

01421
302



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**CAMBIOS ESTRUCTURALES DE LA
MUCOSA ORAL EN EL ADULTO MAYOR**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

JOSÉ ALEJANDRO SALINAS MANCERA.

DIRECTOR: C.D. CONRADO LUPERCIO CHAVÉZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

Entregada a la Dirección General de Estudios de Posgrado el día 28 de octubre de 2003.
Para su difusión en formato electrónico y digital.
Cada día de mi trabajo académico.
JOSÉ ALEJANDRO SALINAS MANCERA
José Alejandro Salinas Mancera
28.10.03





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.

TESIS CON FALLA
DE
ORIGEN

DEDICATORIAS

GRACIAS A DIOS .
POR DARME FUERZAS
PARA SALIR ADELANTE

A MI TIO ARTURO.
CON PROFUNDA GRATITUD
PARA BRINDARME SU
APOYO INCONDICIONAL

A MI MADRE .
CON AMOR, POR SU APOYO
Y PACIENCIA QUE ME HA DADO
TODOS ESTOS AÑOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EN ESPECIAL A TÍ ALICIA .
POR TU APOYO Y EL CREER
EN MÍ EN TODO MOMENTO

ÍNDICE

| | |
|--------------------------|---|
| 1.- INTRODUCCIÓN | 4 |
| 2.- OBJETIVO GENERAL | 5 |
| 3.-OBJETIVOS ESPECIFICOS | 5 |
| 4.-ANTECEDENTES | 6 |

PRIMER CAPITULO

Mucosa oral

| | |
|--|----|
| 1.1 Definición de mucosa oral | 8 |
| 1.2 Descripción de mucosa oral | 8 |
| 1.3 Estructura de la mucosa oral | 8 |
| 1.3.1 Epitelio | 8 |
| 1.3.2 Membrana basal | 11 |
| 1.3.3 Lámina propia o corion | 12 |
| 1.3.4 Submucosa | 13 |
| 1.4 Clasificación de la mucosa oral por su función | 13 |
| 1.4.1 Mucosa masticatoria | 14 |
| 1.4.2 Mucosa de revestimiento | 14 |
| 1.4.3 Mucosa especializada | 15 |
| 1.5 Descripción de la mucosa oral de acuerdo a su localización | 15 |
| 1.5.1 Labios | 15 |
| 1.5.2 Carrillos | 16 |
| 1.5.3 Paladar duro | 16 |
| 1.5.4 Paladar blando | 16 |
| 1.5.5 Lengua | 16 |
| 1.5.6 Piso de la boca | 17 |
| 1.5.7 Encías | 18 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

| | | |
|-------|-----------------------------|----|
| 1.6 | Funciones de la mucosa oral | 18 |
| 1.6.1 | Protección | 18 |
| 1.6.2 | Sensación | 19 |
| 1.6.3 | Secreción | 19 |
| 1.6.4 | Movilidad | 20 |
| 1.6.5 | Digestión | 20 |
| 1.6.6 | Absorción | 20 |

SEGUNDO CAPITULO

Diferencias entre mucosa oral y piel

| | | |
|-------|--|----|
| 2.1- | La piel como tejido de comparación con respecto al mucosa oral | 21 |
| 2.1.1 | Epidermis | 21 |
| 2.1.2 | Dermis | 22 |
| 2.1.3 | Hipodermis | 22 |
| 2.2 | Principales diferencias entre mucosa oral y piel | 22 |
| 2.3 | Irrigación de la mucosa oral | 23 |
| 2.4 | Inervación de la mucosa oral | 24 |

TERCER CAPITULO

Cambios de la mucosa oral en el adulto mayor

| | | |
|-----|---|----|
| 3.1 | Cambios estructurales y funcionales de la mucosa oral del adulto mayor | 25 |
| 3.2 | Enfermedades sistémicas que condicionan los cambios de la mucosa oral del adulto mayor. | 27 |
| 3.3 | Principales enfermedades que alteran la mucosa oral del adulto mayor | 28 |
| 3.4 | Factores predisponentes en los cambios de la mucosa oral del adulto mayor | 30 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUARTO CAPITULO

Cambios en la mucosa oral sin valor patológico real.

| | | |
|-------|---|----|
| 4.1 | Cambios sin valor patológico real en la mucosa oral del adulto mayor. | 32 |
| 4.1.1 | Varices linguales | 32 |
| 4.1.2 | Gránulos de Fordyce | 33 |
| 4.1.3 | Leucoedema | 33 |
| 4.1.4 | Pigmentaciones melánicas | 34 |
| 4.1.5 | Síndrome de ardor bucal | 35 |
| 4.1.6 | Otras alteraciones | 38 |
| | CONCLUSIONES | 40 |
| | GLOSARIO | 41 |
| | REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA | 42 |

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INTRODUCCIÓN

La senectud incluye todos los cambios del organismo adulto, que ocurren al paso del tiempo, estos cambios pueden ser intrínsecos con relación cronológica, o pueden ser extrínsecos y atribuibles a la influencia del medio ambiente.

La odontología geriátrica para el adulto mayor debe efectuarse teniendo cada vez más en presentes los factores biológicos, moleculares, histológicos y sistémicos, ya que los mecanismos de adaptación y la capacidad de regeneración tisular del paciente geriátrico suelen estar netamente disminuidas.

El adulto mayor no es solo un paciente de edad avanzada, sino que requiere un enfoque diferente, tratamientos modificados y conocimientos de los cambios tisulares.

Para comprender la importancia y repercusión de los cambios de la mucosa oral, en el adulto mayor, corresponde al odontólogo, realizar una exploración detallada de las estructuras adyacentes así como de la misma, para obtener un diagnóstico y un plan de tratamiento ideal para cada uno de los pacientes geriátricos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.- OBJETIVO GENERAL.

El objetivo de este trabajo es presentar los aspectos de cambio y función de la mucosa oral en el paciente geriátrico, ya que la mucosa oral puede presentar cambios en su coloración, forma, estructura y función, de diverso origen. El cirujano dentista deberá diagnosticar y recomendar medidas preventivas favoreciendo así la calidad de vida del adulto mayor.

2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

2.1.-El cirujano Dentista podrá hacer una valoración con respecto a los cambios de la mucosa oral del adulto mayor, así como su posible tratamiento y rehabilitación.

2.2. -El cirujano Dentista tendrá el conocimiento de los cambios estructurales presentes en la mucosa oral; así como su relación clínica.

