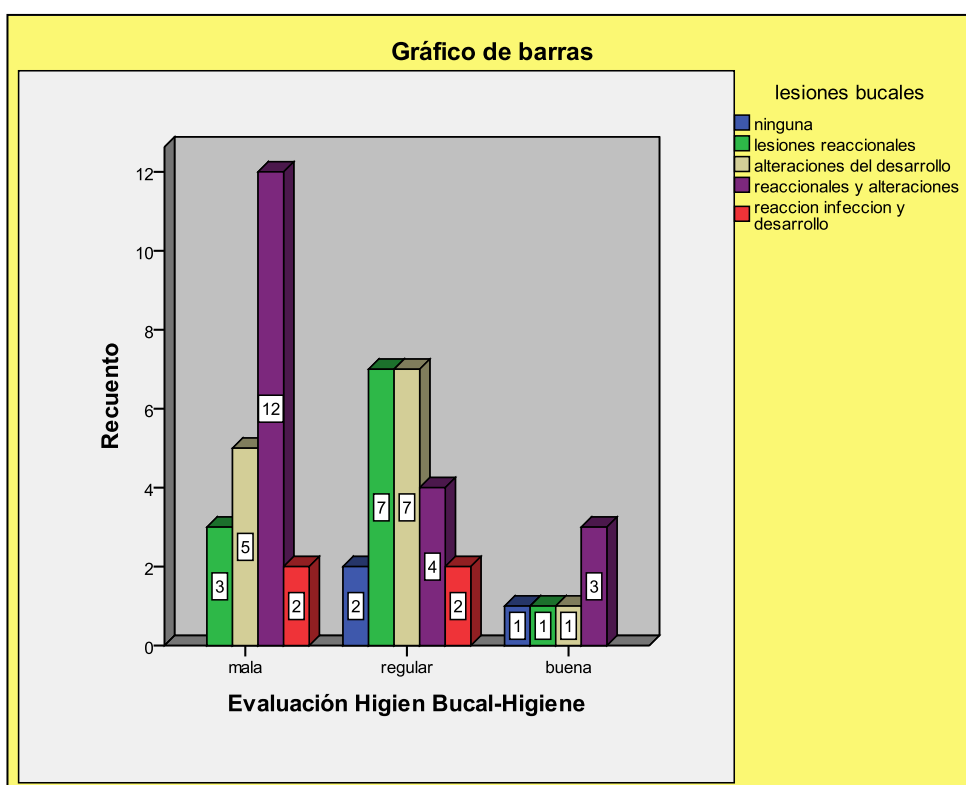
Gráfico 12. Porcentaje de enfermedades sistémicas

Interpretación: El mayor porcentaje (34%) es ninguna enfermedad, seguida de reumatismo articular (26%) e hipertensión arterial (28%). Las enfermedades cardiovasculares (10%) y diabetes (6%). Se observa a la gastritis y Parkinson con un 2%

Tabla 13. Distribución de lesiones en mucosa oral y estado de higiene bucal

		lesiones en mucosa oral					Total
		ninguna	lesiones Reaccionales	Alteraciones del desarrollo	Reaccionales y alteraciones	Reaccionales infecciosas y alteraciones del desarrollo	
Evaluación Higiene Bucal	mala	0	3	5	12	2	22
	regular	2	7	7	4	2	22
	buena	1	1	1	3	0	6
Total		3	11	13	19	4	50

Gráfico 13. Distribución de lesiones en mucosa oral y estado de higiene bucal



Interpretación:

En el gráfico 13, se observan 12 casos de lesiones reaccionales y alteraciones con un estado de higiene bucal mala, y 5 casos de solo alteraciones del desarrollo.

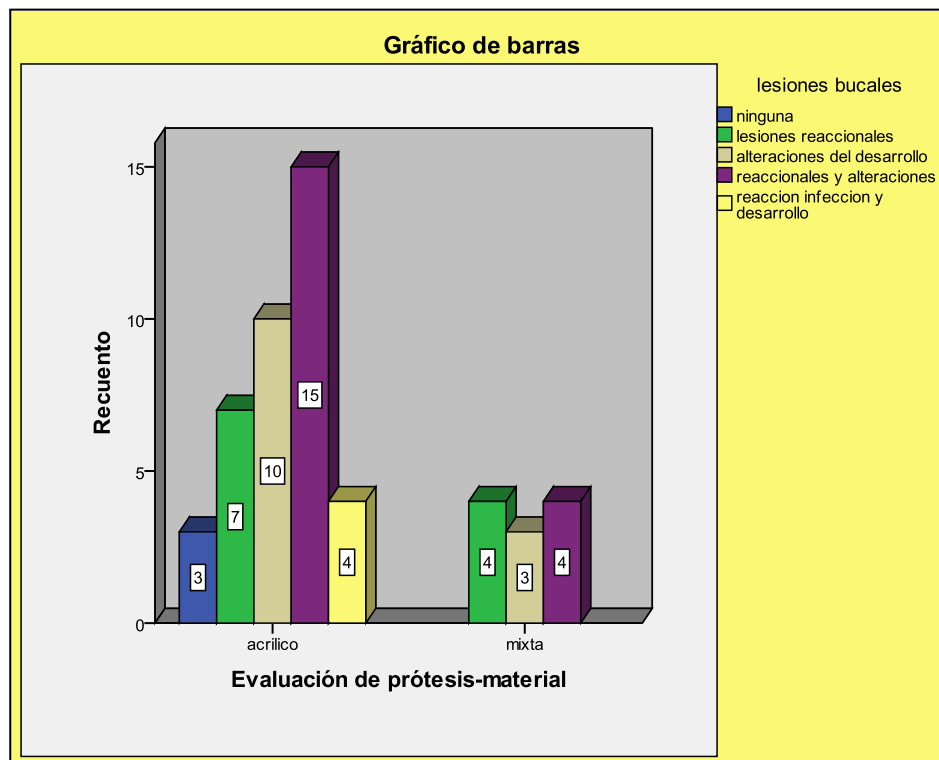
Con un estado de higiene bucal regular están presentes con 7 casos las lesiones reaccionales y con 7 casos las alteraciones del desarrollo y combinadas en 4 casos.

Se observan 3 casos de la combinación de lesiones reaccionales y alteraciones en un estado de higiene bucal bueno.

Tabla 14. Distribución de lesiones en mucosa oral según el material de confección de la base protésica

		lesiones en mucosa oral					Total
		ninguna	lesiones reaccionales	alteraciones del desarrollo	reaccionales y alteraciones	reaccionales infecciosas y alteraciones del desarrollo	
Material de la prótesis	acrílico	3	7	10	15	4	39
	mixta	0	4	3	4	0	11
Total		3	11	13	19	4	50

Gráfico 14. Distribución de lesiones en mucosa oral según el material de confección de la base protésica



Interpretación:

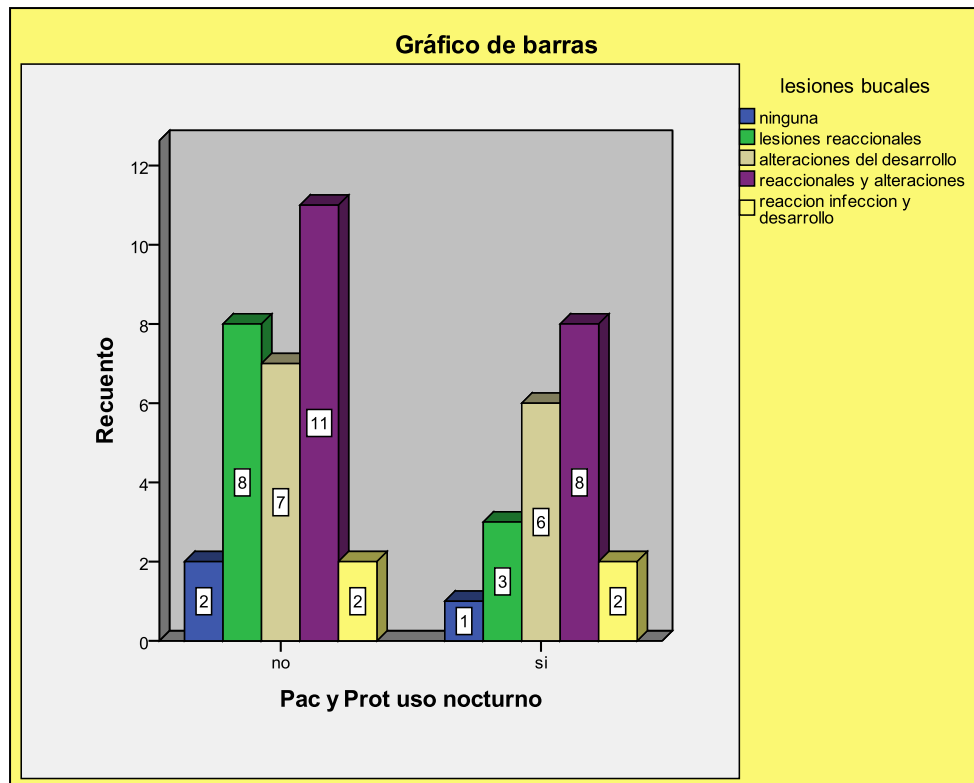
En el gráfico 14 se observan para el acrílico como material de confección de base protésica, 15 casos de lesiones reaccionales combinadas con alteraciones del desarrollo. Se observan 10 casos de solo alteraciones del desarrollo. 7 casos de solo lesiones reaccionales y 4 de la combinación de lesiones infecciosas, reaccionales y alteraciones del desarrollo.

Para el material de base protésico mixto (acrílico-metal) se observan, 4 casos de solo lesiones reaccionales, 4 casos de lesiones reaccionales y alteraciones y 3 de solo alteraciones.

Tabla 15. Distribución de lesiones en mucosa oral, según el uso nocturno de la prótesis

		lesiones en mucosa oral					Total
		Reacciona les infecciosas y alteraciones del desarrollo	lesiones Reacciona les	Alteraciones del desarrollo	Reacciona les y alteraciones	ninguna	
Uso nocturno	no	2	8	7		2	30
	si	2	3	6	8	1	20
Total		4	11	13	19	3	50

Gráfico 15. Distribución de lesiones en mucosa oral, según el uso nocturno de la prótesis



Interpretación:

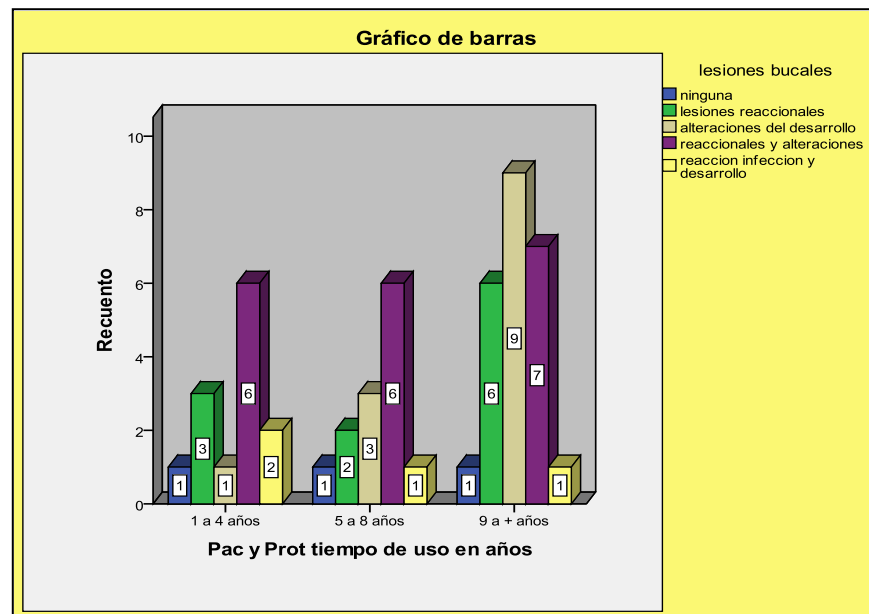
En el gráfico 15, de distribución de lesiones en mucosa oral según el uso nocturno, se observa que la respuesta no, presenta 11 casos de lesiones reaccionales combinada a alteraciones, 8 de solo lesiones reaccionales, 7 de solo alteraciones del desarrollo y 2 casos de lesiones infecciosas combinadas a alteraciones.

