

01421
257



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**IDENTIFICACIÓN DE LESIONES BUCALES
RELACIONADAS CON LA FISIOLÓGÍA DEL
ENVEJECIMIENTO.**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

OSWALDO PERALTA GARCÍA

DIRECTOR: DR. ANTONIO ZIMBRÓN LEVY
ASESORES: MTRO. VÍCTOR MORENO MALDONADO
DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER



MÉXICO D. F.

2003

A

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGREDECIMIENTOS

A DIOS:

A quién le debo la vida, por estar siempre a mi lado, caminando siempre conmigo y alimentando mi fe día con día, dándome la oportunidad de seguir siempre adelante.

Gracias Señor.

A MIS PADRES:

A quien la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. A quienes nunca podrán pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo. Por que gracias a su amor, paciencia, apoyo y consejos, he llegado a realizar la más grande de mis metas, la cual constituye, la herencia más valiosa que pudiera recibir. Deseo de todo corazón que mi triunfo profesional lo sientan como suyo. Con amor, y respeto.

Gracias Papás.

A MI HERMANA KARINA:

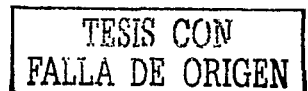
Por su apoyo incondicional que me ha brindado durante mi caminar, multiplicando los gozos y dividiendo las penas, motivándome siempre a seguir adelante y dándome su mano para levantarme en mis fracasos.

Gracias Karina.

A SOCORRO:

Por tu cariño y amor, porque llenas de felicidad mi vida, por estar conmigo en el momento justo, cuando más te necesito, por tu comprensión y paciencia.

Gracias Cariño.



A MIS ABUELITAS:

Consuelo:

Por que desde el cielo me vez y me proteges, cuidándome como mi ángel de la guarda, Por que a través de tus oraciones me enseñaste el camino de la bondad y humildad.

Ana:

Como un testimonio de cariño eterno y agradecimiento por el apoyo moral de estímulos brindados con infinito amor y por infundir en mi ese ejemplo de lucha y tenacidad de tu carácter férreo.

Gracias Abuelita.

A MIS AMIGOS:

Por brindarme su amistad y escucharme cuando lo necesite, especialmente a mis amigos de la facultad de odontología por esos años maravillosos.

Gracias.

A MI MAESTRO:

C.D. Alfonso Bustamante Bácame por sus consejos y ayuda incondicional que me dio en la clínica periférica como en el seminario de titulación.

Gracias.

A LA UNAM:

Por darme la oportunidad de formar parte de ella y a mis profesores por haber compartido su sabiduría.

Gracias.

C

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI DIRECTOR DE TESINA:

DR. Antonio Zimbrón Levy por brindarme su apoyo, tiempo y conocimiento en la elaboración de esta tesina.

Gracias.

A MI ASESOR:

MTRO. Víctor Moreno Maldonado, por su asesoramiento y colaboración incondicional que me proporcionó.

Gracias.

A MI ASESORA:

DRA. Mirella Feingold Steiner por todo su tiempo y ayuda incondicional.

Gracias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
1.1 Antecedentes de geriatría México.....	2
1.2 Biología del envejecimiento.....	4
1.3 Teorías del envejecimiento.....	6
1.4 Cambios de la mucosa y otras estructuras	9
1.5 Lesiones de la mucosa bucal.....	15
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	27
3. JUSTIFICACIÓN.....	27
4. OBJETIVO GENERAL.....	28
5. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	28
6. HIPÓTESIS.....	28
7. METODOLOGÍA.....	29
8. RESULTADOS.....	33
9. CONCLUSIONES.....	44
10. ANEXOS.....	45
11. BIBLIOGRAFIA.....	50

INTRODUCCIÓN

Las lesiones bucales relacionadas con el envejecimiento se presentan alrededor de la sexta década de la vida.

Los factores biológicos involucrados son: los aspectos generales del envejecimiento, los cambios en el tercio medio e inferior de la cara y las alteraciones locales que afectan la cavidad bucal presentando lesiones en la mucosa bucal, lengua, periodonto y dientes

El odontólogo esta obligado a comprender los cambios anatómicos y fisiológicos que se presentan en los ancianos, vigilar y prevenir que estas lesiones no se hagan crónicas.

Este trabajo no se enfoca a la etiología de las lesiones, sino a su frecuencia. Es un estudio que fue realizado en la clínica de admisión de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el turno vespertino.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

IDENTIFICACIÓN DE LESIONES BUCALES RELACIONADAS CON LA FISIOLÓGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1 ANTECEDENTES DE GERIATRÍA EN MÉXICO

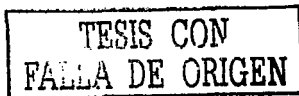
Definición:

La geriatría se define como la "rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos".¹

La gerontología se define como el estudio del proceso del envejecimiento biológico.

Tanto la geriatría como la gerontología son ciencias eminentemente sociales que intentan solucionar la amplia y compleja problemática de la comunidad de ancianos y de sus características individuales.²

El desarrollo de la gerontología en nuestro país es aún muy reciente si se considera que existen antecedentes de asistencia a la vejez desde 1861, año en que se crea la dirección general de beneficencia, que manejaba los hospicios y establecimientos de beneficencia del gobierno de México.¹



En 1950 el doctor Manuel Payno, asesor médico gerontológico de la secretaría de salubridad y asistencia de México, inició un movimiento para el desarrollo de dicha especialidad. Se le considera uno de los pioneros de la Asociación Internacional de Gerontología. ¹

En 1976, el gobierno del estado de México realizó una reunión geriátrica en la ciudad de Toluca, en la cual los actuales organizadores del movimiento gerontológico, entre ellos el doctor Samuel Williams fundaron la sociedad de geriatría y Gerontológica de México, registrada el 16 de Mayo de 1977, cuyos objetivos han sido el intercambio de conocimientos, la difusión, y la enseñanza de la rama gerontológica y geriátrica a través de sus cuatro secciones: Biología (investigación), medicina clínica (geriatría), psicología y ciencias sociales.