2.3.-El cirujano dentista comprenderá los cambios que se presentan en la mucosa oral con la edad y evaluará la importancia de la conservación de la salud para una mejor calidad de vida del adulto mayor.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.- ANTECEDENTES

La cavidad bucal primitiva se desarrolla por la fusión del estomodeo embrionario con el intestino anterior, después de la ruptura de la membrana bucofaringea a los 26 días de vida intrauterina, de esta manera se reviste de epitelio derivado del endodermo.(15)

Las estructuras que se desarrollan de los arcos braquiales, tales como la lengua, la epiglotis y la faringe, se hallan cubiertas por epitelio derivado del endodermo, mientras que el epitelio que cubre el paladar, los carrillos y las encías son de origen ectodérmico.(15)

A las 5 ó 6 semanas de vida intrauterina la capa única de células que revisten la cavidad bucal primitiva ha formado dos capas celulares, y a las 8 semanas hay un marcado engrosamiento en la región del complejo de la lamina dental vestibular. (15)

El epitelio lingual muestra especialización alrededor de la 7semanas, cuando las papilas foliadas y las calciformes aparecen seguidas por las fungiformes. Dentro de estas papilas, se desarrollan al poco tiempo los corpúsculos gustativos. Las papilas filiformes que cubren la mayor parte de los dos tercios anteriores de la lengua se hacen evidentes a las 10 semanas. (15)

De la semana 8 a la 11, los procesos palatinos se elevan y se aproximan, de modo que la futura morfología de la cavidad bucal del adulto se hace evidente. (15)

Entre la 10 y 12 semanas la futura mucosa de revestimiento y masticatoria muestra cierta estratificación, y aunque las células superficiales están aún formadas por células hexagonales primitivas, estas dos zonas ya muestran estructuras diferentes. Aquellas áreas destinadas a queratinizarse como son el paladar duro el surco alveolar y la encía. Estas estructuras poseen células

básales cilíndricas que están separadas del tejido conectivo subyacente por una prominente membrana basal. (15)

En la región central de este engrosamiento, hay degeneración celular entre la 10 y 14 semanas, dando por resultado la separación de las células que cubren la zona del carrillo y la mucosa alveolar, formando de esta manera el vestíbulo de la boca.(15).

La mucosa oral esta integrada por dos capas de tejido estructural y embriológicamente diferentes que se han mencionado anteriormente y se describen con más detalle a continuación. (15)

Una capa superficial constituida por tejido epitelial, de origen ectodérmico, él epitelio y una capa subyacente de tejido conectivo, de origen ectomesenquimatoso (derivado de las células de la cresta neural). La lámina propia o corion, están conectadas por la membrana basal. (4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRIMER CAPÍTULO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MUCOSA ORAL

1.1.-Definición.- El término de membrana mucosa oral se emplea para definir al tejido de revestimiento húmedo de la cavidad bucal que se comunica con el exterior. (8)

1.2-Descripción.-La mucosa bucal es laxa, de superficie brillante y húmeda que resiste a las fuerzas de tracción, contiene numerosas glándulas salivales menores, en algunos sitios se torna de un color rosa más intenso. (8)

1.3.- Estructura de la mucosa oral

La mucosa oral está estructurada por:

- Epitelio
- Membrana basal
- Lámina propia o corion
- Submucosa

1.3.1 EPITELIO

El epitelio de la mucosa bucal es de tipo plano o pavimentoso estratificado. Puede ser queratinizado, paraqueratinizado o no queratinizado. Las células epiteliales están estrechamente unidas entre sí, de manera que forman una barrera funcional de protección entre el medio bucal y el tejido conectivo subyacente. (4)

Epitelio plano estratificado queratinizado.-Está constituido por dos tipos de poblaciones celulares: la población intrínseca, propia del epitelio, formada por los queratinocitos, que representan el 90% de la población celular, y la población extrínseca, de origen ajeno al epitelio, formada por una población de células permanentes o residentes que representan el 9% de la población celular del epitelio y una población transitoria que represente el 1%. Las permanentes reciben la denominación de células dendríticas o células claras y agrupan a los melanocitos, las células de Merkel y las células de Langerhans. La población transitoria está formada por: granulocitos, linfocitos y monolitos que ocasionalmente infiltran el epitelio. (4)

Población intrínseca.-Los queratinocitos reciben este nombre, las células del epitelio destinadas a queratinizarse. Los queratinocitos que integran el epitelio bucal se disponen formando cuatro capas o estratos:

-Basal.

-Espinoso.

-Granuloso.

-Córneo.

Estrato basal o germinativo: Está constituido por una capa única de células de forma cúbica o cilíndrica. El núcleo es redondo u oval y el citoplasma es intensamente basófilo. Los queratinocitos son responsables de la formación de la lámina basal que forma parte de la membrana basal.(4)

En este estrato se observan figuras mitóticas y comienza el proceso de renovación epitelial a partir de las células madres. En esta capa se hallan también inmersos los melanocitos, las células de Merkel y las células de Langerhans. (4)

Estrato espinoso: Está formado por varias hileras de queratinocitos. Las células que lo constituyen son poligonales de núcleo redondo, más o menos pequeño, de cromatina laxa, con citoplasma ligeramente basófilo, caracterizado por presentar abundantes tonofibrillas. (4)

También se encuentran células de Langerhans y células de Merkel. (4)

Estrato granuloso: Está constituido por dos o tres capas de células aplanadas o escamosas con un núcleo pequeño de cromatina densa. El citoplasma está lleno de gránulos de queratohialina intensamente basófilos.

Encontramos en este estrato unos organoides característicos de los epitelios queratinizados: los cuerpos de Odland (queratinosomas) son pequeños organoides redondeados u ovales, de 100 a 300 nm de diámetro, que se encuentran en las células granulosas más profundas. Su origen parece estar en el complejo de Golgi desde el que emigrarían luego hacia la periferia, para

unirse a la membrana plasmática del queratinocito. Estos gránulos se descargan por exocitosis al espacio intercelular. (4)

En el estrato granuloso se da, un gran contraste poco explicado todavía biológicamente; la célula granulosa desarrolla una importante actividad sintética de proteínas, lípidos, receptores y antígenos relacionados con la queratinización y, al mismo tiempo, en cinco o seis horas se prepara para la destrucción de sus organelos y de su núcleo y convertirse en un elemento del estrato córneo. (4)

Estrato córneo: Se caracteriza por estar constituido por células planas, sin núcleo evidente y con citoplasmas fuertemente acidófilos. Estas células reciben la denominación de corneocitos y no presentan gránulos de queratohialina. Estructuralmente las células de las capas cornificadas carecen de organoides y están agrupados de modo, recubiertos compacto, que se forman a partir de los tonofilamentos de queratohialina. (4)

La célula queratinizada se torna una escama compacta y deshidratada, cubre un área de superficie mayor que la célula basal de la cual se formó y está íntimamente adosada a las escamas adyacentes. (4)

Población extrínseca.- Melanocitos se presentan como células claras con núcleo pequeño. Son células de citoplasma redondeado, con prolongaciones alargadas de aspecto dendrítico. El cuerpo se ubica en el estrato basal. Derivan del ectodermo de la cresta neural. (4)

Cada melanocito tiene una serie de queratinocitos asociados a los que suministra melanina, existe aproximadamente un melanocito cada diez queratinocitos. (4)

Células de Merkel.- Se localizan entre las células de la capa basal del epitelio bucal, carecen de prolongaciones de tipo dendrítico, son células claras con escasos y pequeños gránulos densos de forma esférica. Son células sensoriales especialmente adaptadas para la percepción de la presión. (4)