La respuesta si, presenta 8 casos de lesiones reaccionales combinada a alteraciones, 6 casos de solo alteraciones del desarrollo, 3 casos de solo lesiones reaccionales y 2 de lesiones infecciosas combinadas a alteraciones del desarrollo.

Tabla 16. Distribución de lesiones en mucosa oral según el tiempo de uso de la prótesis

		Lesiones en mucosa oral					Total
		ninguna	lesiones Reaccionales	Alteraciones del desarrollo	Reaccionales y alteraciones	Reaccionales infecciosas y alteraciones del desarrollo	
Tiempo de uso en años	1 a 4 años	1	3	1	6	2	13
	5 a 8 años	1	2	3	6	1	13
	9 a + años	1	6	9	7	1	24
Total		3	11	13	19	4	50

Gráfico 16. Distribución de lesiones en mucosa oral según el tiempo de uso de la prótesis



Interpretación:

En el gráfico 16, distribución de lesiones en mucosa oral según el tiempo de uso de la prótesis se observa en el intervalo de edad de 1 a 4 años, 6 casos de lesiones reaccionales combinadas a alteraciones del desarrollo, 3 casos de solo lesiones reaccionales y 2 casos de lesiones infecciosas-alteraciones

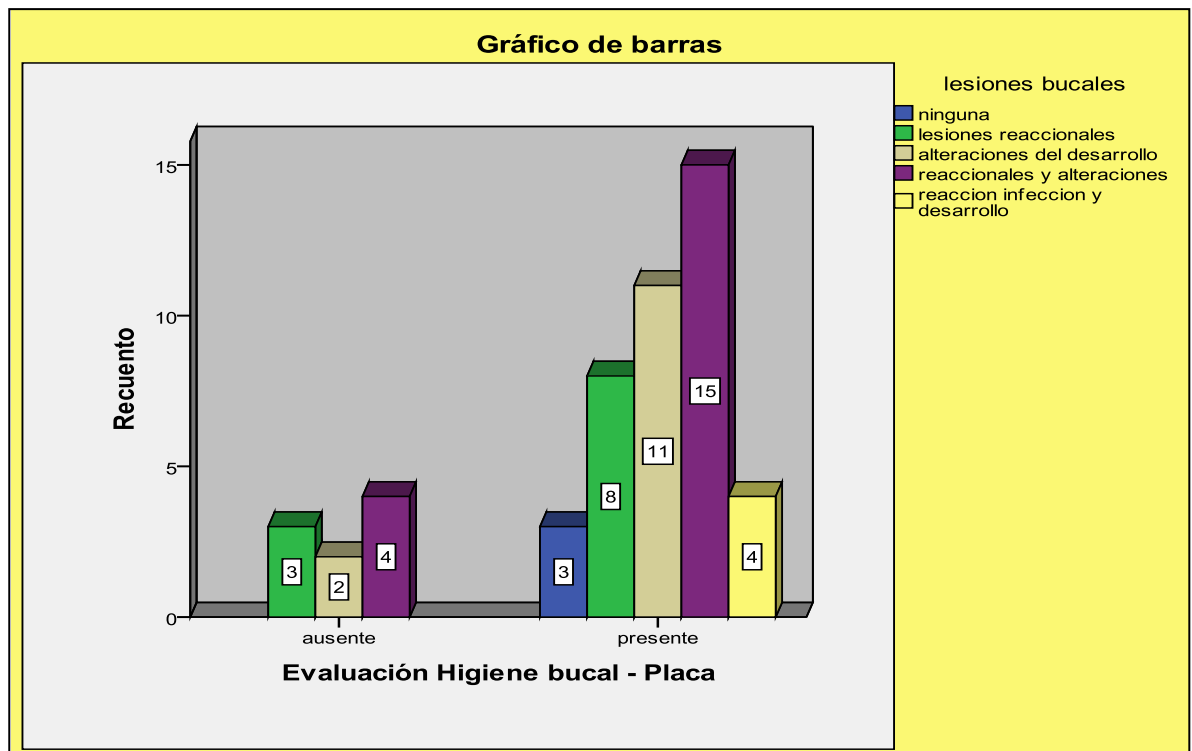
En el intervalo de 5 a 8 años se observa 6 casos de lesiones reaccionales-alteraciones, 3 casos de solo alteraciones del desarrollo, 2 casos de solo lesiones reaccionales y 1 caso de lesiones infecciosas-alteraciones del desarrollo.

En el intervalo de 9 a +años, se observa 9 casos de alteraciones de desarrollo, 7 casos de lesiones reaccionales-alteraciones, 6 casos de solo lesiones reaccionales y 1 caso de lesiones infecciosas-alteraciones del desarrollo.

Tabla 17. Distribución de lesiones en mucosa oral y la presencia de placa bacteriana acumulada en prótesis

		lesiones en mucosa oral					Total
		ninguna	lesiones reaccionales	alteraciones del desarrollo	reaccionales y alteraciones	Reaccionales infecciosas alteraciones del desarrollo	
Placa bacteriana	ausente	0	3	2	4	0	9
	presente	3	8	11	15	4	41
Total		3	11	13	19	4	50

Gráfico 17. Distribución de lesiones en mucosa oral y la presencia de placa bacteriana y tártaro acumulado en la prótesis



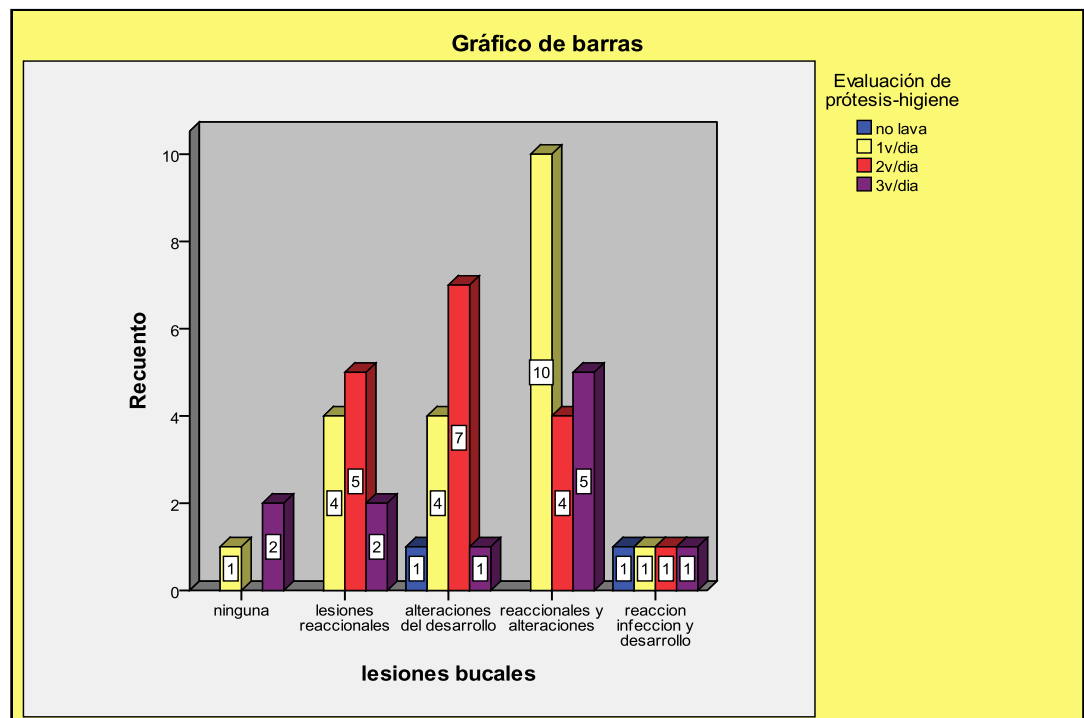
Interpretación:

En el gráfico 17 se observa, la ausencia de placa en 4 casos de lesiones reaccionales-alteraciones del desarrollo, 3 casos de solo lesiones reaccionales, 2 casos de solo alteraciones del desarrollo. La presencia de placa bacteriana, está en relación a 15 casos de lesiones reaccionales-alteraciones del desarrollo, 11 casos de alteraciones del desarrollo, 8 casos de solo lesiones reaccionales, 4 de lesiones infecciosas-alteraciones del desarrollo y 3 casos a ninguna lesión.

Tabla 18. Distribución de lesiones en mucosa oral y frecuencia de higiene de la prótesis

		Evaluación de prótesis-higiene				Total
		no lava	1v/día	2v/día	3v/día	
lesiones bucales	ninguna	0	1	0	2	3
	lesiones reaccionales	0	4	5	2	11
	alteraciones del desarrollo	1	4	7	1	13
	reaccionales y alteraciones	0	10	4	5	19
	Reaccionales, infecciosas y alteraciones del desarrollo	1	1	1	1	4
Total		2	20	17	11	50

Gráfico 18. Distribución de lesiones en mucosa oral y frecuencia de higiene de la prótesis



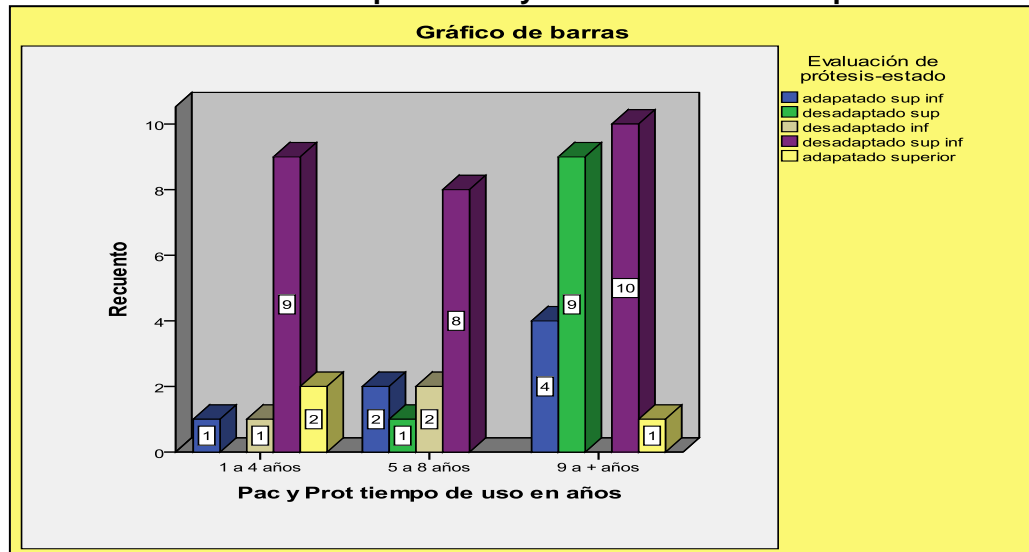
Interpretación:

El Gráfico 18, distribución de lesiones en mucosa oral y frecuencia de higiene de la prótesis muestra el mayor número de casos (10), higiene de una 1v/día en relación a las lesiones reaccionales-alteraciones del desarrollo. Continúa con 7 casos la higiene de 2v/día relacionada a las alteraciones del desarrollo, se observa 5 casos de 2/día para lesiones reaccionales, y 5 casos de 3v/día para lesiones reaccionales-alteraciones.