En Noviembre de 1978, en la ciudad de México, se realizó el primer Congreso Nacional de Gerontología.

El 22 de Agosto de 1979 se publicó en el Diario Oficial de la federación el decreto presidencial por el cual se crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN). En el propio decreto se señalan los objetivos del mismo: atender, ayudar, orientar y proteger a la vejez mexicana, así como estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas.

En 1991 en el mes de Octubre se desarrolló el VII Congreso nacional de Geriatría y Gerontología y el Curso Internacional de Gerontología.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.2 BIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento puede considerarse desde un punto de vista biológico o desde un punto de vista patológico. En el primer caso, se sugiere que es una fase final del desarrollo normal, determinado genéticamente, que se resuelve en imperfecciones de la función. Es decir, es un proceso intrínseco que es fundamental, inevitable e irreversible.²

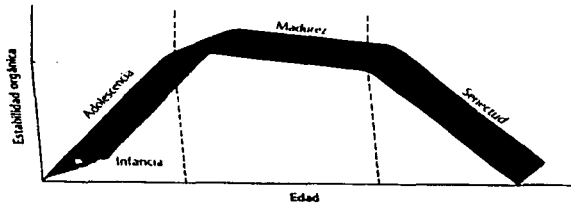
El punto de vista patológico toma dos formas. Una considera que el envejecimiento es un proceso esencialmente autodestructivo. Quizás una consecuencia de un proceso autoinmune, aquel en que el cuerpo reacciona inmunológicamente contra sus propios componentes, como si fueran ajenos a él. La otra teoría considera al envejecimiento como el resultado final de la acumulación progresiva de experiencias traumáticas causales relacionadas tanto con la vida como con la enfermedad.³

El envejecimiento es un proceso fisiológico general que hasta el momento actual ha sido mal comprendido. Este proceso afecta a las células y a los sistemas formados por ellas, así como a los componentes tisulares y la colágena. Existen teorías para explicar el fenómeno.⁴

Convencionalmente se acepta que la vejez es una etapa de vida que comienza alrededor de la sexta década y termina con la muerte.

Es entonces cuando la línea ascendente de la evolución se transforma en una meseta intermedia para después descender. Sin embargo, antes de encontrarla es interrumpida por un trastorno patológico o psicológico.¹

- El envejecimiento patológico se debe a una aceleración del fenómeno no normal en un organismo o tejido.
- El envejecimiento psicológico se refiere al deterioro progresivo de los procesos mentales que ocurre como consecuencia del envejecimiento de la corteza cerebral. ²



Esta meseta intermedia representa la población de ancianos que en la actualidad ofrece una diversidad mayor de la que presentó en cualquier otra época de la historia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.3 TEORÍAS ACERCA DEL ENVEJECIMIENTO

Envejecimiento celular:

Si consideramos que todas las células de un individuo provienen del mismo óvulo fecundado, podríamos pensar que todas ellas son de la misma edad, pero si tenemos en cuenta las edades fisiológicas, advertiremos que éstas difieren notablemente entre sí. Esto sugiere que todas las células poseen una longevidad intrínseca programada, que variará de acuerdo con la longevidad de la especie, pero que aquellas pueden cambiar y modificarse a causa de factores extrínsecos.⁵

Envejecimiento molecular:

Son tres las teorías basadas en las propiedades de las moléculas portadoras de información ADN y ARN, que se consideran en la actualidad como la explicación más clara del envejecimiento.⁵

1.- Teoría de los errores: propone que con el paso del tiempo la información transmitida en los procesos de transcripción y traducción del mensaje genético desde el ADN al ARN podrían estar sujetas a un número progresivo de errores.

Estos darían lugar a moléculas enzimáticas defectuosas y conducirían a un declive de la capacidad funcional de las células.

La acumulación de errores en un sistema biológico, puede en parte evitarse mediante los procesos de reparación conocidos, pero éstos no actúan a la perfección ni de forma indefinida. ¹

2.-La segunda teoría, postula que sólo el 0.4 % de la información del ADN es utilizada por la célula durante su periodo vital y muchos de los genes están repartidos en secuencias idénticas, por lo que el mensaje genético resulta redundante, esto podría proporcionar un mecanismo protector frente a la vulnerabilidad del sistema, causado por accidentes de supervivencia al evitar la acumulación de errores suficientes para alterar el mensaje genético. Sin embargo, al final todos los genes repetidos serían utilizados, los errores se acumularían y las deficiencias fisiológicas del envejecimiento comenzarían a aparecer

3.-La tercera teoría propone que los cambios producidos por la edad son simplemente una continuación de las señales genéticas normales que regulan el desarrollo de un ser viviente desde el momento de la concepción hasta la madurez sexual, y lo que sucede luego es irrelevante para la supervivencia de la especie.

Supone incluso la existencia de " genes del envejecimiento" que frenarían o detendrían vías bioquímicas de forma secuencial y conducirían a una expresión programada como causa primaria del envejecimiento; más otros mecanismos estudiados y otros no determinados aún. Es más: la suma de ambos influye de manera determinante en el proceso de envejecimiento. ⁵

Envejecimiento fisiológico:

Se entiende por envejecimiento fisiológico aquel que se ajusta a una serie de parámetros aceptados en función de la edad del individuo, que le permiten sobre todo una adecuada adaptación física, psicológica y sociocultural al medio que le rodea. La gerontología se encarga del proceso fisiológico del envejecimiento e involución senil. ¹

El proceso normal de envejecimiento puede verse alterado por multitud de factores, tanto endógenos que responden a una causa biológica como exógenos, es decir, los que se producen por el ambiente.