Células de Langerhans.- Poseen prolongaciones de tipo dendrítico, contienen gránulos en forma de bastón, llamados gránulos de Birbeck, se les considera

una población celular circulante, son responsables de iniciar una rápida respuesta inmunológica. (4)

Población extrínseca transitoria.- En esta población encontramos granulocitos, linfocitos y monocitos; constituyen células que pueden infiltrarse en el epitelio bucal. (4)

Epitelio plano estratificado paraqueratinizado.- Presenta iguales características que el queratinizado a nivel de los estratos basal, espinoso y granuloso; este último poco desarrollado. Las diferencias se manifiestan en los elementos celulares del estrato córneo, que en este tipo de epitelio con conservan sus núcleos y también algunos organelos celulares. Los núcleos son picnóticos con cromatina densa, estas células son acidófilas. (4)

Epitelio plano estratificado no queratinizado.- Se diferencia del epitelio queratinizado principalmente porque no produce la capa superficial córnea y carece, además de estrato granuloso. Las capas del epitelio no queratinizado son:

- Capa basal
- Capa intermedia
- Capa superficial

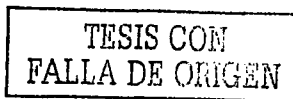
Capa basal: Las células son semejantes a las descritas anteriormente.

Capa intermedia: Presenta células poliédricas con núcleo redondo de cromatina laxa, las células no tienen aspecto espinoso y no están asociadas mediante desmosomas. (4)

Capa superficial: Está constituida por células aplanadas, nucleadas, de aspecto normal, las cuales finamente se descaman. (4)

1.3.2 MEMBRANA BASAL.

La separación entre el epitelio y el tejido conjuntivo se realiza mediante la membrana basal, dicha región consiste en una banda celular homogénea y estrecha. (4)



La membrana basal esta constituida por dos regiones; la lamina basal sintetizada por las células epiteliales y la lamina reticular elaborada por dos células de tejido conectivo.(4)

La lamina basal: consta de dos estratos, la lámina lúcida y la lamina densa. Estas estructuras se interpretan, estructuralmente como una red tridimensional de cordones. En la lámina densa la red es muy tupida a diferencia de la que existe en la lámina lúcida. En este ultimo nivel los cordones cruzan desde la lámina densa hasta la membrana distal de las células epiteliales.(4)

La lámina reticular : Está constituida por fibras de glucosaminoglucanos. El espesor de esta lámina varía según el grado de fricción del epitelio subyacente. Las fibras de la lámina reticular son :

- Fibras de anclaje.
- Fibras reticulares.

La membrana basal posee varias funciones entre las que destacan la de ser una estructura de fijación entre el epitelio y el tejido conectivo.(4)

La membrana basal en la cavidad bucal presenta características especiales:

Es más gruesa en su conjunto en los epitelios no queratinizados y con la edad disminuye progresivamente de espesor.(4)

La alteración dela configuración molecular de esta estructura explica numerosos procesos que afectan la mucosa bucal.(4)

1.3.3 -LÁMINA PROPIA O CORION

Es una lámina de tejido conectivo de espesor variable que confiere sostén y nutrición al epitelio. Estas funciones se ven reforzadas por la presencia de papilas que llevan vasos y nervios. Las papilas varían de longitud y anchura de acuerdo con la zona. El tejido conectivo puede ser laxo, denso o semidenso. Como todo tejido conectivo presente células, fibras y sustancia fundamental y su distribución esta relacionada con las necesidades específicas de las diversas regiones de la cavidad bucal.(4)

Las fibras colágenas resisten las fuerzas de tracción y tensión y evitan deformaciones de la mucosa.(4)

Las fibras elásticas son las encargadas de regresar a la normalidad a la mucosa, después de que la tensión haya actuado sobre ella. (4)

También existen fibras reticulares que refuerzan la pared de los vasos sanguíneos en presencia de colágeno maduro, como inmaduro. Este último es abundante sobre todo en la región gingival, y representa un elemento muy importante en la cicatrización y reparación.(4)

1.3.4 -SUBMUCOSA.

Está formada por tejido conectivo laxo destinado a unir a la mucosa a los tejidos subyacentes. La submucosa puede existir o no como una capa separada y bien definida. Hay submucosa en las zonas que requieren movimiento y que no están expuestas directamente al choque masticatorio. (4)

La submucosa, está constituida por tejido conectivo de espesor y densidad variables. En esta capa se suelen encontrar glándulas salivales, vasos y nervios y también tejido adiposo. Los vasos sanguíneos están acompañados por vasos linfáticos, las fibras nerviosas son mielínicas cuando atraviesan la submucosa, pero pierden su vaina antes de dividirse en sus arborizaciones terminales en la lámina propia.(4)

En la submucosa existe un plexo nervioso profundo que contiene fibras nerviosas de gran tamaño cuya misión es, expandir a través de rutas colaterales los impulsos nerviosos procedentes de los receptores.(4)

1.4. CLASIFICACIÓN DE LA MUCOSA ORAL DE ACUERDO A SU FUNCIÓN

La mucosa oral difiere en alto grado de una región a otra, sobre la base de las diferencias regionales de estructura, las mucosas orales pueden clasificarse en tres grandes categorías:

- Mucosa masticatoria .
- Mucosa de revestimiento.
- Mucosa especializada.

1.4.1 Mucosa masticatoria

Cubre aquellas zonas de la cavidad bucal tales como el paladar duro y la encía, que se hayan expuestas a fuerzas comprensivas y de desgaste y a la abrasión durante la masticación de los alimentos.(7)

El epitelio de la mucosa masticatoria. Esta frecuentemente ortoqueratinizado.(7)

La unión entre el epitelio y la lámina propia subyacente tiene pliegues y numerosas papilas alargadas que proveen un buen adosamiento mecánico y evitan que el epitelio se rompa bajo el efecto de fuerzas desgarrantes.(7)

La lámina propia es gruesa, conteniendo una densa red de fibras de colágena en forma de haces grandes y estrechamente empaquetados.(7)

Estos haces siguen un curso directo entre sus puntos de anclaje de modo que hay relativamente poca laxitud y el tejido no cede ante los impactos, permitiendo ala mucosa que resista fuertes pesos.(7)

La mucosa masticatoria se haya firmemente unida en forma directa por medio del adosamiento de la lámina propia al periostio del hueso subyacente.(15)

En las regiones laterales del paladar se encuentra una submucosa fibrosa, que se halla entremezclada con zonas de tejido graso, que amortiguan la mucosa contra las cargas mecánicas y protegen a los nervios y vasos sanguíneos.(15)

1.4.2 Mucosa de revestimiento

La mucosa oral que recubre la cara ventral de lengua, la cara interna de los labios, los carrillo, el piso de la boca, los procesos alveolares, el paladar blando, hasta la encía está sujeta a movimiento.(15)

Aquí el epitelio de esta mucosa es más grueso en el carrillo, y no está queratinizado. La superficie es por lo tanto flexible y capaz de soportar estiramiento.(15)