La frecuencia NO LAVA solo se repite 1 vez, en relación a alteraciones del desarrollo y 1 vez en lesiones infecciosas-reaccionales-alteraciones.

Tabla 19. Relación entre el tiempo de uso y estado técnico de la prótesis

		Evaluación de prótesis-estado					Total
		Adaptado superior e inferior	Desadaptado superior	Desadaptado inferior	Desadaptado superior e inferior	Adaptado superior	
Tiempo de uso en años	1 a 4 años	1	0	1	9	2	13
	5 a 8 años	2	1	2	8	0	13
	9 a + años	4	9	0	10	1	24
Total		7	10	3	27	3	50

Gráfico 19. Relación entre el tiempo de uso y estado técnico de la prótesis**Interpretación:**

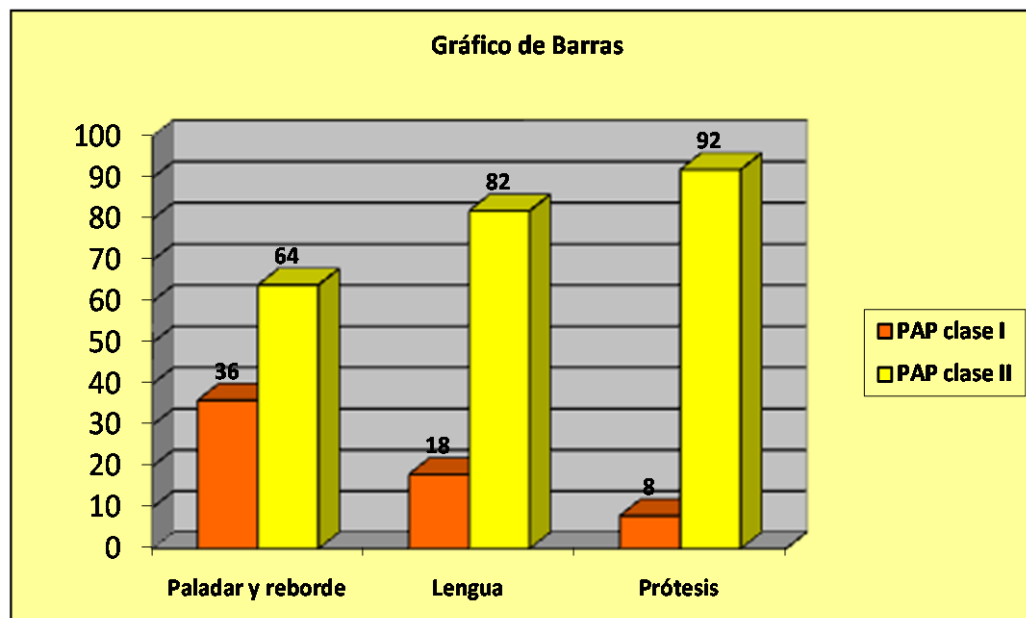
En el gráfico 19, relación entre el tiempo de uso y estado técnico de la prótesis, se observa que el intervalo de 1 a 4 años de edad, presenta 9 casos de desadaptación de la prótesis superior e inferior, 2 casos de prótesis adaptadas superiores, 1 caso de prótesis adaptada superior e inferior y 1 caso de prótesis desadaptada inferior.

De 5 a 8 años, se observan 8 casos de prótesis desadaptada superior e inferior, 2 casos para la desadaptación inferior, 2 casos de prótesis adaptadas superior e inferior, y 1 caso de desadaptación de prótesis superior.

De 9 a +años, se observan 10 casos de prótesis desadaptadas superior e inferior, 9 casos de desadaptación de prótesis superior, 4 casos de adaptación superior e inferior y 1 caso de prótesis adaptada superior

Tabla 20. Ubicación de la lesión según el diagnóstico citopatológico

		CITOPATOLOGIA – Muestras obtenidas					
		Paladar y reborde		lengua		prótesis	
		frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje	frecuencia	porcentaje
Clase de PAP	clase I	18	36	9	18	4	8
	clase II	32	64	41	82	44	92
Total		50	100	50	100	50	100

Gráfico 20. Ubicación de la lesión según el diagnóstico citopatológico**Interpretación:**

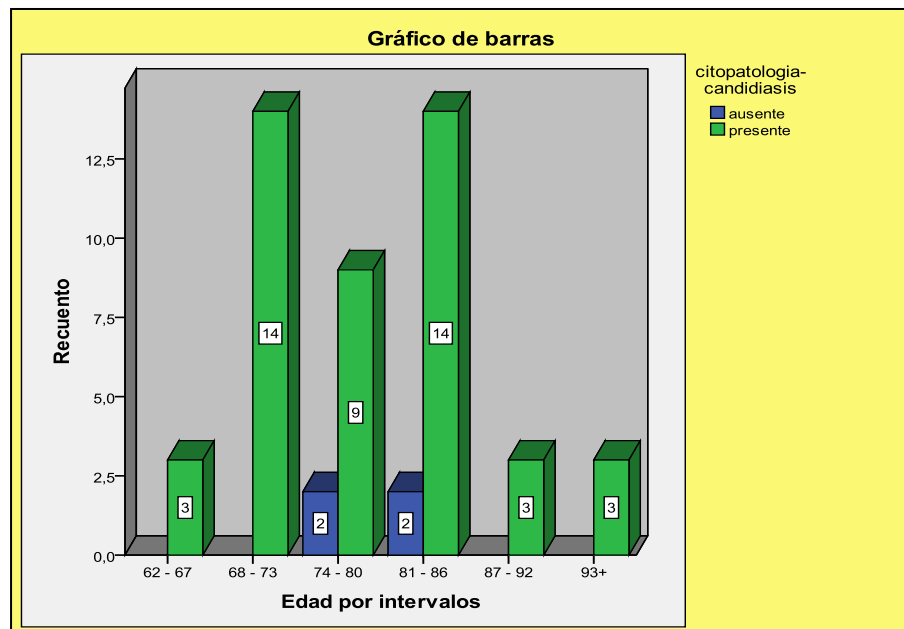
En el gráfico 20, Ubicación de la lesión según el diagnóstico citopatológico, se observa que las muestras de paladar y reborde el diagnóstico PAP clase I es de (36%), y PAP clase II (64%).

Para las muestras obtenidas de lengua el diagnóstico PAP clase I es de (18%) y PAP clase II (82%).

Para las muestras obtenidas de las prótesis el diagnóstico PAP clase I es de (8%), y PAP clase II (92%).

Tabla 21. Distribución de candidiasis y edad según diagnóstico citopatológico

		Citopatología-candidiasis		Total
		ausente	presente	
Intervalos de Edad	62 - 67	0	3	3
	68 - 73	0	14	14
	74 - 80	2	9	11
	81 - 86	2	14	16
	87 - 92	0	3	3
	93+	0	3	3
Total		4	46	50

Gráfico 21. Distribución de candidiasis y edad según diagnóstico citopatológico**Interpretación:**

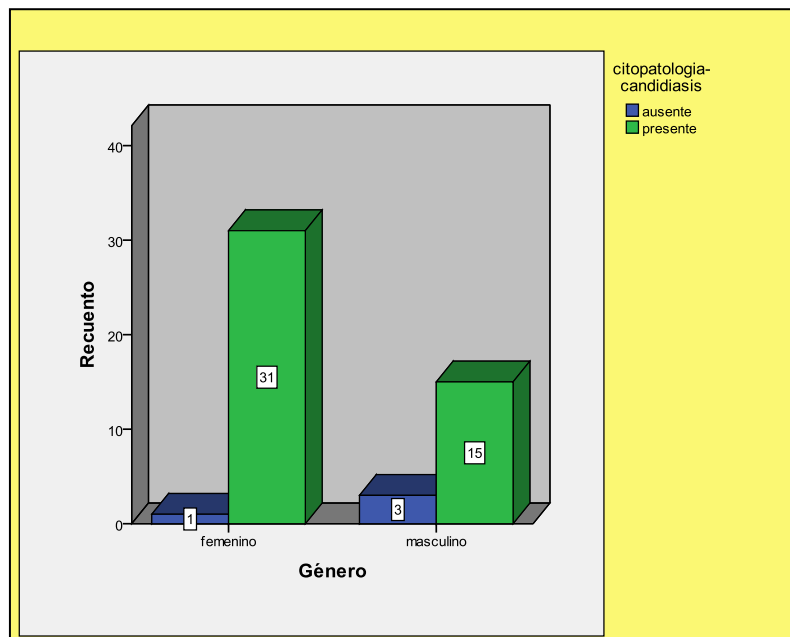
El gráfico 21, distribución candidiasis y edad según diagnóstico citopatológico, en el intervalo de edad 62-67 años, 3 casos de candidiasis. Entre 68-73 años 14 casos de candidiasis. Entre 74-80, 9 casos de candidiasis y 2 ausentes. Entre 81-86, 14 casos de candidiasis y 2 ausentes. Entre 87-92 años 3 casos de candidiasis y mayor a 93 años 3 casos.

Se observa que del total de la muestra, 50 ancianos, 46 presentan candidiasis.

Tabla 22. Distribución de candidiasis y género según diagnóstico citopatológico

		Citopatología-candidiasis		Total
		ausente	presente	
Género	femenino	1	31	32
	masculino	3	15	18
Total		4	46	50

Gráfico 22. Distribución de candidiasis y género según diagnóstico citopatológico



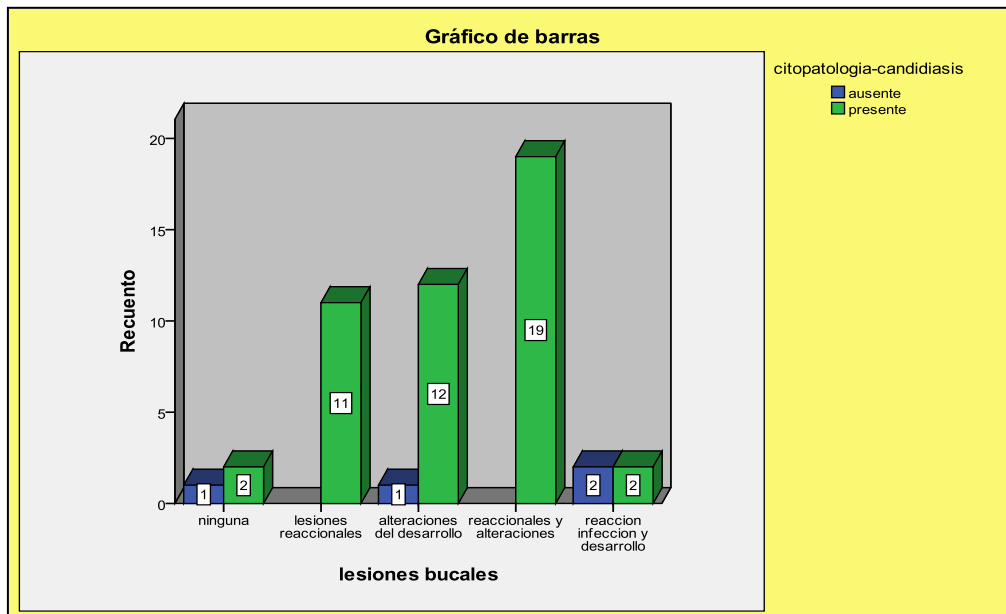
Interpretación:

En el gráfico 22, distribución de candidiasis y género según diagnóstico citopatológico, se observa que el sexo femenino tiene 31 casos de candidiasis y 1 ausente. El sexo masculino presenta 15 casos de candidiasis y 3 casos ausentes.