Los principales cambios físicos son :

- Desecación gradual de los tejidos. ²
- Retardo paulatino de la división celular y de la capacidad para crecer y para la cicatrización de los tejidos.
- Disminución de la capacidad para producir anticuerpos inmunitarios en los casos de infección. ³
- Atrofia y aumento de la pigmentación celular. ⁵
- Disminución gradual de la elasticidad de los tejidos y cambios degenerativos en el tejido conjuntivo. ⁶
- Disminución de la velocidad locomotriz, fuerza y resistencia.

- Degeneración progresiva y atrofia del sistema nervioso.
- Disminución de la capacidad visual, auditiva, de la atención y la memoria.²

El factor más importante que condiciona los procesos complejos del envejecimiento y muy especialmente que afecta directamente la duración de la vida es la incidencia de enfermedad.

1.4 CAMBIOS DE LA MUCOSA Y DE LA PIEL

Piel

A medida que la piel envejece, la superficie pierde su textura fina, y su elasticidad. La atrofia concomitante que se produce en las estructuras debajo de la piel conduce a cambios faciales todavía más evidentes. Los músculos, la grasa y los tejidos conectivos, todos disminuyen su volumen. Hay más piel que la necesaria para recubrirlos, y así cae en pliegues y exagera las arrugas, que se hacen más obvias.⁷



Cambios de la piel

Mucosa bucal:

La mucosa bucal refleja con el tiempo, cierto número de procesos de envejecimiento. Donde la queratinización del epitelio es normal y tiende durante la senectud a un progresivo adelgazamiento de la capa epitelial, se produce en combinación con un descenso de las propiedades elásticas del tejido conjuntivo. ⁶

Los cambios posteriores incluyen una pérdida de continuidad de las fibras colágenas y una homogeneización general de las zonas intercelulares. El envejecimiento progresivo puede conducir a la fragmentación y desaparición gradual del tejido elástico. ⁸

Como resultado de los trastornos anteriores, la mucosa se hace más sensible a las influencias externas. Puede ser fácilmente dañada por alimentos duros y su capacidad cicatrizante es notablemente más lenta.

Lengua:

En la lengua aparecen algunos cambios estructurales básicos que pueden relacionarse con la edad. Más fácilmente observable es el cambio que sufre la textura de la superficie ocasionado por la pérdida de papilas.²

La atrofia de las papilas filiformes en el dorso de la lengua le dan un aspecto liso y pulido. Además en la edad avanzada desciende el número de botones gustativos de las papilas circunvaladas.⁷

También se presenta una agrietamiento de la lengua, en particular en la sexta década de la vida, junto con el desarrollo de las varicosidades en su superficie inferior.²

Esto afecta al sistema venoso colector superficial, las paredes de los vasos dilatados son espesas y celulares, con un forro endotelial hipoplásico.²

En el adulto mayor totalmente desdentado, la lengua asume una función importante durante la formación del bolo alimenticio, y llega a adquirir gran fuerza y movilidad que le permiten desmenuzar muchos de los componentes elaborados de la dieta, al friccionarlos vigorosamente contra el paladar.

Glándulas salivales:

Hay algunas pruebas de que el volumen de saliva segregado y la concentración de algunos de sus constituyentes, por ejemplo, la amilasa, varían con la edad. Meyer y sus colegas (1937) registraron un descenso de 75 % en la actividad de las enzimas de la saliva de sujetos con más de 65 años, tanto en reposo como en estimulación. ²

El efecto de esta reducción sobre el metabolismo de los carbohidratos es probablemente limitado debido a que el nivel de amilasa pancreática parece no disminuir. La reducción del flujo salival y la consiguiente menor lubricación de los tejidos bucales afecta tanto a la movilidad de la lengua como a la facilidad para deglutir alimentos. ⁶

La viscosidad de la saliva es también significativamente menor en las personas de edad, independientemente de la condición bucal. Los valores del pH de la saliva neutralizada no muestran diferencias significativas entre diversos grupos. Las personas mayores con prótesis tienen más capacidad neutralizadora, superior a los de los jóvenes con dentaduras completas y a las personas mayores que conservan sus propios dientes. ⁹

La secreción disminuida de saliva va acompañada por la atrofia de las células glandulares secretoras. La disminución del volumen salival y del contenido estará relacionada tanto con la atrofia producida por la edad en estos conductos como con las células secretoras glandulares. ³

Periodonto:

La estructura del tejido gingival clínicamente sano no muestra cambios producidos por la edad en el epitelio. Sin embargo, la submucosa muestra una celularidad reducida con un aumento del tejido fibroso de tosca textura.

Los siguientes cambios del periodonto han sido relacionados con la edad avanzada en pacientes dentados o parcialmente dentados: disminución de la queratinización en hombres y mujeres, reducción o ningún cambio en la cantidad del punteado de la encía; incremento del ancho de la encía adherida, con posición constante de la unión muco gingival durante toda la vida adulta; disminución de células del tejido conectivo. Se menciona un incremento o ningún cambio mitótico del epitelio gingival.¹⁰

La descripción clásica del margen gingival en la persona adulta mayor es de una recesión de la encía que aumenta la exposición de la superficie del diente, y cuyo grado está relacionado con la edad.⁹

Se observa una erupción pasiva continua de los dientes, en la que se produce una progresiva migración del margen de la encía hacia apical a medida que avanza la edad, con cambios asociados en los tejidos adyacentes. La forma de tales cambios relacionados incluirá una pérdida progresiva también del ligamento periodontal y la resorción de las crestas óseas de los alvéolos dentales.

Dientes:

Durante el ciclo vital de la dentición normal se producen cierto número de ajustes fisiológicos. El lento movimiento mesial de los dientes, que es un fenómeno normal secundario al desgaste del diente en el área de contacto con los dientes adyacentes. Tras ese cambio interproximal, la fuerza de oclusión puede hacer que los dientes se inclinen mesialmente, obliterando cualquier espacio que hubiera quedado libre. ²

El color de los dientes también sufre cambios con la edad, volviéndose más oscuro. Parece que esta tendencia sea más fuerte en los pigmentos amarillos, castaños y grises. Esto puede deberse a una calcificación progresiva, aunque la pigmentación producida por los alimentos también puede influir.