La lámina propia es generalmente más gruesa que en la mucosa masticatoria y contiene menos fibras colágenas que siguen un curso más irregular entre las puntas de anclaje de esta manera la mucosa puede estirarse.(15)

Asociados con las fibras colágenas se hallan las fibras elásticas que tienden a controlar la extensión de la mucosa. En los lugares en los que la mucosa de revestimiento cubre al músculo se adhiere por una combinación de fibras colágenas y elásticas.(15)

A medida que la mucosa se hace laxa, durante la realización de los movimientos masticatorios, las fibras elásticas retraen la mucosa hacia el músculo, de esta manera evitan que se pliegue entre los dientes y sea masticada.(15)

1.4.3 Mucosa especializada.

La mucosa de la cara dorsal de la lengua es distinta a la de cualquier otra parte del cavidad oral.(15)

El epitelio es escamoso estratificado y queratinizado, que forma tres tipos de papilas linguales, algunas con corpúsculos gustativos.(15)

En la lámina propia encontramos papilas largas, glándulas salivales menores, rica inervación, especialmente cerca de los corpúsculos, plexo capilar en la capa papilar y grandes vasos ubicados más profundamente(15)

1.5. DESCRIPCIÓN DE LA MUCOSA EN CONDICIONES NORMALES

1.5.1 Labios.

Los labios son la parte más anterior de la boca, la piel que los recubre termina en una línea ligeramente elevada que los contornea, es el borde muco cutáneo; De ahí a la línea de unión se encuentra la zona roja o bermellón de los labios conocida también por semimucosa labial, rasgo característico en el humano. La unión de los labios a cada lado forma las comisuras labiales.(14)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.5.2 Labio sup., fondo de surco y frenillo

Por dentro los labios están cubiertos por una mucosa rosada, lisa, brillante, húmeda y delgada. Se extiende hasta el fondo de surco y en el centro apreciamos una bandeleta conocida como frenillo labial que va del labio a la encía. (14)

1.5.3 Labio inf., fondo de surco y frenillo

A través de la mucosa labial se aprecia con mucha facilidad la arborización capilar arterial y venosa y múltiples prominencias que corresponden a las glándulas salivares. (14)

1.5.4 Carrillo izquierdo

Los carrillos están en su exterior cubiertos por piel y en su cara interna por una mucosa rosada, lisa, brillante, húmeda y delgada; frente al segundo molar superior desemboca el conducto de Stensen o parotídeo, su salida está marcada por una elevación o papila mucosa. (14)

1.5.5 Carrillo derecho

Con relativa frecuencia pueden observarse algunos granos amarillentos situados por debajo de la mucosa: son los gránulos de Fordyce. A la altura del plano de oclusión dentaria puede notarse una línea más blanquecina conocida por "línea alba". (14)

1.5.6 Paladar duro

El paladar duro está cubierto por una mucosa rosada pálida, a veces ligeramente azulada, gruesa, firme y adherida al hueso adyacente; por detrás de los incisivos se encuentra "la papila incisiva"; desde ella parte hacia atrás un surco suave llamado "rafe palatino", en el tercio anterior se distribuyen las "rugosidades palatinas". (14)

1.5.7 Paladar blando

El paladar blando es un grueso pliegue de mucosa rosada, lisa, brillante y húmeda, su borde libre es doblemente cóncavo extendiéndose en la línea

media en la "úvula palatina"; dicho borde se divide a uno y otro lado en dos pliegues o pilares, uno anterior el palato-gloso y otro posterior, el palato-faríngeo, conformando el compartimiento amigdalino que aloja las amígdalas palatinas.(14)

1.5.8 Lengua (cara dorsal)

La cara dorsal de la lengua está cubierta por una mucosa especializada que contiene las papilas filiformes, fungiformes y caliciformes; las primeras son las más numerosas y cubren en gran extensión la cara dorsal; las segundas se encuentran distribuidas entre las filiformes siendo más abundantes y notorias en los bordes y la punta de la lengua; las caliciformes son las más prominentes y en número de 8 a 12, conforman la V lingual. Los bordes laterales de la lengua, tienen características similares a 'unã' y otra cara, en su parte más posterior alojan las papilas foliadas de color más rojizo y con algunos pliegues paralelos entre sí. (14)

1.5.9 Lengua (cara ventral)

La cara inferior o ventral de la lengua está cubierta por una mucosa rosada, lisa, brillante, húmeda y delgada que deja traslucir las venas raninas; a uno y otro lado del frenillo corre el pliegue fimbriado.(14)

1.5.10 Borde lateral derecho

Al final del borde lateral se aprecian los pliegues de las papilas foliadas. Para poder examinar bien esta parte de la lengua es necesario tomarla con una gasa y tironearla hacia afuera y hacia el lado opuesto.(14)

1.5.11 Borde lateral izquierdo

Lo mismo debe hacerse con el otro lado de la lengua.(14)

1.5.12 Piso de la boca

El piso de la boca está cubierto por una mucosa rosada, lisa, brillante, húmeda y delgada, es visible y accesible en un área en forma de herradura que rodea la

base de la lengua. En la línea media está atravesado por el "frenillo lingual", a cada lado existen unas prominencias llamadas "carúnculas sublinguales" donde desembocan los conductos de las glándulas submaxilares. Por detrás el piso es más elevado por la prominencia de las glándulas sublinguales, un pliegue mucoso que contiene los conductos de Wharton es visible sobre ellas.(14)

1.5.13 Encías

Las encías están constituidas por una mucosa rosada pálida, áspera, con aspecto de cáscara de naranja, húmeda, gruesa, firme y adherida al hueso subyacente; las papilas interdientarias llenan justamente los espacios entre diente y diente.(14)

1.6 -FUNCIONES DE LA MUCOSA ORAL

La mucosa bucal cumple varias funciones. La más importante de ellas es la protección que otorga a los tejidos más profundos de la cavidad bucal.

Entre otras funciones la mucosa bucal es un órgano sensorial, un regulador de la temperatura corporal y un medio a través del cual se segrega la saliva.(7)

1.6.1 PROTECCION.

Como cubierta superficial, la mucosa bucal separa y protege los tejidos profundos y órganos de la región del medio ambiente bucal(15)

Morder y masticar, expone a los tejidos blandos de la boca a fuerzas mecánicas tales como, la compresión, distensión, desgarrar y al desgaste superficial por las partículas duras de la dieta. La mucosa bucal muestra una serie de adaptaciones del epitelio y del tejido conectivo para poder resistir estas agresiones. Además, hay normalmente una serie residente de microorganismos dentro de la cavidad bucal que ocasionarían infecciones si ganasen acceso a los tejidos. Muchos de estos organismos también producen sustancias que poseen un efecto tóxico sobre los tejidos. El epitelio de la mucosa bucal actúa como principal barrera a estas amenazas.(15)

1.6.2 SENSACIÓN.

La función sensorial de la mucosa bucal es importante porque provee información sobre los hechos que ocurren en la cavidad bucal, mientras que los labios también pueden percibir estímulos que están fuera de la boca.(15)

En la boca hay receptores que responden a la temperatura, al tacto y al dolor, al igual que corpúsculos gustativos que no se haya en ninguna otra parte del organismo.(15)

Reflejos tales como la deglución, él vomito y la salivación son también iniciados por receptores de la mucosa bucal.(15)

La sensibilidad es casi nula en el piso de la boca y en la cara interna de las mejillas, pero sumamente delicada en los labios, donde se adapta a las necesidades de la presión y de los contactos exteriores.(15)

La sensibilidad del velo del paladar es mucho menos percibida, puesto que a ese nivel se origina el reflejo vegetativo constituido por la deglución.