Tabla 23. Distribución de candidiasis en lesiones en mucosa oral según diagnóstico citopatológico

		citopatología-candidiasis		Total
		ausente	presente	
lesiones en mucosa oral	lesiones reaccionales	0	11	11
	alteraciones del desarrollo	1	12	13
	reaccionales y alteraciones	0	19	19
	Reaccionales, infecciosas	2	2	4
	Alteraciones del desarrollo			
	ninguna	1	2	3
Total		4	46	50

Gráfico 23. Distribución de candidiasis en lesiones en mucosa oral según diagnóstico citopatológico



Interpretación:

El gráfico 23, distribución de candidiasis en lesiones en mucosa oral según diagnóstico citopatológico, muestra que la mayor frecuencia de diagnóstico de candidiasis está en relación a las lesiones reaccionales-alteraciones del desarrollo con 19 casos. En segundo lugar están las alteraciones del desarrollo con 12 casos. En tercer lugar están las lesiones reaccionales con 11 casos. Con 2 casos de candidiasis se encuentran las lesiones infecciosas-alteraciones del desarrollo.

De los participantes de la muestra, cuyo diagnóstico clínico es ninguna lesión, 2 casos presentan candidiasis al diagnóstico citopatológico.

Tabla 24. Frecuencia de otras lesiones bucales encontradas

Lesiones bucales- otros hallazgos		Frecuencia
Validos	Aftas linguales	1
	eritema	3
	Hiperplasia papilar	1
	leucoedema	2
	nevo	1
	pigmentación melánica	3
	Estomatitis nicotínica	2

Imágenes:

Hiperplasia papilar



Hiperplasia inflamatoria por cámara de succión

Leucoedema

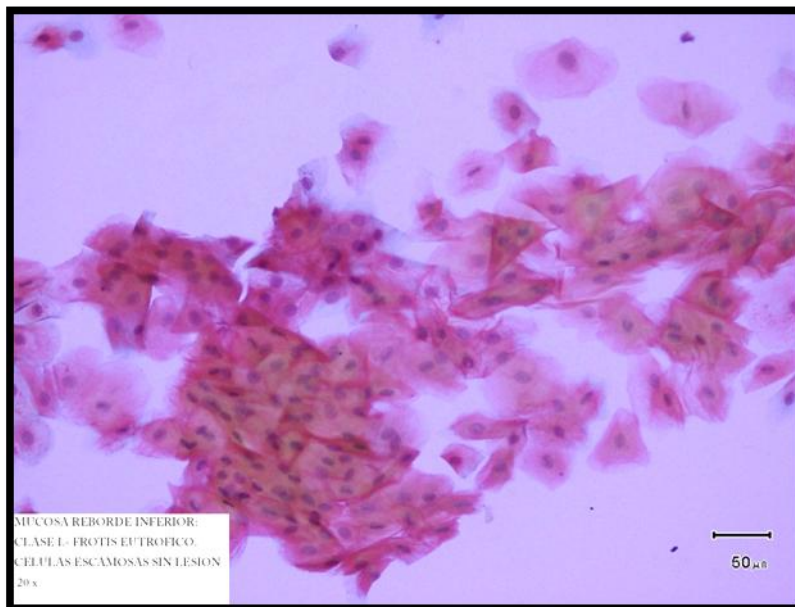
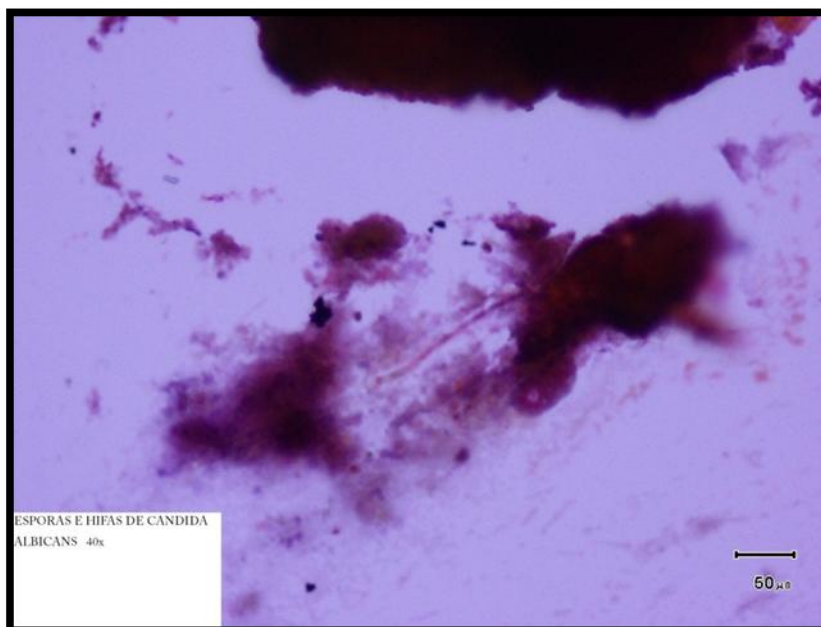


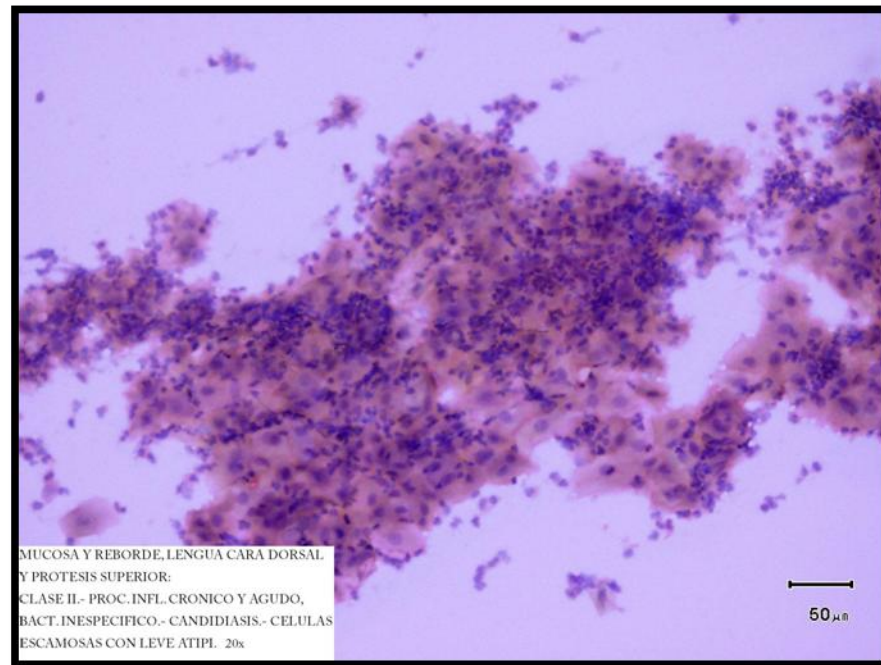
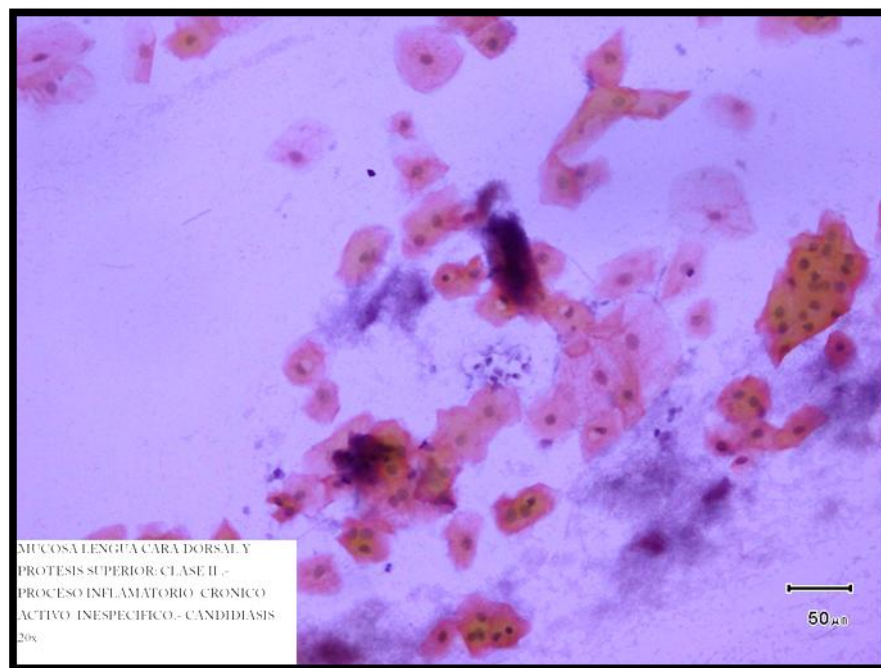
TABLA 25. Relación de prevalencia las lesiones en mucosa y condicionantes orales