Independiente del desgaste oclusal o incisal, la pulpa continúa depositando dentina durante toda la vida de un diente sano, lo que empequeñece la cámara pulpar. ⁶

1.5 LESIONES DE LA MUCOSA BUCAL

Várices linguales:

Son venas tortuosas, dilatadas, cuyo desarrollo está sujeto al aumento de la presión hidrostática, con disminución de la resistencia de sus paredes, de color azul rojizo y con escaso tejido de soporte. ¹¹

Estas dilataciones de las venas se pueden observar como estados varicosos en un alto porcentaje de personas de edad avanzada y, aunque generalmente se encuentran en la cara inferior de la lengua, también pueden aparecer simultáneamente en los bordes de la misma, en piso y vestibulo de la boca. ¹²



Várices linguales

Candidiasis:

Este término agrupa varias enfermedades mucocutáneas cuya etiología es un hongo del género candida. Es la micosis bucal más frecuente, aunque la tasa de incidencia es difícil de determinar por su prevalencia en la población general.¹²

Las manifestaciones bucales son variables y la forma más frecuente es la seudomembranosa conocida como muguet o algodoncillo. Los grupos de edad que más se afectan son los lactantes y ancianos. Las lesiones bucales de la candidiasis aguda tienen la característica de ser placas blancas, blandas o gelatinosas y/o nódulos que crecen de manera centrífuga y se unen. Las placas se componen de hongos, restos queratósicos, células inflamatorias, células epiteliales descamadas, bacterias y fibrina.

Al eliminar la seudomembrana, frotándola con suavidad con una gasa o un aplicador de algodón, queda una superficie eritematosa, en erosión o ulceración y con frecuencia dolorosa.¹³

Aunque estas lesiones pueden presentarse en cualquier sitio, predominan en la mucosa bucal, pliegues mucobucales, la bucofaringe y los bordes laterales de la lengua.

En los casos en los cuales no se trastorna la seudomembrana, los síntomas son mínimos; y en los casos graves, se quejan de sensibilidad, sensación de quemadura y disfagia.¹⁴



Candidiasis

Queilitis comisural:

Se presenta en personas que tienen disminución de la dimensión vertical, es una lesión que se presenta en los pliegues profundos de las comisuras labiales, secundarios al cierre excesivo de la boca; en estos casos se acumula saliva en los pliegues cutáneos de las comisuras, lo que ocasiona que se formen colonias de hongos. Las lesiones producen fisuras, erosiones y costras, lo que ocasiona dolor de intensidad moderada.¹⁵



Queilitis comisural

LESIONES DEL DORSO DE LA LENGUA

Lengua fisurada:

Es aquella en la que existen fisuras profundas que se extienden hasta la punta o bordes laterales de la lengua. Esta lesión es importante por que puede asociarse con lengua geográfica y se le ha observado en casos de boca seca de etiología variada. Se ha descrito que la prevalencia de la lengua fisurada es del 7 % en una población de edad avanzada. ”

Desde el punto de vista clínico los pliegues o fisuras pueden presentar grandes variaciones morfológicas. Las fisuras pueden ser relativamente superficiales, pero también es posible que sean profundas; en este último caso se acumulan los restos alimenticios, y provocan inflamación y dolor en la lengua. ¹⁵



Lengua fisurada

Lengua geográfica:

También se le conoce como eritema migrante benigna o glositis migratoria benigna, es una enfermedad de etiología desconocida. Esta afección se encuentra más en mujeres que en hombres, se caracteriza por la presencia de áreas pequeñas redondas o irregulares de desqueratinización y descamación de las papilas filiformes. Las zonas descamadas son rojas, tienen poca sensibilidad, bordes gruesos y de color blanco o blanco amarillento.¹⁶

Al observar la lesión durante días o semanas cambia el patrón y parece que se mueve a través del dorso de la lengua ya que cuando una zona cicatriza se extiende a la adyacente. Esta lesión es asintomática.¹²



Lengua geográfica

LESIONES DENTALES

Caries:

Las lesiones cariogénicas son resultado de la disolución mineral de los tejidos duros del diente por los productos finales del metabolismo ácido de aquellas bacterias capaces de fermentar carbohidratos, en especial azúcares.¹⁷

No todas las dentaduras, ni todos los dientes en una misma dentadura, ni aun todas superficies de un diente tienen la misma predisposición a desarrollar caries. Algunos individuos tienen muy poca o ninguna caries durante su vida. La caries es la causa mayor de pérdida dental antes de la edad adulta. Se pueden presentar caries en la corona y la raíz del diente.⁸

Atrición:

Es la pérdida de la estructura dentaria como consecuencia del desgaste fisiológico. El desgaste oclusal reduce la inclinación y la altura cuspidéas. El grado de atrición es influenciado por la musculatura, la consistencia de los alimentos, y la dureza dentaria.⁸

La velocidad de la atrición puede vincularse a otros cambios relacionados con el envejecimiento, como la erupción dental continua y la recesión gingival.



Caries y atrición

LESIÓN DEL PERIODONTO

Periodontitis:

Es un padecimiento que presenta sobre todo en la edad adulta de progresión lenta, que destruye las estructuras de soporte de los dientes. Comprende un equilibrio huésped-agente de la placa dental y la reacción del organismo a esta. Cuando ese equilibrio se perturba, el padecimiento progresa. *

Con la periodontitis, la encía puede presentar diferentes grados de inflamación. Aún con bolsas periodontales profundas la superficie gingival suele tener un aspecto superficial sano.

Los cambios dentro del tejido gingival y la unión dentogingival pueden detectarse mejor, mediante la exploración periodontal con sonda milimetrada.