Por otra parte la sensibilidad de la lengua es extremadamente fina para las percepciones táctiles y que responde, además a los infinitos matices de las sensaciones gustativas.(15)

La información que suministran los receptores de la mucosa bucal es sumamente importante para establecer la posición de la lengua en la cavidad bucal.(15)

1.6.3 SECRECIÓN

La secreción principal asociada con la mucosa bucal es la saliva producida por las glándulas salivales, la que contribuye al mantenimiento de una superficie húmeda.(15)

Las glándulas salivales principalmente están situadas lejos de la mucosa y se abren en ella por medio de largos conductos, pero las glándulas salivales menores que son más numerosas, están asociadas directamente con la mucosa bucal.(15)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.6.4 MOVILIDAD

La mucosa bucal asegura la movilidad de los órganos. En el piso de la boca, la mucosa es sumamente delgada, esta característica le permite, cuando la lengua realiza un gran movimiento, arrastrarla en todo sentido. La mucosa de las mejillas, por su parte favorece los movimientos de la mandíbula.(15)

El velo del paladar no tiene la misma flexibilidad y está adaptado a movimientos más simples.(15)

En la masticación la movilidad cumple un papel fundamental que se relaciona íntimamente con los caracteres especiales de las distintas regiones de la mucosa.(15)

1.6.5 DIGESTIÓN.

La función digestiva de la mucosa bucal no solo se limita al efecto de la masticación, sino que en la saliva existe una enzima, la ptialina , amilasa salival, que inicia el metabolismo de los hidratos de carbono.(15)

1.6.6 ABSORCIÓN

Se habla de la capacidad de la mucosa de filtrar ciertos cuerpos que hacen de ella una buena vía de absorción como, por ejemplo, la mucosa de la porción ventral de la lengua, que constituye una importante vía para la administración de medicamentos. Sin duda la importancia del sistema venoso en el piso de la boca facilita la absorción. (15)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SEGUNDO CAPÍTULO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIFERENCIAS ENTRE MUCOSA ORAL Y PIEL

2.1.- LA PIEL COMO TEJIDO DE COMPARACIÓN CON LA MUCOSA ORAL

En los organismos superiores, incluido el hombre, la piel es capaz de cumplir una serie de funciones especializadas, tales como la de actuar de barrera, transmitir sensaciones procedentes del ambiente exterior y controlar la temperatura corporal. Las funciones básicas de la mucosa oral son esencialmente las mismas que las de la piel, a excepción de que en el hombre no desempeña un papel significativo en la regulación de la temperatura.(15)

La piel se compone de:

- Epidermis
- Dermis (corion)
- Hipodermis (tejido conjuntivo subcutáneo)

2.1.1 Epidermis

La epidermis está constituida por los siguientes estratos:

- Estrato basal
- Estrato espinoso
- Estrato granuloso
- Estrato lúcido
- Estrato córneo

El estrato basal se compone de células dispuestas en forma de empalizada y constituidas por una sola capa de células, que se generan a través de la mitosis, y dan como consecuencia la restitución continua de las células que escaman. Con una renovación media entre los 20 y 28 días.(14)

Por otro lado entre las células basales y las escamas córneas ,lisas ,sin núcleo de vida, se sitúan en el estrato espinoso que comprende de cuatro a ocho

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

capas celulares .Las células espinosas se mantienen en contacto a través de microvellosidades interdigitadas. (14)

El estrato granuloso, que se compone de dos a cinco capas celulares. Aquí los queratinocitos lisos muestran los primeros signos de queratinización.(14)

El estrato lúcido casi homogéneo aparece en las zonas cutáneas que presentan hiperqueratinización como es en la palma de las manos y la planta de los pies. (14)

El estrato córneo, es la capa más superficial y muestra láminas córneas superpuestas sin núcleo celular ni gránulos. Aquí los queratinocitos se escaman interrumpidamente.(14)

El interior de la epidermis esta formado por queratinocitos, melanocitos, células de Merkel, células de Langerhas y linfocitos emigrantes que aparecen también en el epitelio de la mucosa oral.(14)

2.1.2 Dermis

Consta de tejido conjuntivo fibroso, contribuye a que la piel sea firme, es ligeramente mas gruesa que la epidermis y posee glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y pelos , así como vasos sanguíneos, vasos linfáticos y terminaciones nerviosas las cuales conducen los estímulos de frío, calor, tacto y presión.(14)

2.1.3 Hipodermis

La hipodermis, actúa como un cojín entre las fascias musculares y la dermis, se compone de un sistema de tejido conjuntivo en forma de tabique con numerosas células adiposas superpuestas así como vasos sanguíneos y vasos linfáticos. (14)

2.2.- PRINCIPALES DIFERENCIAS ENTRE MUCOSA ORAL Y PIEL

Color.

La mucosa oral, presenta un aspecto diferente con respecto a la piel, generalmente tiene un color más intenso, que es más obvio a nivel de los labios donde el borde rojo brillante contrasta con el tono más pálido de la piel

esta coloración está dada por una serie de factores, tales como el espesor, el grado de queratinización y la cantidad de pigmento melánico del epitelio. Así como también la concentración y dilatación de los pequeños vasos sanguíneos del tejido conectivo subyacente.(15)

Superficie.

Otras características por las cuales la mucosa oral difiere de la piel son su superficie húmeda y la ausencia de apéndices o anexos. La piel contiene numerosos folículos pilosos, glándulas sebáceas y sudoríparas mientras que la mucosa oral presenta glándulas salivales, que son las encargadas de proporcionar la humedad. (15)

La superficie de la mucosa oral tiende a ser más lisa y a tener menos pliegues o arrugas que la piel. (15)

Tejidos.

Los dos tejidos principales de la mucosa oral son un epitelio escamoso estratificado, y un tejido subyacente, llamado lamina propia o corion. En la piel, estos dos tejidos se conocen como dermis y epidermis.(15)

2.3.- IRRIGACIÓN DE LA MUCOSA BUCAL.