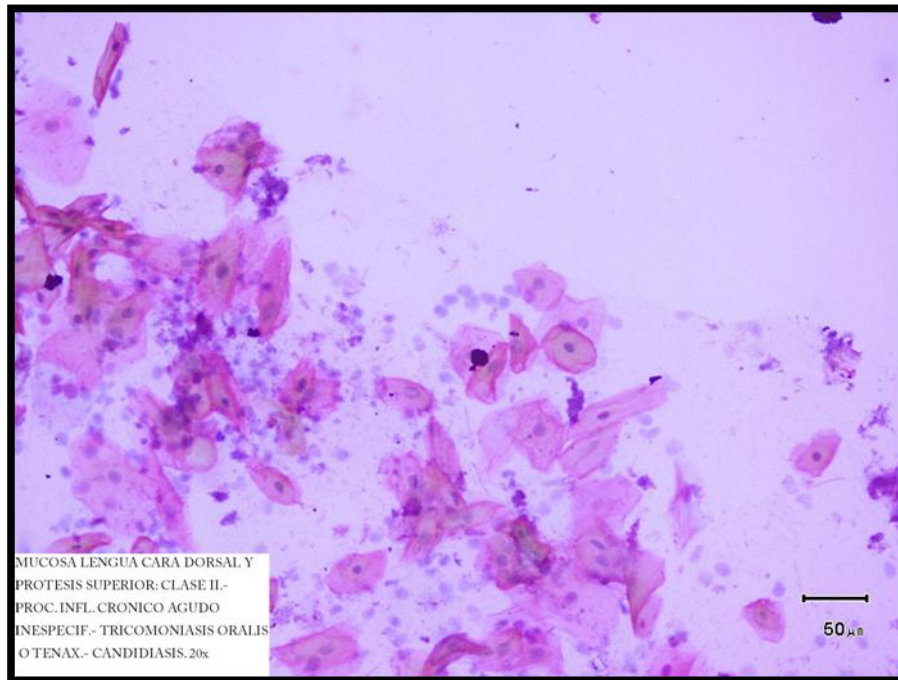
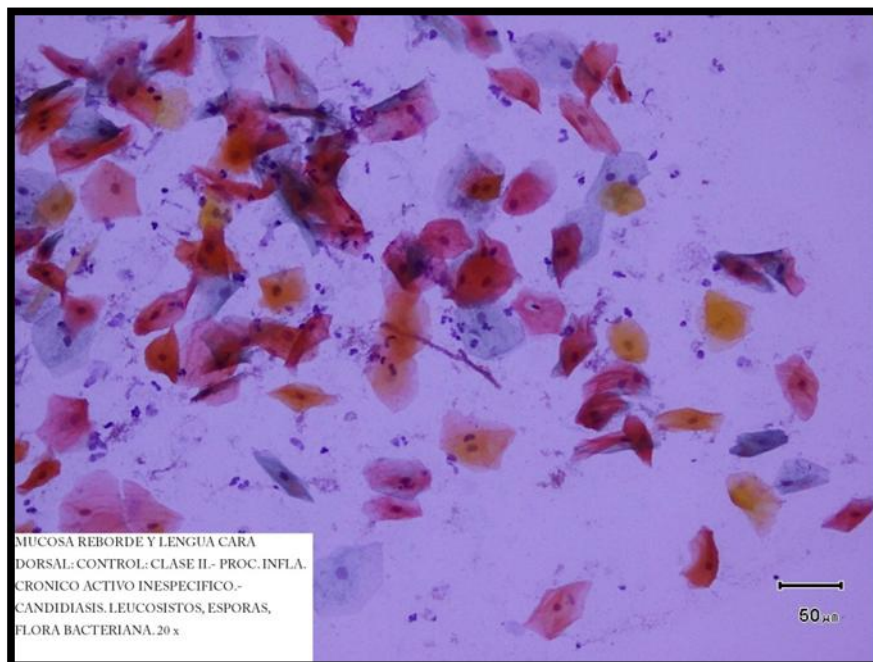
		PREVALENCIA	Condicionantes orales									
			Higiene bucal				Material base		Tiempo de uso			Uso nocturno
			Buena	Regular	mala	Presencia de placa bacteriana	acrílica	Mixta	1-4 años	5-8 años	9 + años	
LESIONE EN MUCOSA ORAL	Lesiones reaccionales	11 %22	1 2%	7 14%	3 6%	8 16%	7 14%	4 8%	3 6%	2 4%	6 12%	3 6%
	Alteraciones del desarrollo	13 %26	1 2%	7 14%	5 10%	11 22%	10 20%	3 6%	1 2%	3 6%	9 18%	6 12%
	Reaccionales alteraciones	19 %38	3 6%	4 8%	12 24%	15 30%	15 30%	4 8%	6 12%	6 12%	7 14%	8 16%
	Reaccionales Infecciosas, alteraciones	4 8%	0 0%	2 4%	2 4%	4 8%	4 8%	0 0%	2 4%	1 2%	1 2%	2 4%
	Ninguno	3 6%	1 2%	2 4%	0 0%	3 6%	3 6%	0 0%	1 2%	1 2%	1 2%	1 2%
	TOTAL		6 12%	22 44%	22 44%	41 82%	39 78%	11 22%	13 26%	13 26%	24 48%	20 40%
		50 100%	50 = 100%			41 82%	50=100%		50=100%			40%

Interpretación:

La tabla 25, la prevalencia para lesiones en mucosa producidas por prótesis considera a las lesiones reaccionales e infecciosas, descartando a las alteraciones del desarrollo. Por lo tanto el porcentaje de lesiones producidas por prótesis es de 68%.

FOTOGRAFÍAS EXAMEN CITOPATOLÓGICO – EVIDENCIA DE CANDIDIASIS**Caso 1.****Caso 2.**

Caso 3.**Caso 4.**

Caso 5.**Caso 6.**

9. DISCUSIÓN

Al presentar los resultados de este estudio y sus posibles implicaciones es necesario entender las posibles limitaciones del trabajo en sí. En los estudios de prevalencia no es posible determinar la procedencia del supuesto factor de riesgo en relación al problema de salud en cuestión. Condición necesaria para la caracterización de una relación de causa y efecto; no obstante, se resalta que los estudios transversales son frecuentemente llevados a cabo para brindar estimaciones de problemas de salud y sirven también, para realizar inferencias etiológicas, además de ser particularmente apropiadas para contribuir al planeamiento de los servicios de salud, incluso los que brindan atención odontológica y rehabilitación protésica o no.

Las prótesis constituyen una alternativa a la pérdida de los dientes. Pero, aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal y, en especial, la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad.⁶⁸

En ese sentido, varias investigaciones han demostrado que las prótesis, sobre todo cuando son viejas, están desajustadas, incorrectamente confeccionadas o en mal estado, producen daños que contribuyen aun más al deficiente estado de la cavidad bucal y afectan, en todos los aspectos, la salud de las personas, sobretodo a los ancianos.⁶⁹

Por otro lado, se conoce que existe una relación entre el tiempo de uso de las prótesis, la higiene y su estado con el incremento de las lesiones de la mucosa oral.^{4, 70} Sin embargo, la situación real del asilo de ancianos San Ramón de la ciudad de La Paz sobre el uso de prótesis, las lesiones bucales provocadas por las que están siendo usadas, así como la relación entre sus características y las lesiones bucales en la población no está visiblemente cuantificada, ni tampoco se conoce el riesgo que tiene un individuo de tener lesiones bucales con un tiempo de uso prolongado o con una prótesis desajustada o en mal estado.

Las evidencias actuales no pasan de ser suposiciones realizadas a partir de la práctica asistencial y no existen trabajos publicados que describan el estado concreto de este problema en nuestro medio.

Profundizar en esta problemática es de gran importancia para la planificación de los servicios médicos y para establecer políticas adecuadas en beneficio de la población.⁽⁷⁰⁾

Por lo tanto, este estudio demuestra que de los 50 adultos mayores seleccionados, el 94% presentan al menos una lesión, observable clínicamente; sin embargo, se hace énfasis en que las lesiones producidas por prótesis dentarias están restringidas a las lesiones reaccionales las cuales comprenden; a la estomatitis subprotésica, hiperplasia fibrosa inflamatoria, úlcera traumática y queratosis friccional. La asociación a lesiones infecciosas; candidiasis y queilitis en este estudio, implica una relación importante pero no determinante en relación a su causalidad⁵⁸, de la misma manera la higiene tanto del paciente como de la prótesis, contrastada por estudios en los que la relación fue directa entre la presencia de patologías e higiene,⁶⁴ o el tiempo de uso.⁷¹

El género de la población estudiada, expresa que las mujeres son las más afectadas.^{72, 73, 74}

Love y colaboradores en 1967, señalan que el hecho de que la E.S.P. sea más frecuente en pacientes del sexo femenino se deba por una parte, a cierta tendencia de las mujeres a perder los dientes más tempranamente y por la otra, a que la mucosa palatina del hombre sea probablemente más resistente que la de la mujer en cuanto al uso de las prótesis.⁷⁵

Respecto a los distintos grupos de edad; pudimos observar que si bien existe un grupo específico de edad 68-73años con más susceptibilidad de tener lesiones, no tuvimos valores representativos. Por lo que existe una mínima influencia de la prevalencia de lesiones de la mucosa oral y la edad.⁷⁶

La mayoría de los estudios de prevalencia de lesiones orales, hacen énfasis en las lesiones bucales independientemente del paciente,⁵⁸ en este estudio, se procedió con la clasificación de lesiones bucales según su prevalencia por cada caso, es decir, pacientes que solo tenían lesiones reaccionales (22%) o alteraciones del desarrollo (26%), pacientes que presentaban tanto alteraciones del desarrollo como lesiones reaccionales (38%), y finalmente se tuvo que tomar en cuenta a pacientes que presentaban simultáneamente lesiones reaccionales, alteraciones del desarrollo e lesiones infecciosas (8%).

Se infiere de la clasificación anterior que las lesiones infecciosas observables clínicamente en ningún caso estuvieron aisladas a otras lesiones.

Ahora en una valoración independiente de cada subgrupo de lesiones, es decir considerando solo a las lesiones reaccionales en total, se evidencia lo siguiente:

Las alteraciones del desarrollo en este estudio, si bien no son consecuencia del uso de una prótesis, han sido incluidas debido a su alta prevalencia en cavidad bucal, corroborada por los datos estadísticos. (Tabla 5) cuyo valor alcanzó el 72%, y que en este estudio comprendieron la lengua fisurada, lengua geográfica y Varicosidades linguales, esta última de fue la de mayor prevalencia 54%, seguida de la lengua fisurada con un 18% total y lengua geográfica 2%.

Las varices o varix corresponden a una vena anormalmente dilatada y tortuosa. La causa exacta de las varices orales es desconocida. La edad es un factor importante porque las varices orales son raras en niños y comunes en los adultos de edad avanzada.⁵⁸⁻⁷⁷

No existen muchos estudios que consideren a las Varicosidades linguales como una lesión en sí, los pocos existentes sugieren que los cambios más comunes de la mucosa oral no relacionado al uso de prótesis, son la lengua saburral, queilitis angular, en nuestro estudio considerada infecciosa, y la Varicosidades linguales.⁷⁸

La lengua fisurada, segunda en prevalencia en el grupo estudios también sería la más prevalente cuando no existen asociaciones de ningún tipo.⁷⁹

Es decir, en este caso, sin relación al uso de prótesis.

Encontramos que las lesiones reaccionales en total alcanzan a un 68% y la lesión mas prevalente es la estomatitis subprótesis 36%, que sin asociaciones esta en un 22%, y asociada a hiperplasia inflamatoria 6%, o asociada a úlcera traumática 4%, dando un total de 30%, corroborado por estudios que la indican como la lesión reaccional mas prevalente^{4, 58, 70, 72} seguida de la úlcera traumática o la hiperplasia fibrosa inflamatoria.

La segunda lesión mas prevalente en este grupo son las ulceraciones de origen traumático como la patología más frecuente 22%, también corroborada por otros estudios pero, se debe adicionar las lesiones de úlcera traumática asociadas a la estomatitis subprotesis 6%, que da un resultado de 28% total, aún inferior a la estomatitis subprotesis.

Generalmente las úlceras traumáticas se asocian a la presencia de prótesis, porque provoca lesiones de decúbito en la mucosa que la soporta; estas alteraciones brindan una excepcional puerta de entrada a la actuación de carcinógenos como el tabaco y el alcohol y otros agentes todavía desconocidos.⁸⁰

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.⁸¹

Debe evitarse una actitud conservadora en este tipo de lesiones y realizar el diagnóstico diferencial con otras lesiones ulceradas (neoplasias, alteraciones dermatológicas o inmunológicas, farmacológicas, etc).

No hay duda de que ambas patologías están entre las más prevalentes y que independientemente de su orden, tendrían alguna relación con pacientes portadores de prótesis totales removibles.

Consideramos importante la prevalencia de una lesión apenas reportada en las investigaciones sobre mucosa oral^{73, 58, 82} la queratosis friccional, que en el estudio reveló un 14% del total de lesiones reaccionales.

Pudimos observar en un 8% a la hiperplasia inflamatoria, asociada a la estomatitis subprotésica, y en un 4% como única lesión, dando un 12% total. No muy distante de otros resultados similares en cuanto a porcentaje pero no a prevalencia total de patologías.^{70, 83}

Finalmente, tenemos a las lesiones infecciosas, candidiasis y queilitis angular, que tuvieron una prevalencia del 8%, similar a trabajos ya publicados.

Del cual la queilitis esta un 6%, la candidiasis en un 4% y la ambas patologías simultáneamente en un 2%.

Estudios similares sugieren unos porcentajes muy parecidos, tanto par al queilitis como para la candidiasis.^{84, 85, 86}

No obstante, estos resultados son producto de la revisión clínica, y dado a que la candidiasis, presente en ambas patologías, requiere de un análisis mas específico se procedió a la toma de muestra para el análisis citopatológico, el cuál fue contundente en sus resultados, el 92% de los ancianos tiene candidiasis.