La pérdida ósea, la migración patológica de los dientes y la pérdida de la dimensión vertical en estas personas, son el resultado de la enfermedad periodontal.¹⁰

La enfermedad periodontal, se relaciona con la aparición de bolsas o surcos gingivales, estos sucesos se pueden presentar en cualquiera de las superficies dentales uni o múltirradiculares, y en furcaciones de estos últimos. En etapas más avanzadas, los dientes con periodontitis se vuelven móviles a tal punto que se pierde el diente.⁸



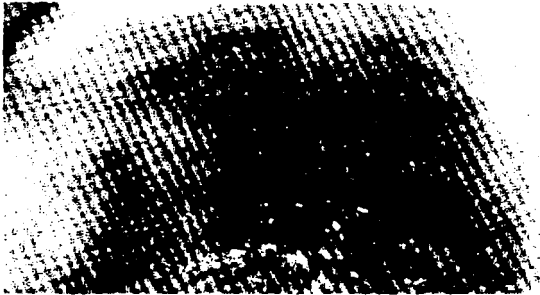
Periodontitis

LESIONES PROVOCADAS POR PRÓTESIS

Hiperplasia Papilar:

La hiperplasia papilar o papilomatosis del paladar se presenta de manera exclusiva en el paladar duro y casi siempre tiene que ver con el uso de prótesis removible o dentaduras completas.¹²

La bóveda del paladar es la zona que se afecta con mayor frecuencia, pero también puede comprometer el paladar blando. La lesión presenta, de modo característico, múltiples excrescencias papilares eritematosas y edematosas que forman agrupaciones compactas que parecen verrugas granulares. En pocas ocasiones se ulceran con el paso del tiempo, a causa del eritema intenso que presentan y pueden parecer erosiones.¹²



Hiperplasia papilar

Hiperplasia marginal:

Es una lesión frecuente de la mucosa vestibular cuando el borde de la dentadura tiene contacto con los tejidos. Este borde se extiende de manera gradual hacia el vestibulo ya que el reborde óseo de la mandíbula y el maxilar presentan resorción con el uso prolongado de la prótesis. Por esto la irritación y el traumatismo crónico causan una respuesta exagerada de reparación del tejido conectivo fibroso que rodea al borde extendido de la dentadura artificial.¹⁸

A esta forma de hiperplasia de la mucosa bucal se le conoce también como hiperplasia inflamatorio, hiperplasia por prótesis.

La Hiperplasia marginal se presenta como una lesión blanda, rosada, en forma de hojas de libro o doble labio que pueden mostrar áreas necróticas blanco amarillentas, en el lugar de asiento protésico

Úlceras traumáticas:

Son lesiones ocasionadas por los bordes cortantes de la prótesis. Primero se produce una zona eritematosa, cuyos límites corresponden a los del agente que provoca la lesión después aparece como una ulceración cubierta de fibrina con los bordes de color rojo, agrandados y doloroso. Esta es la úlcera aguda típica producida por el ajuste de la prótesis esta lesión se presenta en el vestibulo bucal.¹¹

Estomatitis protésica:

Es una lesión de la mucosa que afecta principalmente al reborde residual del maxilar, de la mandíbula y también afecta al paladar, es una lesión enrojecida, brillante y con granulaciones que generalmente se asocia con candidiasis. ¹³



Estomatitis protésica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resorción ósea:

En medida que se pierden los dientes, el alveolo se va perdiendo lenta y gradualmente ya que disminuye su función. Este proceso se encuentra influido no sólo por la osteoporosis del maxilar y mandíbula. Además se ha comprobado que el proceso de resorción de los rebordes residuales ocasionado por el exceso o falta de estímulos funcionales protésicos, ya que la formación de hueso nuevo se ve reducida.⁶

Además las células formadoras de hueso (osteoblastos) van disminuyendo en número de la zona esponjosa del hueso, debido a la degeneración de la médula ósea, y existe predominio de las células destructoras de hueso (osteoclastos).



Resorción ósea

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los tejidos de la cavidad bucal reflejan los cambios que se observan durante el envejecimiento. Este proceso, produce en los tejidos una serie de manifestaciones graduales irreversibles y acumulativas que son particularmente evidentes.

Así mismo el envejecimiento conduce a un aumento en la susceptibilidad a los acontecimientos y factores perjudiciales del medio ambiente.

La degeneración de los tejidos constituyen ahora un gran porcentaje, ya que la población de adultos de edad avanzada crece tres veces más que la comunidad en su conjunto, esto favorece a que inevitablemente aparezca un aumento de las lesiones bucales, lo que exigirá un mayor número de pacientes.

3. JUSTIFICACIÓN

Considerando que las lesiones bucales se relacionan con la fisiología del envejecimiento, es necesario conocer la prevalencia de estas para poder ofrecer al paciente un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado y de esta manera eliminar posibles secuelas, como lesiones crónicas.

4. OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de las lesiones bucales relacionadas con la fisiología del envejecimiento de los pacientes que acuden a la clínica de admisión de la "Facultad de Odontología", turno vespertino.

5. OBJETIVO ESPECÍFICO

Determinar la prevalencia de las lesiones bucales en los pacientes de edad avanzada por edad, género y ubicación.

6. HIPÓTESIS DE TRABAJO

En los pacientes geriátricos que acuden a la facultad de odontología predomina la tendencia a padecer lesiones bucales relacionadas con la fisiología del envejecimiento.

HIPÓTESIS NULA

Los pacientes geriátricos que acuden a la facultad de odontología no presentan lesiones bucales relacionadas con la fisiología del envejecimiento.

7. METODOLOGÍA

El presente estudio se realizó en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en la clínica de admisión turno vespertino, en la que se examinaron 58 pacientes geriátricos, en un rango de edad entre 65 a más de 80 años de edad.

A cada paciente geriátrico se le realizó un expediente clínico, la supervisión fue hecha por el M.C. Porfirio Jiménez Vázquez, lo que permitió hacer una valoración más exacta.