La irrigación de la mucosa bucal es extremadamente rica y deriva de arterias que corren paralelas a la superficie de la submucosa o, cuando la mucosa se halla fuertemente unida al periostio subyacente y la submucosa está ausente, en la parte profunda de la capa reticular.(15)

Estos vasos dan progresivamente ramas menores que se anastomosan con vasos adyacentes en la capa reticular antes de formar una extensa red capilar subyacente a las células epiteliales basales.(15)

Desde esta red, las asas capilares pasan hacia arriba, dentro de las papilas de tejido conectivo y se colocan en estrecho contacto con la capa basal del epitelio.(15)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Esta disposición es más profusa que en la piel, donde solo se hallan asas capilares asociadas con los folículos pilosos, lo que puede explicar el color más intenso de la mucosa bucal.(15)

El flujo sanguíneo es mayor en las encías que en el resto de la mucosa bucal, pero a temperatura normal en todas las regiones dela mucosa es mayor que en la piel.(15)

A diferencia de la piel, que tiene un papel en la regulación de la temperatura la mucosa bucal humana carece de anastomosis arteriovenosas, pero tiene una gran anastomosis de arteriolas y capilares. Esta última característica contribuye indudablemente a la más rápida cicatrización de la mucosa bucal como respuesta a un traumatismo, en comparación con la piel.(15)

2.4.- INERVACIÓN.

La mayoría de los impulsos sensoriales se transmiten por vía del quinto par craneal, pero las fibras aferentes de los nervios craneales pares. VII, IX y X. También se hayan implicados los nervios sensoriales presentan tanto terminaciones libres como organizadas, que se ubican en la lámina propia dentro del epitelio, donde se asocian frecuentemente con las células de Merkel.

Dentro de la lámina propia, hay terminaciones nerviosas organizadas en la región de las papilas.(15)

La densidad de receptores es mayor en las zonas anteriores de la boca que en la región posterior, presentando la mayor densidad de inervación sensorial en aquellas regiones de la mucosa en las cuales las papilas de tejido conectivo son más prominentes.(15)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TERCER CAPÍTULO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAMBIOS DE LA MUCOSA ORAL EN EL ADULTO MAYOR

3.1.- CAMBIOS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DE LA MUCOSA ORAL EN EL ADULTO MAYOR

El proceso de envejecimiento produce en la mucosa bucal una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que origina en ella una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos. De acuerdo con Squier et al. (1976), los cambios más significativos que ocurren a nivel microscópico en los tejidos bucales del adulto mayor incluyen:

- Atrofia epitelio superficial, principalmente a nivel del dorso de la lengua en la queratinización. (9)
- Disminución en el número de las células y degeneración de las fibras del tejido conectivo.(9)
- Agrandamiento varicoso de las venas del vientre lingual.(9)
- Aumento en la cantidad de glándulas sebáceas (gránulos de Fordyce).(9)
- Atrofia progresiva de las glándulas salivales menores.(9)
- Disminución en el número y densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas, particularmente en encía y lengua, donde se registra una disminución de los corpúsculos gustativos.(9)

La mucosa oral se encuentra atrofiada y frágil por lo que adquiere un aspecto brillante y el punteado característico ha desaparecido. Clínicamente estos efectos producen una reducción de la elasticidad de los tejidos que son dañados fácilmente con una ligera presión .Además el descenso de los capilares superficiales y por consiguiente la reducción de la irrigación sanguínea retrasa y deteriora la capacidad de cicatrización .

La mucosa presenta un aspecto edematoso, seroso o satinado ya que carece de células queratinizadas lo que la hace más sensible ala irritación mecánica, química o microbiana. (9)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La mucosa bucal experimenta cambios por la edad similares a los que afectan a la mucosa de otras partes del organismo; pero factores locales como el hábito de fumar, el uso de una prótesis y la higiene bucal influyen en dichos cambios. En general, el epitelio se adelgaza y su diferenciación es deficiente con aumento de contenido de colágena en los tejidos subyacentes. Se reduce la queratinización del paladar y las encías y por lo contrario, los carrillos y labios tienden a queratinizarse.(2)

El borde bermellón de los labios se estrecha y se produce resequedad de las comisuras labiales como un signo de deficiencia vitamínica .(2)

La superficie del dorso de la lengua tiende a hacerse mas lisa pudiendo parecer fisuras profundas y extensas.(2)

La lengua pierde tono muscular y ofrece menos resistencia cuando se palpa. La cubierta papilar disminuye y el dorso tiene aspecto atrófico , estos cambios linguales suelen depender de deficiencias nutritivas y mala circulación .(9)

La percepción del de sabor se altera probablemente por la disminución del número de papilas linguales en los ancianos.(2)

Este síntoma guarda relación con la disminución de botones gustativos. la percepción del sabor también depende de la disolución de los materiales correspondientes (dentadura).(9)

La disminución de filujo salival es frecuente en el adulto mayor, la mucosa se encuentra seca y poco elástica. Con frecuencia da sensación de quemadura y no percibe bien los sabores.(9)

Esta pérdida de sensibilidad puede producir incapacidad para manejar el bolo alimenticio, disminución de la capacidad para aprender a controlar la prótesis (2)

Tales cambios aumentan cuando hay déficit nutricionales de hierro y de vitaminas del grupo B. (15)

Los cambios vasculares pueden ser muy importantes cuando se desarrollan nódulos vasculares .Una característica notable es el desarrollo de venas varicosas nodulares sobre la parte inferior de la lengua (lengua de caviar).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tales cambios parecen no estar relacionados con el estado cardiovascular del paciente, pero son más frecuentes en pacientes con varicosidades de las venas de las piernas.(15)

Las glándulas sebáceas (puntos de Fordyce) de labios y carrillos también aumentan con la edad, mientras que las glándulas salivales menores muestran atrofia marcada con reemplazo fibroso. Clínicamente los pacientes ancianos, en especial las mujeres posmenopáusicas, se presentan con síntomas tales como:

- Sequedad bucal
- Sensación de quemazón
- Gusto anormal

El aumento observado en las últimas décadas en la proporción de adultos y ancianos en nuestro país se traduce en un incremento de las necesidades y demandas de atención estomatológica a este grupo poblacional, a la vez que hace necesario para el estomatólogo conocer con precisión los factores etiológicos, así como la patógena y factores que determinan la especificidad de las alteraciones bucales en esta etapa de la vida.(15)

Existen muy pocos estudios publicados sobre prevalencia de cambios de la mucosa bucal en el adulto mayor.

Las alteraciones más frecuentes son: várices sublinguales (58%), gránulos de Fordyce (31%), pigmentación melánica no gingival (26%), hiperplasia fibrosa (18%) y candidosis eritematosa (14%). Asimismo, se describen la frecuencia de enfermedades sistémicas y los tipos de medicamentos empleados para su control, los antecedentes de tabaquismo y la presencia, el estado y las necesidades de prótesis dentales. Los hallazgos detectados destacan la necesidad de efectuar exámenes estomatológicos completos en el paciente de edad avanzada.

3.2.- ENFERMEDADES SISTÉMICAS QUE CONDICIONAN LOS CAMBIOS EN LA MUCOSA ORAL DEL ADULTO MAYOR

Muchas de las enfermedades sistémicas dan origen a cambios peculiares en la mucosa bucal.(10)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La leucemia, la anemia perniciosa y otras discracias sanguíneas pueden diagnosticarse por las filtraciones características de la mucosa bucal.