Si consideramos la patología mas prevalente en la revisión clínica, la estomatitis subprotésica, y el hallazgo de candidiasis en el análisis citopatológico se puede deducir que como muchos estudios refieren la estomatitis subprotésica, no es una entidad aislada, sino que necesariamente, está relacionada a la presencia de candidiasis.⁴⁴

Una higiene deficiente de la prótesis trae como consecuencia el depósito de placa dentobacteriana en el interior de la base, sobretodo en aquellas prótesis que no están bien adaptadas, y origina que se desarrollen microorganismos oportunistas como la *Cándida albicans*, incluso pueden proliferar bacterias en forma de cocos y bacilos, a causa de la descomposición de los alimentos, y agravar así el cuadro. El riesgo de poseer lesiones paraprotéticas, sobretodo la ESP, aumenta cuando disminuye la higiene bucal. Situación que se confirma en los resultados de este estudio, donde el riesgo de que aparezca una lesión paraprotética determinada es de más de dos veces en aquellas personas que guardan una higiene deficiente.^{74 75, 87}

Se reafirma el hecho de que la prótesis es un elemento que actúa como un cuerpo extraño que va traumatizando las mucosas que la soportan, y más aún en la medida que se desajustan, pasa el tiempo y no se revisan, causando, sin dudas, una disminución de las defensas locales, circunstancia que pudiera aprovechar la *Cándida albicans* para instalarse como patógeno sobreañadido a la afección existente y aumentar su gravedad.^(88. 89) Incluso, autores como Nicot, Quintana y colaboradores reportan que las prótesis desajustadas son un factor de riesgo importante que está relacionado con las lesiones bucales premalignas y malignas.⁹⁰

Casi siempre, la *Cándida albicans* es inofensiva y en realidad, ayuda a mantener el nivel bacteriano adecuado. Sin embargo, algunas veces se desarrolla crecimiento desmedido de este hongo, que podría generar variedad de problemas. Esto ha sido ampliamente aceptado, ya que entre el 45 y el 60% de adultos sanos pueden tener *cándida* como microorganismo residente sin presentar signos ni síntomas de enfermedad en mucosa bucal.^{74, 91}

Es importante que el Odontólogo realice un examen clínico minucioso de la cavidad bucal y estar en conocimiento de las características clínicas de esta lesión.

Se han señalado diversos agentes etiológicos en la E.S.P., pero el uso continuo de la prótesis, aumenta la posibilidad de que se produzca trauma local, y éste a su vez se incrementa por el tiempo de exposición con la placa dental.¹¹

La infección micótica, especialmente por *Cándida albicans* es frecuentemente señalada como agente causal de E.S.P. Sin embargo, estudios recientes cuestionan que solo este microorganismo sea responsable de esta lesión, ya que otras especies microbianas pueden estar implicadas.⁴⁷

Cardozo en 1999,⁹¹ realizó un estudio en 30 pacientes que presentaban Estomatitis Subprotésica inducida por *Cándida*. Se realizó el tratamiento diferenciado con buenos resultados.⁹²

Estos resultados y los del presente estudio, coinciden con la mayoría de los trabajos realizados al respecto, donde se ha podido demostrar que *Cándida albicans* es la especie que se encuentra con mayor frecuencia asociada a Estomatitis Subprotésica y presente en cavidad bucal.

10. CONCLUSIONES

En la presente investigación, se ha encontrado que un 94% de los Adultos Mayores examinados, presentan lesiones en la mucosa oral, mientras que un 6% no presentan. Las patologías de mayor prevalencia fueron: alteraciones del desarrollo 72%, seguida de las lesiones reaccionales 68%. Y finalmente lesiones infecciosas 8%.

Las lesiones se presentan más en mujeres que en hombres.

De las alteraciones del desarrollo: Varicosidades en lengua un 54%. De las lesiones reaccionales: Estomatitis subprotésis 36%.

El examen Citopatológico nos revela prevalencia de *cándida albicans* en un 92%.

Viendo los resultados podemos señalar que: a mayor tiempo de uso, prótesis desadaptadas, uso nocturno de prótesis, prótesis con base acrílica: ***“Mayor riesgo de lesiones en mucosa oral”***, más aún si la higiene es deficiente.

11. RECOMENDACIONES

Este estudio Exploratorio inicial, nos ha proporcionado información sobre aspectos epidemiológicos de las lesiones en mucosa oral de los Adultos Mayores, que podría ser valiosa para la planificación, de futuros estudios de salud oral, y sobre todo para crear políticas de salud oral, tratamientos y aplicación de programas preventivos a favor de este grupo poblacional.

El Odontólogo debe estar lo suficientemente capacitado para evaluar y tratar de rehabilitar al paciente, bajo las normas y condiciones que deben cumplir las prótesis como: soporte, estabilidad y restablecer las funciones masticatorias, fonética y estética. Debe orientar correctamente al paciente, es este caso a los Adultos Mayores en todos los aspectos relacionados con el uso y cuidado de las prótesis, y en cuanto a la importancia de mantener la salud bucal como parte de la salud integral. De ser así estaríamos previniendo el desarrollo de este tipo de lesiones.

12. BIBLIOGRAFÍA.

1. Pennacchioti GV. Factores que influyen en el uso de prótesis removible en adultos mayores recién rehabilitados. [trabajo de investigación] Santiago: Univ. de Chile; 2006
2. Díaz MY, Martell FI, Zamora JD. Afecciones de la mucosa oral encontradas en pacientes geriátricos portadores de prótesis estomatológicas. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2007 Sep; 44(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300002&Ing=es.
3. Sansano, Sandra. "Cambios histológicos inducidos por la edad en la pulpa, dentina y cemento dental". El odontólogo invitado. Online. 20 junio 2008.
4. Sotomayor JC, Pineda EM, Gálvez LC. Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales. Odontología Sanmarquina 2002; 1 (10): p. 17-22.
5. Roisiblit R. y otros. Odontología para las personas mayores. 1ra ed., Buenos Aires, el autor, 2010.
6. Barrón VP, Mardones AH, Vera SS, Ojeda GU, Rodríguez FA. Comparación de estilos de vida de la población económicamente activa mayor de 65 años entre las ciudades de Chillán y Valparaíso, Chile. Theoria. Vol. 15 (1): 33-44, 2006. p. 33-44
7. World Health Organization The World Health Report 2003. Shaping the Future. Geneva, Switzerland: WHO; 2003.
8. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol 2005; 33: 81–92. _ Blackwell Munksgaard, 2005
9. Petersen PE, Ueada H. Oral health in ageing societies-integration of oral health and general health. Report of a meeting convened at the WHO Centre for health development in Kobe, Japan, 1-3 June 2005. Geneva 2006
10. Acuña, Lilitiana. "Odontogeriatría", Asociación Dental Mexicana. Online. 3 septiembre 2010
11. Vázquez LM, La consejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de Prótesis Estomatológica. Rev Cubana Estomatol 2003; 40(2) disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol40_2_03/est08203.htm
12. Garcia CA, Sánchez HL, Martínez AR. Cambios morfológicos que influyen en el tratamiento protésico del paciente geriátrico. [trabajo de investigación] Camaguey. 1999
13. "Vejez". Wikipedia. Online. 10 abril 2010

14. Villarroel LW, Flores V, Copana A, Olmos R . Marco legal, políticas y normativas de salud orientada a la atención integral del adulto mayor "Seguro Medico Gratuito de Vejez Vs Seguro de Salud Para el Adulto Mayor". *Rev. méd. (Cochabamba)*, jun. 2009, vol.20, no.30, p.76-79.
15. "Estadísticas demográficas" Instituto Nacional de Estadística. Online. 6 mayo 2010
16. Manual de Procedimientos Administrativos. SSPAM Seguro de Salud para el Adulto Mayor. Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia. 2009
17. Protocolos de atención del Sistema Único de Salud. SSPAM Seguro de Salud para el Adulto Mayor. Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia. Publicación 115. 2009.
18. Gomez de Ferraris M, Campos Muños A. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. 3ed. México. Ed. Panamericana. 2009
19. Mulet García M, Hidalgo Hidalgo S, Díaz Gómez SM. Salud bucal en pacientes portadores de prótesis. Etapa diagnóstica. *Archivo médico de Camagüey* 2006; 10 (5) ISSN 1025-0255 disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n5-2006/2065.htm>
20. Misrachi, C, Espinoza I, Utilidad de las mediciones de la calidad de vida relacionada con la salud. *Revista Dental de Chile* 2005; 96 (2): 28-35
21. Jainkittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal conditions in elderly dental patients. *Oral Dis.* 2002 Jul; 8(4):218-23.
22. Zegarra R, Anita F, Contreras S, Sonia J. Hiperplasia fibrosa inflamatoria y posibles factores asociados en adultos mayores. *Rev. Estomatol. Herediana*, jul./dic. 2005, vol.15, no.2, p.139-144. ISSN 1019-4355.
23. Quiroz, Alejandro. Cambios bucales en el paciente geriátrico. Colegio de Odontólogos de Venezuela. Online. 7 abril 2010.
24. Ramos MD, Hidalgo SH, Rodríguez MR, Lorenzo GG, Días SG. Alteraciones bucales en pacientes geriátricos rehabilitados con prótesis parciales. *Arch. méd. Camaguey*; 9(5), sep.-oct. 2005.
25. Frías, María; Soto, Patricia, Días Yunior. Lesiones bucales frecuentemente asociadas a la prótesis dental en pacientes del policlínico "19 de abril". *Revista Científica Estudiantil de Ciencias Médicas de Cuba*. 16 de abril. Online. 4 de agosto de 2010
26. Rodríguez V y otros. Lesiones de los tejidos blandos. *Revista Odontológica de Los Andes*. Merida-Venezuela. Vol. 2 N°1. Enero-Junio 2007.
27. Castañeda, Mario y otros. Modificación de conocimientos sobre cuidado y mantenimiento de la prótesis total en el adulto mayor. *Odontología online*. Online. 10 mayo 2009

28. Lemus Cruz Leticia María, Triana Katy, Del Valle Selenenko Oksana, Fuertes Rufín Liscary, Sáez Carriera Rolando. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2009 Mar; 46(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100003&Ing=es
29. Lemus Cruz Leticia María, Triana Katy, Del Valle Selenenko Oksana, Fuertes Rufín Liscary, Castell Claudia León. *Rev hanan cienc méd La Habana*, Vol. VIII No. 1, ene-mar 2009
30. Núñez Antúnez Leonardo, Corona Carpio Marcia Hortensia, Camps Mullines Idalia, González Heredia Eugenia, Álvarez Torres Isabel María. Necesidad de rehabilitación protésica en ancianos institucionalizados. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2007 Sep 44(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300005&Ing=es.
31. Shafer W, Hine B, Levy BE, Tomich E. *Tratado de patología bucal*. 4ta ed, México, D.F.
32. Alpizar GB, Rodríguez BM, Betancourt CE. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor: una preocupación de todos. *MediSur* [revista en la Internet]. 2010 Feb; 8(1): 36-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000100008&Ing=es
33. Blandria A, Bexi J. Uso, cuidados y estado de prótesis removibles en una población rural dispersa *Rev Od Los Andes* 2007; 2(2): 5-11.
34. Yeung AL, Lo EC, Chow TW, Clark RK. Oral health status of patients 5-6 years after placement of cobalt-chromium removable partial dentures. *J Oral Rehabil*. 2000 Mar; 27(3):183-9.
35. Salvatella MR. Condiciones y lesiones orales en una población anciana institucionalizada de castellón. (Tesis doctoral) Online 2009.
36. Carnevale S, Bassan ND, Soldano OR. Detección de lesiones bucales en una población geriátrica. (Trabajo de Investigación) Online. 2008.
37. Herrera IL, Osorio M. Subprótesis en mayores de 45 años comportamiento de la estomatitis. Instituto superior de Ciencias Médicas de la Habana. Online. Agosto 2010
38. Herrera IL, Osorio M. Revisión bibliográfica sobre estomatitis subprótesis. Instituto superior de Ciencias Médicas de la Habana. Online agosto 2010
39. Nápoles González Isidro de Jesús, Díaz Gómez Silvia María, Puig Capote Elizabeth, Casanova Rivero Yanet. Prevalencia de la estomatitis subprótesis. *AMC* [revista en la Internet]. 2009 Feb; 13(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000100003&Ing=es.