Se determinó la prevalencia de las lesiones bucales, exclusivamente en observaciones clínicas como fueron las siguientes:

- Lesiones de la mucosa bucal
- Lesiones del dorso de lengua
- Lesiones dentarias
- Lesión del periodonto
- Lesiones provocadas por prótesis
- Resorciones óseas

Para la valoración clínica se emplearon:

- Unidad dental.
- Lámpara de luz fría.
- Guantes.
- Abatelenguas.
- Cubrebocas.
- Espejos.
- Historia clínica.
- Fotografías

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Observacional
- Descriptivo
- Prospectivo

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se incluyeron 58 pacientes geriátricos que acudieron a la clínica de admisión en la Facultad de Odontología, turno vespertino de la Universidad Nacional Autónoma de México.

MUESTRA

Se trabajó con los 58 pacientes geriátricos, que acudieron a la clínica de admisión en el tiempo de este estudio.

VARIABLES DEPENDIENTES

- Edad
- Género
- Ubicación

UBICACIÓN DE LA LESIÓN

- Mucosa bucal
- Lengua
- Diente
- Periodonto
- Reborde residual

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Lesiones de la mucosa bucal
- Lesiones del dorso de lengua
- Lesiones dentarias
- Lesión del periodonto
- Lesiones provocadas por prótesis
- Resorciones óseas

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	ENERO	FEBRERO	MARZO
Búsqueda y recopilación bibliográfica	31	21	
Revisión bibliográfica		21	20
Recopilación del área de trabajo		28	
Exploraciones clínicas			03-14
Toma de fotografías			03-14
Evaluación de historias clínicas			17-21
Procesamiento de datos			21-25

8. RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre los meses de Febrero y Marzo del 2003 en la clínica de admisión de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México en el turno vespertino se realizó la investigación de las lesiones relacionadas con la fisiología del envejecimiento, después de realizar detalladamente historia clínica (exploración visual y armada), en donde se atendió a 58 pacientes de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Parcialmente dentados y totalmente desdentados, con lesiones y sin lesiones.

* El 16% de los pacientes no presentó lesión alguna (9 casos), el 84% tenían diferentes lesiones bucales (49 casos), del total de los pacientes, el 90% eran parcialmente dentados (52 casos), y el 10% totalmente desdentados (6 casos).

* Género, el 72.% son mujeres (42 casos), el 28% son hombres (16 casos).

* Edad, el 42% de 65 a 69 años (24 casos), el 32% de 70 a 74 años (18 casos), el 23% de 75 a 79 años (13 casos), el 3% de 80 años en adelante (3 casos).

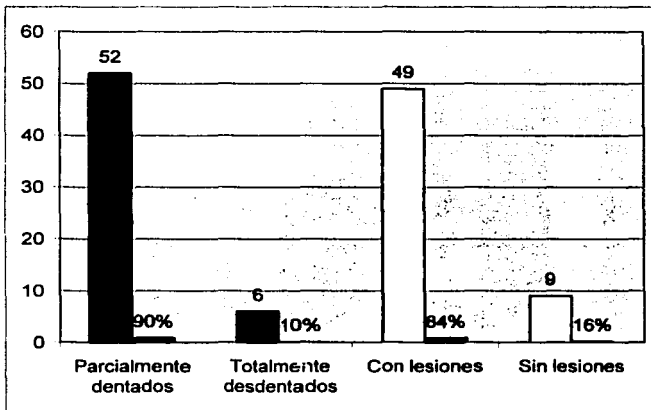
*** Ubicación de las lesiones:**

1. Se agrupan 15 casos en la mucosa bucal de éstos el 67% son vrices linguales (10 casos), el 26% de candidiasis (4 casos), y el 7% de quelitis comisural (1 caso).
2. En lesiones de la lengua se presentaron 23 casos, el 78% de lengua fisurada (18 casos), el 22% de lengua geográfica (5 casos).
3. En lesiones dentales se presentaron 39 casos, el 77% de caries (30 casos), el 23% de atrición (9 casos).
4. En lesión del periodonto se presentaron 19 casos, el 74% de periodontitis (14 casos), el 26% de movilidad dental (5 casos).
5. En lesiones provocadas por prótesis se presentaron 17 casos, el 6% de hiperplasia papilar (1 caso), el 29% de úlceras traumáticas (5 casos), el 12% de hiperplasia marginal (2 casos), el 53% estomatitis protésica (9 casos).
6. En resorción ósea se presentaron 6 casos el 17% resorción ósea en el maxilar (1 caso), el 83% resorción ósea en la mandíbula (5 casos).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

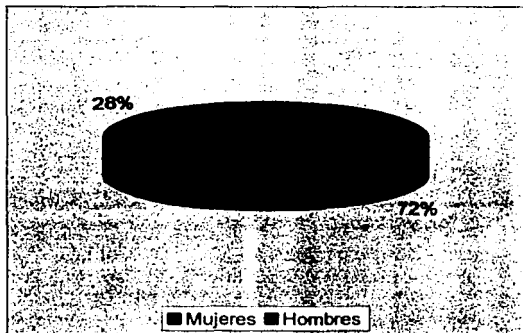
**PREVALENCIA DE PACIENTES GERIÁTRICOS PARCIAL Y
TOTALMENTE DESDENTADOS.**

	Parcialmente dentados	Totalmente desdentados	Con lesión	Sin lesión
Número de casos	52	6	49	9
Porcentaje	90%	10%	84%	16%



PREVALENCIA DE LESIONES POR GÉNERO

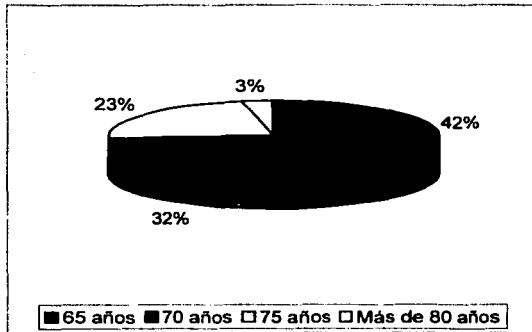
	Hombres	Mujeres
Número de casos	16	42
Porcentaje	28%	72%