En las primeras etapas del sarampión se pueden observar pequeñas manchas rojas con centros blanco azulado en la mucosa de las mejillas, aún antes de la erupción cutánea. A esto se le conoce como manchas de Koplik.

Los trastornos endocrinos, incluyendo los de las hormonas sexuales y el páncreas, se pueden reflejar en la mucosa bucal.(10)

Los cambios de la lengua a veces tienen importancia diagnóstica.

En la escarlatina se observa un enrojecimiento peculiar de la lengua aframbuesada.

Otras enfermedades como la anemia perniciosa y las deficiencias vitamínicas, especialmente la deficiencia en el complejo de la vitamina B, se caracterizan por la lengua magenta o rojo carnosos.(10)

En la construcción de dentaduras es importante observar la firmeza o laxitud de la adherencia de la mucosa. Las zonas en las que se apoya la dentadura deben ser aquellas en donde la unión de la mucosa es firme.

En la edad senil la mucosa cambia en la mejillas y en los labios. Entonces su aspecto es delgado y apergaminado. Los cambios en las papilas linguales dejan la superficie de la lengua lisa, brillante y con aspecto barnizado.

Los cambios de las glándulas salivales mayores y menores pueden dar lugar a la xerostomía, o sea boca seca.(10)

En un elevado porcentaje de individuos, las glándulas sebáceas de la mejilla son visibles como placas bastante grandes, amarillentas, las manchas de Fordyce.(10)

3.3.- PRINCIPALES ENFERMEDADES QUE ALTERAN LA MUCOSA ORAL DEL ADULTO MAYOR

Enfermedades cardiocirculatorias .

En las enfermedades del corazón y de la circulación puede producirse un trastorno de la circulación sanguínea, sobre todo del la terminal, que conduce a una transformación del relieve en la mucosa lingual.

En caso de insuficiencia cardiaca derecha , puede producirse extásis lingual con coloración violeta parda de la mucosa y aumento de volumen. Si existe insuficiencia cardiaca izquierda, se observan en ocasiones una coloración rojo encendida de la lengua sin aumento de volumen. (1)

Hepatopatías.

En las hepatopatías, pueden aparecer alteraciones de la mucosa lingual que se caracterizan por la atrofia de papilas filiformes.(1)

La lengua aparece de color rojo oscuro, húmeda, casi sin saburra, y muestra una hiperqueratosis.(1)

Enfermedades del sistema digestivo.

En las enfermedades gastrointestinales se observan con frecuencia aftas recidivantes crónicas . Se trata de necrosis epiteliales claramente delimitadas, turbias, de aspecto amarillo blanquecino con exudado fibrinoso.

Las alteraciones aparecen sobre todo en los pliegue mucosos de la mejilla y de la lengua.(1)

Diabetes Mellitus.

Las alteraciones de la mucosa bucal en la Diabetes Mellitus presentan gran variabilidad se distinguen por su coloración rojo claro así como por el aislamiento del relieve lingual y una especial limpieza .

Muestra mayor propensión alas alteraciones inflamatorias.

También se observan en el diabético leucoplasias circunscritas de la mucosa de las mejillas.(1)

Existe una hiperemia de la mucosa lingual , se produce la descamación de la capa córnea superficial de la mucosa lingual.(1)

Enfermedades del sistema hematopoyético.

En las leucosis agudas aparecen en el borde gingival y en el paladar tumefacciones, hemorragias, necrosis y ulceraciones que pueden ir acompañadas de extensas descomposiciones necróticas del tejido.(1)

En la anemia perniciosa la mucosa lingual experimenta alteraciones que conducen al principio a una atrofia de la mucosa con desaparición de las papilas linguales y del tejido linfático subepitelial, posteriormente presenta una reacción inflamatoria crónica, originada en pequeños defectos epiteliales de la mucosa. (1)

3.4 FACTORES PREDISPONENTES EN LOS CAMBIOS DE LA MUCOSA ORAL DEL ADULTO MAYOR.

Cambios debidos a procesos de adaptación de la mucosa ante estímulos locales tales como pérdida de dientes, irritación mecánica y química por aparatos protésicos, tabaco, etc., y en menor proporción están las lesiones correspondientes a manifestaciones de enfermedades sistémicas y procesos precancerosos.(11)

La mucosa bucal es sumamente sensible a las influencias psicológicas y por consiguiente puede estar relacionada con factores psicoemocionales que intervienen en el cuadro clínico de diversas enfermedades orales.(11)

A nivel de la mucosa oral propiamente dicha, tanto en el liquen plano como en las aftas bucales y la lengua geográfica, el factor o influencia psicósomática siempre debe ser considerado como factor de riesgo en este tipo de lesiones.(11)

El tabaco por acción irritativa o térmica produce alteraciones de la mucosa bucal (leucoplasia, palatitis nicotínica). Aumenta la incidencia de candidiasis y la severidad de la enfermedad periodontal.(11)

La xerostomía también denominada boca seca se debe a una disminución del flujo salival, que fundamentalmente se atribuye a tres tipos de causas:

- Alteraciones de las glándulas salivares por fármacos, cirugía, quimioterapia.(11)
- Alteraciones de la regulación nerviosa en casos de Alzheimer, tumores, estrés.(11)

- Causas inespecíficas: uso de inhaladores, fumadores o personas que roncan.(11)

Medidas preventivas para reducir los factores de riesgo.

- Mantener una perfecta higiene bucodental, incluyendo visitas regulares al odontólogo.(11)

- Limitar el uso de alimentos con azúcares refinados, sobre todo entre comidas.

- Evitar alimentos irritantes, secos o ásperos, picantes o ácidos, salados y temperaturas extremas.(11)

- Evitar el alcohol y tabaco.(11)

- Recomendar alimentos que estimulen la salivación (zanahoria, apio...) así como chicles o caramelos sin azúcar.(11)

- Mantener una correcta ingesta hídrica, aumentando la frecuencia y cantidad de volumen de líquidos a ingerir entre comidas.(11)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUARTO CAPÍTULO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

31A

CAMBIOS EN LA MUCOSA ORAL SIN VALOR PATOLÓGICO REAL.

4.1 CAMBIOS SIN VALOR PATOLÓGICO EN LA MUCOSA ORAL DEL ADULTO MAYOR.

La senectud se caracteriza por el deterioro gradual e irreversible de la fisiología celular lo que altera la morfología y el funcionamiento de todos los órganos y tejidos.(17)

Se observa una reducción gradual del metabolismo celular, lo que se debe, en parte a la disminución del poder de difusión del tejido conectivo y al decremento de la sustancia fundamental.(17)

Los componentes de origen mesodérmico, como el tejido adiposo y el muscular, disminuyen sensiblemente su volumen. En el adulto mayor se observa también una disminución del número de células, así como la hialinosis de las fibras colágenas, lo que explica la falta de flexibilidad y la rigidez de los tejidos blandos.(17)

Sumados a los estímulos externos, se determinan las alteraciones de la mucosa oral del adulto mayor.(17)

4.1.1 Várices Linguales

(Lengua caviar, flebectacias linguales, varicosidades linguales).