40. Sifontes L, Martínez SY, Capote PE, Isidro de Jesús N, Gómez S. Comportamiento de la estomatitis subprótesis. AMC [revista en la Internet]. 2010 Feb; 14(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000100009&Ing=es
41. Torres EC, Rosales JM. Relación entre el uso nocturno y la adaptación a la prótesis estomatológica. Rev Cubana de Estomatol 2000; 37(2):77-83
42. Webb BC, Thomas CJ, Willcox MD, Harty DW, Knox KW. Candida-associated denture stomatitis. Aetiology and management: a review. Part 3. Treatment of oral candidosis. Aust Dent J. 1998 Aug;43(4):244-9
43. Webb BC, Thomas CJ, Willcox MD, Harty DW, Knox KW. Candida-associated denture stomatitis. Aetiology and management: a review. Part 2. Oral diseases caused by Candida species. Aust Dent J. 1998 Jun; 43(3):160-6. Review
44. Salerno C, Pascale M, Contaldo M, Esposito V, Busciolano M, Milillo L, Guida A, Petruzzi M, Serpico R. Candida-associated denture stomatitis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011 Mar 1;16(2):e139-43. Review.
45. Kulak-Ozkan Y, Kazazoglu E, Arıkan A. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. J Oral Rehabil. 2002 Mar; 29(3):300-4.
46. McMullan-Vogel CG, Jüde HD, Ollert MW, Vogel CW. Serotype distribution and secretory acid proteinase activity of Candida albicans isolated from the oral mucosa of patients with denture stomatitis. Oral Microbiol Immunol. 1999 Jun;14(3):183-9.
47. Coelho CM, Sousa YT, Daré AM. Denture-related oral mucosal lesions in a Brazilian school of dentistry. J Oral Rehabil. 2004 Feb;31(2):135-9.
48. López-Labady J, Villarroel M, Lazarde J, Rivera H. Fibroma Traumático: Revisión de la literatura y reporte de dos casos. Acta odontol. venez [online]. 2000, vol.38, n.1
49. Lopez-Labady J. Estudio epidemiológico del fibroma traumático en una muestra de la población venezolana durante el período 1991-2001. Acta odontol. venez, sep. 2009, vol.47, no.3, p.60-62.
50. Rodríguez ZA, Sacsquispe C, Sonia J. Hiperplasia fibrosa inflamatoria y posibles factores asociados en adultos mayores. Rev. estomatol. hered;15(2):139-144, jul.-dic. 2005
51. Muñante-Cárdenas, Jose luis et al. Consideraciones actuales en hiperplasia fibrosa inflamatoria. Acta odontol. venez, Jun 2009, vol.47, no.2, p.460-466.
52. Almeida GB, Menezes EM, Miranda FI, prevalencia dos casos de hiperplasia fibrosa inflamatória em mucosa bucal. Rev. Uniciencias V14 n.1, 2010
53. Sapp PH, Lewis George. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 2a edición, España, Editorial Elsevier. 2005

54. Lazarde, LJ, Avilan BI. Candidiasis Eritematosa de la cavidad bucal. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Acta odontol. venez.* [online]. ago. 2003, vol.41, no.3 p.236-239. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652003000300008&Ing=es&nrm=iso. ISSN 0001-6365.
55. Rodríguez OJ, Miranda TJ, Morejón LH, Santana GJ. Candidiasis de la mucosa bucal: Revisión bibliográfica. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2002 Ago; 39(2): 187-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072002000200007&Ing=es.
56. Ayuso-Montero R, Torrent-Collado J, López-López J. Estomatitis protésica: puesta al día. *RCOE* [revista en la Internet]. 2004; 9(6): 645-652. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2004000600004&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1138-123X2004000600004>.
57. Webb BC, Thomas CJ, Whittle T. A 2-year study of Candida-associated denture stomatitis treatment in aged care subjects. *Gerodontology*. 2005 Sep; 22(3):168-76.
58. Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. *J Oral Pathol Med*. 2003 Nov;32(10):571-5
59. Terai H, Shimahara M. Chronic oral ulcer associated with Candida. *Mycoses*. 2010 Mar 1;53(2):168-72. Epub 2009 Jan 21.
60. Kaklamanos EG, Charalampidou M, Menexes G, Topitsoglou V, Kalfas S. Transient oral microflora in Greeks attending day centres for the elderly and residents in homes for the elderly. *Gerodontology*. 2005 Sep;22(3):158-67.
61. Boscato N, Radavelli A, Faccio D, Loguercio AD. Biofilm formation of *Candida albicans* on the surface of a soft denture-lining material. *Gerodontology*. 2009 Sep;26(3):210-3. Epub 2008 Nov 14.
62. García-Pola Vallejo MJ, Martínez Díaz-Canel AI, García Martín JM, González García M. Risk factors for oral soft tissue lesions in an adult Spanish population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2002 Aug;30(4):277-85
63. García LE, Blanco RA, Rodríguez GL, Reyes FD, Sotres VJ. Queilitis: Revisión bibliográfica. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2004 Ago; 41(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200009&Ing=es.
64. Freitas JB, Gomez RS, De Abreu MH, Ferreira E Ferreira E. Relationship between the use of full dentures and mucosal alterations among elderly Brazilians. *J Oral Rehabil*. 2008 May;35(5):370-4.
65. Taiwo JO, Kolude B, Akinmoladun V. Oral mucosal lesions and temporomandibular joint impairment of elderly people in the South East Local Government Area of Ibadan. *Gerodontology*. 2009 Sep;26(3):219-24.

66. Hernández-Sampieri R, Fernandez-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de La investigación. 4ta ed. Ed. Mac GrawHill. Mexico; 2006
67. Polit FD, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud (6ta Ed.). México McGraw-Hill Interamericana. México 2000.
68. Díaz Guzmán LM, Gay Zárate O. Series en medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos. Revista Asociación Dental Mexicana(ADM). 2005; LXII(1):36-9.
69. Carreira PV, Almagro UZ. La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Rev Cubana Estomatol. 2000; 37(3):133-9.
70. García AB, Benet RM, Castillo BE. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor: una preocupación de todos. MediSur [revista en la Internet]. 2010 Feb; 8(1): 36-41. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000100008&lng=es.
71. Mallo Pérez Luciano, Rodríguez Baciero Gerardo, Lafuente Urdinguio Pedro. Lesiones orales precancerosas en los ancianos: Situación en España. RCOE [revista en la Internet]. 2002 Abr; 7(2): 153-162. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000300002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1138-123X2002000300002>.
72. Macieli SS, Souzaii RS, Donato IM, Albuquerqueiv IG, Donatoiv IF. Prevalência das Lesões de Tecidos Moles Causadas por Próteses Removíveis nos Pacientes da Faculdade de Odontologia de Caruaru, PE, Brasil Shirley Suely Soares Veras. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 8(1): 93-97, jan./abr. 2008
73. Mujica V, Rivera H, Carrero M. Prevalence of oral soft tissue lesions in an elderly venezuelan population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2008 May 1;13(5):E270-4.
74. Lazarde J. Estomatitis subprotésica. Acta Odontológica Venezolana [revista en Internet]. 2001; 39(3): [aprox. 7p]. Aavailable from: http://www.actaodontologica.com/39_3_2001/.
75. Lazarde J, Pacheco A. Identificación de especies de Candidas en un grupo de pacientes con candidiasis atrófica crónica. Acta Odontológica Venezolana. 2001; 39(1):13-18.
76. MacEntee MI, Click N, Stolar E. Age, gender, dentures and oral mucosal disorders. Oral diseases 1998; 4, 33-36.
77. Cavalieri CG, Santiago RG, Vieira MA, Henriques WC, Gala-García A, Alves RM. Varices en la mucosa yugal: Presentación de un caso clínico tratado con oleato de monoetanolamina. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E44-6.
78. Nevalainen MJ, Närhi TO, Ainamo A. Oral mucosal lesions and oral hygiene habits in the home-living elderly. J Oral Rehabil. 1997 May;24(5):332-7.
79. Jankittivong A, Aneksuk V, Langlais RP. Oral mucosal lesions in denture wearers. Gerodontology. 2010 Mar;27(1):26-32.

80. López Jornet P., Saura Pérez M.. Prevalencia de lesiones mucosas en población anciana de la Región de Murcia. Av Odontostomatol [revista en la Internet]. 2006 Dic; 22(6): 327-334. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852006000600004&Ing=es
81. Moskona D, Kaplan I. Oral lesions in elderly denture wearers. Clin Prevent Dent 1992;14: 11-4.
82. Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and etiology of denture stomatitis. J Prosthodont. 2011 Jun;20(4):251-60. doi: 10.1111/j.1532-849X.2011.00698.x. Epub 2011 Apr 4. Review.
83. Kovac-Kovacic M, Skaleric U. The prevalence of oral mucosal lesions in a population in Ljubljana, Slovenia. J Oral Pathol Med. 2000; 29(7):331-5
84. Shulman JD, Beach MM, Rivera-Hidalgo F. The prevalence of oral mucosal lesions in U.S. adults: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. J Am Dent Assoc. 2004; 135(9):1279-86.
85. Thomson WM, Brown RH, Williams SM. Dentures, prosthetic treatment needs, and mucosal health in an institutionalised elderly population. N Z Dent J. 1992; 88(392):51-5
86. Samaranayake LP, Wilkieson CA, Lamey PJ, MacFarlane TW. Oral disease in the elderly in long-term hospital care. Hong Kong Oral Dis. 1995; 1(3):147-51.
87. Pardi G, Cardozo de Pardi I. Relación entre la placa dental y la estomatitis sub-protésica. Acta Odontológica Venezolana [revista en Internet]. 2003; 41(1): [aprox. 7p]. Available from: http://www.actaodontologica.com/41_1_2003/
88. Cardozo de Pardi EI, Pardi G, Perrone M, Salazar E. Detección de Candida albicans en pacientes con estomatitis sub-protésica medicados con anfotericina tópica. Acta Odontológica Venezolana [revista en Internet]. 2003; 41(3): [aprox. 8p]. Available from: http://www.actaodontologica.com/41_3_2003/.
89. Ueta E, Tanida T, Yoneda K, Yamamoto T, Osaki I. Increase of Candida cel virulence by anticancer drugs and irradiation. Oral Microbiol Immunol. 2001; 16:243-49.
90. Nicot Cos RF, Delgado Álvarez I, Soto Martínez G. Factores de riesgo en las lesiones premalignas y malignas del complejo bucal. Rev Cubana Estomatol. 1995; 32(2):60-3.
91. Marín DJ, Álvarez EM, Rojas JK. Comparación de la resolución de la estomatitis subprótesis tratada con acondicionador de tejido blando y material de rebase duro autopolimerizable. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2007; 19 (1): 21-34.
- 92.** Cardozo E. (1999) Estudio de la eficacia del Miconazol tópico (Daktarin jalea oral) en pacientes con Estomatitis Subprotésica inducida por Candida. Trabajo de ascenso. Fac. de Odontología. U.C.V

Anexos

ANEXO 1



UNIVERSIDAD ANDINA SIMON BOLIVAR

La Paz, 03 de Agosto de 2009
CITE: UASB/DSAL/269/09

Señora
Madre María del Carmen Laguna
MADRE SUPERIORA HOGAR "SAN RAMÓN"
Presente.