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PREVALENCIA DE LESIONES POR EDAD

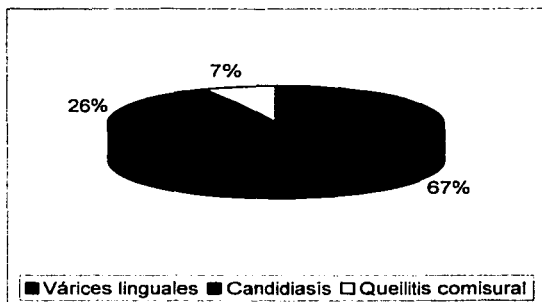
	65-69 años	70-74 años	75-79 años	80 años en adelante
Número de casos	24	18	13	3
Porcentaje	42%	32%	23%	3%



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PREVALENCIA DE LESIONES EN LA MUCOSA BUCAL

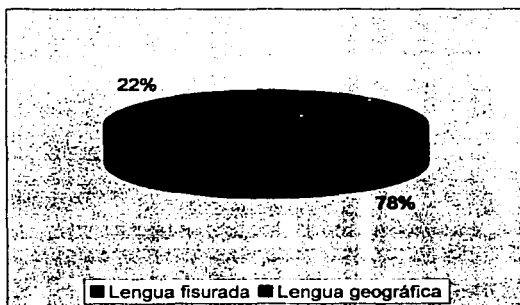
	Várices linguales	Candidiasis	Queilitis angular
Número de casos	10	4	1
Porcentaje	67%	26%	7%



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PREVALENCIA DE LESIONES DE LA LENGUA

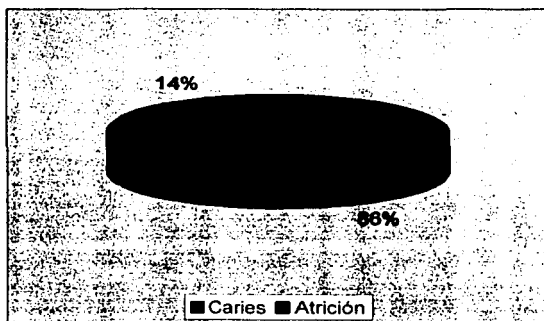
	Lengua fisurada	Lengua geográfica
Número de casos	23	5
Porcentaje	78%	22%



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PREVALENCIA DE LESIONES DENTALES

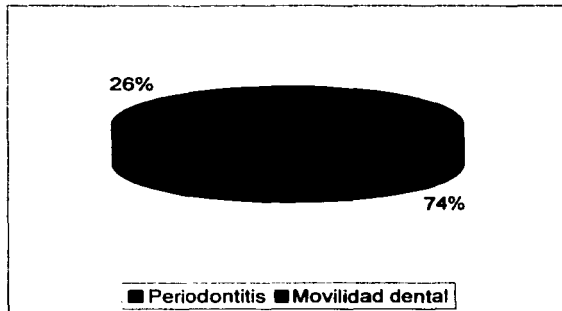
	Caries	Atrición
Número	39	23
Porcentaje	77%	23%



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PREVALENCIA DE LESIÓN PERIODONTAL

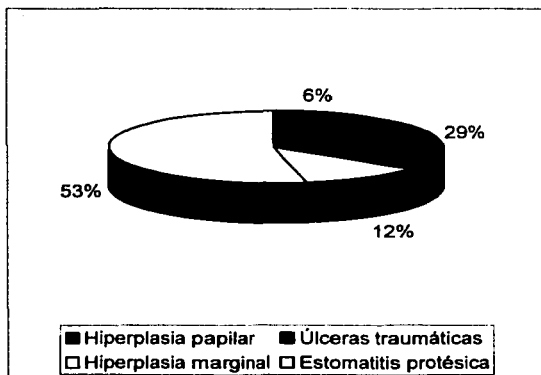
	Periodontitis	Movilidad
Número de casos	14	5
Porcentaje	74%	26%



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PREVALENCIA DE LESIONES POR PRÓTESIS

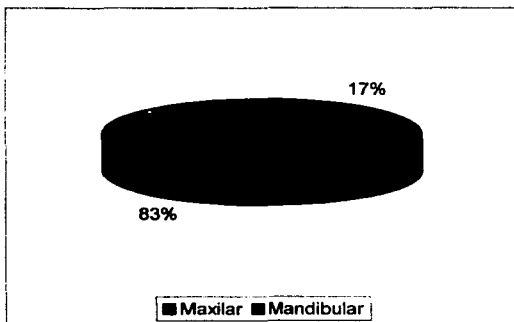
	Hiperplasia papilar	Hiperplasia marginal	Estomatitis	úlceras
Número	1	2	9	5
Porcentaje	6%	12%	53%	29%



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PREVALENCIA DE RESORCIÓN ÓSEA

	Maxilar	Mandíbula
Número de casos	1	5
Porcentaje	17%	83%



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. CONCLUSIONES

Las lesiones más frecuentes observadas en la clínica de admisión del turno vespertino fueron tanto las dentales, como las periodontales.

Es necesario reforzar en la clínica de admisión de la Facultad de Odontología la información sobre higiene bucal, mediante la elaboración de trípticos. Cabe mencionar que los pacientes geriátricos deben acudir con el odontólogo por lo menos cuatro veces al año para prevenir lesiones, así como cuidar su alimentación.