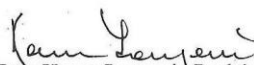
Ref.: Solicitud autorización prácticas odontología

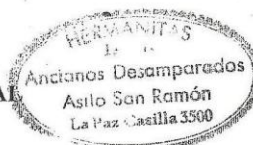
De mi consideración:

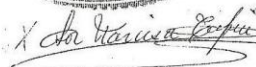
Mediante la presente me dirijo a usted para solicitar muy respetuosamente pueda permitir a la Dra. Bertha Teresa Méndez Rivera, quien de acuerdo a la currícula de la Maestría en Odontología con Especialización en Endodoncia, ha propuesto a esta Universidad realizar un trabajo de investigación intitulado "Prevalencia de lesiones en mucosa oral en adultos mayores portadores de prótesis removible del Asilo San Ramón de La Paz-Bolivia", para lo cual necesitaría trabajar con los internos de esa institución, el mismo que redundará en beneficio tanto para los pacientes que reciban esta atención como para la institución que recibirá para sus archivos las correspondientes historias clínicas que se elaboren en dicho trabajo de investigación científico.

El trabajo propuesto por la Dra. Bertha Teresa Méndez, se realizaría una vez obtenida su aceptación y constará principalmente de una evaluación clínica del estado de salud oral en los internos del asilo de ancianos bajo su cargo.

Agradeciendo su amable atención y esperando que esta solicitud sea atendida favorablemente por usted, me despido saludándola atentamente.


Dra. Karen Longaric Rodríguez
DIRECTORA SEDE ACADÉMICA LOCAL
UASB - LA PAZ





La Paz, 17 de Diciembre de 2009

Señora

Dra. Karen Longaric Rodriguez

DIRECTORA SEDE ACADÉMICA LOCAL

UASB- LA PAZ

Presente

De mi consideración :

Con relación a su CITE: UASB / DSAL/ 269/09, me permito confirmar la predisposición, para que la Dra. Bertha Teresa Méndez Rivera, pueda realizar el trabajo de investigación requerido para preparar su Tesis "Prevalencia de lesiones en mucosa oral en la población Adulto Mayor portador de prótesis removible, del Asilo de Ancianos San Ramón de La Paz Bolivia".

Deseando que este trabajo sea de beneficio, tanto para nuestros internos como para la profesional proponente, me despido saludándola con la mayor atención .



Sor. María del Carmen Laguna

DIRECTORA DEL HOGAR SAN RAMÓN



ANEXO 2

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLIVAR

MAESTRÍA CON ESPECIALIDAD EN ENDODONCIA

ENCUESTA DE LESIONES EN MUCOSA ORAL EN EL ADULTO MAYOR
PORTADOR DE PRÓTESIS DEL ASILO SAN RAMÓN

Nombre Completo Guillermina Oliver Pilor

Edad 68 años Sexo Femenino

Portador de Prótesis Si () No ()

Completa () Parcial ()

Superior () Inferior ()

Tiempo de uso en años 30 años

Observaciones Repara la base

Presente alteración en labio inferior

La Paz 19 de agosto de 2009

ANEXO 3

Px4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... Rosalía Burgos

Interno del Asilo de Ancianos San Ramón

Estoy dispuesto a participar de forma voluntaria en la investigación cuyo título es,

"LESIONES DE LA MUCOSA ORAL EN EL ADULTO MAYOR PORTADOR DE PROTESIS REMOVIBLE DEL ASILO DE ANCIANOS SAN RAMON DE LA CIUDAD DE LA PAZ" , después que los autores de este estudio me han explicado los principales objetivos y sus características ; así como su implicación en el desarrollo de las ciencias estomatológicas y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes rehabilitados con prótesis dental.

Por tanto para expresar mi conformidad de participar firmo esta acta.

Firma del paciente..... Burgos

Firma del investigador..... [Firma]

La Paz 22 de Diciembre de 2009

Px 4

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos..... Rosalía Burgos.....
 Edad..... 71..... Sexo..... Femenino..... Procedencia..... Potosí.....
 Dirección..... Ciudad San Ramón..... Nº de CI..... 303569.....

ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Cardiovasculares Fiebre reumática Reumatismo articular
 Diabetes Alergia Hipertensión arterial
 Hepatitis A B Hemofilia TBC
 Otras enfermedades..... Varices.....

Actualmente está en tratamiento médico ?.....
 Toma actualmente algún medicamento ?..... no recuerdo el nombre.....

EVALUACION DE LA HIGIENE BUCAL

Higiene bucal : Mala..... Regular..... X..... Buena.....
 Placa bacteriana: Presente..... X..... Ausente.....
 Tártaro: Presente..... Ausente..... X.....
 Halitosis: Presente..... X..... Ausente.....

EVALUACION DE PACIENTE PORTADOR DE PROTESIS DENTAL REMOVIBLE

Portador de prótesis Total : Superior..... Inferior.....
 Portador de prótesis parcial : Superior..... X..... Inferior..... X.....
 Tipo de material de la prótesis : Acrílica..... Metal..... Mixta..... X.....
 Tiempo de uso de la prótesis : 1 a 4 años..... 5 a 8 años..... X..... 9 a más años.....
 Uso nocturno de la prótesis : Si..... X..... No.....
 Cuantas veces al día lava su prótesis ?..... 1 x día.....
 Estado en que se encuentra la prótesis : Adaptada..... X..... Desadaptada.....
 Dimensión Vertical : Conservada..... X..... Alterada.....

Observaciones:.....

PRESENCIA DE LESIONES EN MUCOSA ORAL

Úlcera Traumática : Si No.....
Estomatitis Sub protésica : Si No.....
Candidiasis: Si No.....
Hiperplasia fibrosa inflamatoria (traumática): Si..... No
Queilitis angular: Si..... No
Otras lesiones: Úlcera reborde inf. Izq.

UBICACIÓN DE LA LESION EN BOCA

Arcada superior: Anterior I D Media: I D Posterior: I D
Arcada inferior: Anterior I D Media: I D Posterior: I D
Mucosa labial : superior Inferior
Carrillo: Izquierdo..... Derecho.....
Paladar: Duro..... Blando.....
Piso de la boca:.....
Lengua: Cara lateral I D Ventral..... Dorsal Punta.....

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Citología Exfoliativa: Si No.....
Biopsia: Si..... No.....
Otros:.....

Firma de profesional

La Paz ²² diciembre de 2009

ANEXO 4

La Paz , 22 de Julio de 2011

Señor

Dr. Modesto Valle

DIRECTOR DEL INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGIA

BOLIVIANO JAPONES

Presente

Ref: Solicitud de colaboración en trabajo científico.

Distinguido Doctor:

Mediante la presente ,me permito informarle que para obtener el título de Master en Odontología , me encuentro realizando un trabajo de investigación, cuyo título es :
"Prevalencia de lesiones en mucosa oral en el adulto mayor portador de prótesis removible del asilo de ancianos San Ramón de la ciudad de La Paz Bolivia" con la tutoría de la Dra. Yaneth Flores, docente de Patología de la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Andres. En este trabajo de investigación ,se deben realizar pruebas de citología exfoliativa de las muestras tomadas de la mucosa oral de los pacientes, para lo cual , solicito muy respetuosamente su colaboración para que estos exámenes se puedan realizar en el Laboratorio de Patología de la institución que Ud. Muy acertadamente dirige.

Esperando que esta solicitud sea atendida en forma positiva ,me despido de Ud. Saludándole

Atentamente.


Dra Teresa Méndez Rivera
ODONTOLOGA ENDODONCISTA





**INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGÍA
BOLIVIANO-JAPONÉS**

CITE 020/DGCEI/11
La Paz, 30 de agosto de 2011.

Señora
Dra. Teresa Méndez Rivera
ODONTÓLOGA-ENDODONCISTA
Presente.

Ref: Aceptación para trabajo de investigación

De mi mayor consideración:

Después de saludarle cordialmente, aprovecho la presente para hacerle conocer que esta Jefatura, ha aceptado con beneplácito su solicitud para realizar en el Instituto el trabajo de investigación sobre "**Prevalencia de las Lesiones en Mucosa Oral en el Adulto Mayor Portador de Prótesis Removible del Asilo de Ancianos San Ramón de la Ciudad de la Paz-Bolivia**".

Ruego a usted disculpar la demora en la respuesta a su atenta carta de solicitud, esto se debió a mis recargadas labores que tengo en la Institución.

Sin otro particular, me despido de usted reiterándole los saludos más cordiales.


Dr. Ernesto Loza C.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
GESTION DE CALIDAD
ENSEÑANZA E INVESTIGACION
I.G.B.J.

EL/opn*
Archivo.
Depto. de Patología IGBJ

ANEXO 5



INSTITUTO DE GASTROENTEROLOGÍA
"BOLIVIANO JAPONÉS"
LA PAZ - BOLIVIA

EXAMEN PATOLOGICO

Nº H. C. INVEST.4

Nº C.-2011-3540.0

Fecha del Informe: 31 - VIII - 2011

Nombre y Apellido: Rosalía Burgos Edad: 71 años Sexo: F.
Sección: Asilo San Ramón Dr. a. Mendez - Dra. Flores
Fecha de Remisión: 22 - XII - 09
Diagnóstico Clínico: Ulc. traumática - Estomatitis subprotésica. Candidiasis ?.
Especimen remitido: Ext. citológico; 1 muc. reborde alveolar sup. 2 lengua cara dorsal
Diagnóstico Patológico: 3 prótesis sup.

EXAMEN ANATOMOPATOLOGICO

E.Mec.: Ext. citológico de muc. reborde alveol sup., lengua y prótesis sup.

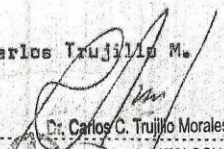
E.Mic.: Nro.1, frotis eutrofico limpio con células escamosas sin lesión.
Nro.2, frotis eutrofico con células esmosas sin lesión.
Nro.3, proceso inflamatorio crónico activo inespecífico con contaminación de esporas e hifas de candida albicans.-Células escamosas con leve estipia inflamatoria.-Flora bacteriana mixta, destrucción celular y mucus.- NO HAY MALIGNIDAD.

DIAGNOST. CITOPATOLOGICO: EXT. CITOLOGICO MUCOSA DE REBORDE ALV. SUP. Y LENGUA CARA DORSAL: CLASE I DE PAPANICOLAOU.- FROTIS EUTROFICO LIMPIO.
EXT. CITOLOGICO PROTESIS SUP.: CLASE II DE PAPANICOLAOU.
PROCESO INFLAMATORIO CRONICO ACTIVO INESPECIFICO.
CANDIDIASIS.

Carlos Trujillo M.

Dr. Carlos M. Trujillo M.
Med. Adsc.

Practicado por el Dr. _____
Laboratorio de Patología
La Paz - Bolivia


Dr. Carlos C. Trujillo Morales
ANATOMIA PATOLOGIA
Mat. Prof. T-116- R.C.M. T-0048

Firma: _____