Se comprobó que las lesiones bucales se presentaron en estos pacientes indistintamente en ambos sexos, aún cuando la mayoría de los pacientes que acudieron a la clínica de admisión eran del sexo femenino.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DEL SEMINARIO
DE TITULACIÓN

M. C. PORFIRIO JIMÉNEZ VÁZQUEZ,
COORDINADOR DE LA CLÍNICA DE ADMISIÓN,
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Solicito muy atentamente su autorización para que el pasante PERALTA GARCÍA OSWALDO No. de cuenta 09756301-5, realice su investigación para elaborar la tesis: *Identificación de lesiones bucales relacionadas con la fisiología del envejecimiento*, en la clínica que usted tan dignamente dirige

Sin más por el momento y esperando contar con su apoyo, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo,

Atentamente,
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Cd. Universitario, D. F., a 6 de febrero de 2013

LA COORDINADORA

DRA. MIRELLA FEINGOLD STEINER

Recibido
20/02/13
[Signature]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
SEMINARIO DE ODONTOLOGÍA COMUNITARIA
IDENTIFICACIÓN DE LESIONES RELACIONADAS CON LA
FISIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

HISTORIA CLÍNICA

Fecha / /

Nombre _____

1.-Edad _____

2.-Sexo _____ ()

- 1 Femenino
- 2 Masculino

3.-Paciente _____ ()

- 1 Parcialmente dentado
- 2 Totalmente desdentado

4.- Lesiones de la mucosa bucal _____ ()

- 1 várices linguales
- 2 Candidiasis
- 3 Quellitis comisural

5.-Lesiones del dorso de la lengua _____ ()

- 1 Lengua fisurada
- 2 Lengua geográfica

6.-Lesión dental _____ ()

- 1 Caries
- 2 Atrición

7.- Lesión del periodonto _____ ()

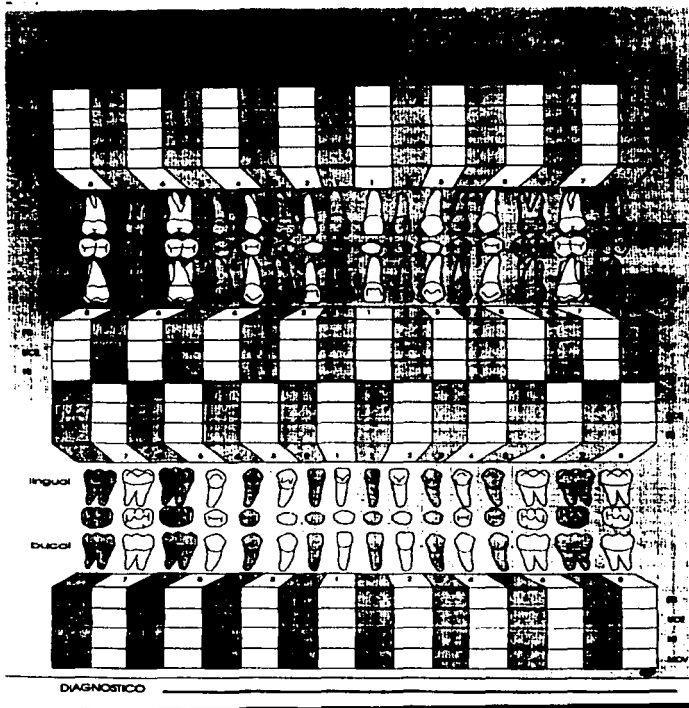
- 1 Periodontitis
- 2 Movilidad

8.-Lesiones provocadas por prótesis _____ ()

- 1 Hiperplasia papilar
- 2 Hiperplasia marginal
- 3 Úlceras traumáticas
- 4 Estomatitis protésica

9.- Resorción ósea en desdentados _____ ()

- 1 Maxilar
- 2 Mandíbula

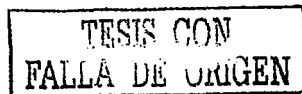


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA.

11. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Ozawa D. J. Estomatología Geriátrica, México: Edit. Trillas; 1994
- 2.- Franks A.S.T. Odontología Geriátrica, España: Edit. Labor; 1976
- 3.- Pedersen. P. H Geriatric Dentistry. A Textbook of Oral Gerontology, Copenhagen: Edit. Mosby; 1986.
- 4.- Ganon, W. F. Fisiología Medica, 15ª edición. México: Edit. Manual Moderno; 1996
- 5.- Papas, A. S. Geriatric Dentistry, USA: Edit. Mosby Year Book; 1991
- 6.- Budtz. J. E. Prosthodontics for the Elderly. Diagnosis and treatment, Illinois :Edit. Quintessence Publishing; 1999.
- 7.- Boucher. C. O. Prótesis para el Desdentado. Paraguay: Edit, Mundi; 1990.
- 8.- Barnes. I. Gerodontology. England: Edit. Wright; 1994.
- 9.- Wolf. A.Oral mucosal status and salivary gland function, Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology, Vol 70, Número 2, July 1990, Pág 40-53.
- 10.- Carranza. F. A. Periontología Clínica. 8ª edición. México: Edit. McGraw-Hill Interamericana; 1998.



- 11.- Pindborg, J. J. Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral, 5a edición. Barcelona: Edit. Masson;1994.
- 12.- Regezi, J. A. Patología Bucal, 2a edición. Philadelphia: Edit. Mc Graw Hill-interamericana; 1995.
- 13.- Samaranayake. L. P. Oral Candidosis. England: Edit. Butterworth & Co; 1990.
- 14.- Giunta, J. Patología Bucal. 3ª edición. México: Edit. Mc Graw Hill Interamericana; 1991.
- 15.- Strassburg, M. Mucosa Oral Atlas a color de Enfermedades. 3a edición. España: Edit Marban Libros; 1996.
- 16.- Eversole, L. R. Clinical Outline of Oral Pathology: Diagnosis and treatment. 3a edición. Philadelphia: Edit. Lea & Febiger; 1991
- 17.-Newbron, E. Cariología. México: Edit. Limusa; 1999.
- 18.- Cerccoti, E. L. Clínica Estomatológica Sida, Cáncer y otras afecciones. Argentina: Edit. Médica Panamericana; 1993.
19. Séller, G. Oral Pathology: Actual Diagnostic and Prognostic Aspects. Germany : Edit. Springer; 1996.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

20.- Brenann. M. T. Elevated blood pressure is not related to saliva flow in patients with Sjögren's syndrome, Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology, Vol 94, Númber 2, August 2002, Pág 179-182.