Son venas tortuosas, dilatadas, cuyo desarrollo está sujeto al aumento de la presión hidrostática, con disminución de la resistencia de las paredes, de color azul rojizo y con escaso tejido de soporte.(9)

Su incidencia aumenta con la edad. Por encima de los 60 años, la frecuencia es del 68.2%.(5)

Se les cree producidas por insuficiencia venosa y son más frecuentes en personas que sufren de varices de los miembros inferiores. Sin embargo este proceso suele observarse en el corazón mitral y en efismas con marcadas cianosis y aumento de la presión venosa.(5)

Las venas que se alteran son casi siempre las raninas, comienzan en la punta de la lengua y van hacia atrás cerca de los bordes laterales. Estas

varicosidades son también abundantes en el piso de la boca y en muy raras ocasiones en las mejillas y labios.(5)

Tratamiento.- Se efectúa la extirpación quirúrgica de las varices, cuando existe una intensa glosodinia o aparecen hemorragias.(5)

4.1.2 Gránulos de Fordyce.

Etiología.- Los gránulos de Fordyce son glándulas sebáceas ectópicas. Se cree que estos gránulos se originan en etapas del desarrollo. (12)

Características clínicas.- Los gránulos de Fordyce son múltiples y a menudo aparecen en agregados confluyentes. Los sitios predilectos son la mucosa oral y borde rojo del labio superior, las lesiones se distribuyen habitualmente de manera simétrica. Los hombres muestran mayor número de lesiones, en comparación con las mujeres. Las lesiones son asintomáticas.(12)

Histopatología.- Los lóbulos de las glándulas sebáceas localizados superficialmente se reúnen alrededor o adyacentes a los conductos excretorios. Estos últimos contienen desperdicios sebáceos y queratinosos.(12)

Diagnóstico diferencial.- El aspecto y la distribución de las glándulas pueden en ocasiones tomarse erróneamente por pequeños grupos de microorganismos de *C. Albicans*.(12)

Tratamiento.- Ninguna terapéutica está indicada para este padecimiento particular ya que las glándulas son de carácter normal y no causan efectos indeseables.(12)

4.1.3 Leucoedema

El leucoedema es una opacificación generalizada de la mucosa oral. (12)

Etiología y patogenia.- Hasta la fecha se desconoce la causa del leucoedema, sin embargo, algunos estudios indican una posible relación con la falta de higiene bucal y patrones de masticación anormal.(12)

Características clínicas.- Es asintomático, de distribución simétrica y aparece sobre la mucosa de la boca. Presenta aspecto de una superficie membranosa, blanca grisácea, o lechosa y difusa. En los casos más pronunciados se observa una capa blanquecina con cambios de textura en la

superficie, incluyendo arrugas y pliegues. Al estirar la mucosa, se disipa el color opaco.(12)

Histopatología.- En el leucoedema las células epiteliales hiperatrofiadas muestran núcleos pequeños picnóticos en un citoplasma ópticamente transparente. No hay alteraciones en la capa germinativa, ni cambios inflamatorios en la lámina propia.(12)

Diagnóstico diferencial.- La leucoplaquia, nevo esponjoso blanco. Pueden evidenciar una semejanza clínica con el leucoedema .(12)

Tratamiento.- No requiere tratamiento alguno, debido a que los cambios son inofensivos.(12)

4.1.5 Pigmentación melánica.

De acuerdo con su extensión y localización, las áreas musculares pigmentadas de la mucosa bucal se dividen en :

- 1.- Pigmentación melánica gingival
- 2.- Pigmentación melánica no gingival
- 3.- Pigmentación melánica total, ya que en estudios previos se han observado diferencias en cuanto a su prevalencia, así como en notables variaciones en relación con la edad avanzada .(9)

Se considera como una pigmentación melánica no gingival a aquellas áreas multiformes y difusas de color pardo o pardo negruzco que se localizan en diferentes partes de la mucosa bucal excepto en la encía.(9)

La melanosis gingival tiende a disminuir con la edad .

La pigmentación focal presenta una disminución progresiva ; sin embargo, no es posible establecer una interpretación definitiva. (9).

La etiología de la pigmentación es variada, estando asociada a trauma, como morder la mejilla o los labios, otros casos asociados a drogas antipalúdicas (sulfato de quinina, minociclina) y pacientes HIV positivos. Brown; Houston (1991) mostraron la melanosis del fumador como una pigmentación benigna de la mucosa bucal, predominantemente observada en la encía adherida y en la papila gingival. Estas lesiones son máculas independientes de factores genéticos, uso de medicamentos y desórdenes sistémicos. Observadas

frecuentemente después de la tercera década de vida, su característica es el oscurecimiento progresivo.(9)

En sentido más amplio, algunos autores consideran que las pigmentaciones de la mucosa bucal son causadas por: 1) lesiones vasculares (hematomas, varices y hemangiomas); 2) tatuajes metálicos (normalmente amalgama); 3) lesiones melanocíticas (mácula melanocítica bucal, nevus pigmentados, melanoma maligno y otros síndromes como la enfermedad de Addison, el síndrome de Albright, el síndrome de Peutz-Jeghers o la enfermedad de Recklinghausend y, en consecuencia, orientar los programas de atención estomatológica necesarios para este grupo poblacional que se incrementará de forma irreversible en los próximos años.(10)

4.1.6 Síndrome de ardor bucal.

El síndrome de boca ardiente se presenta en pacientes entre 50 y 80 años de El síndrome de la boca ardiente es un cuadro típico en mujeres mayores de 60 años postmenopáusicas, con síntomas bucales incluyendo sensación de calentura, "quemazón", ardor y dolor durante meses y años, con un historial de múltiples e insatisfactorios tratamientos, describen las molestias en la boca como inaguantables y persistentes a pesar de estar presentes en ocasiones desde hace años.(18)

Pueden sentir el ardor en la mucosa por causas conocidas que excitan las terminaciones sensitivas como son: alimentos calientes o picantes que desaparecen al ser eliminados, por lo que en el paciente con síndrome no se observan lesiones o daños que demuestren lo que ellos refieren.(18)

Estos pacientes presentan un gran componente emocional, stress psicológico y tendencia a la neurosis, depresión y ansiedad que en ocasiones puede estar asociado a trastornos psiquiátricos familiares. (18)

Los factores etiológicos son multicausales y los podemos agrupar en locales y generales. Entre los factores locales se encuentran los de tipos irritativos, tales como: traumas mecánicos, térmicos, eléctricos, químicos, alérgicos a materiales dentales (cobalto, mercurio, níquel) prótesis mal ajustadas sobre todo

las totales, hábito de empuje lingual sobre los dientes y prótesis, mordizcos, sarros, cúspides afiladas, malposiciones dentarias, superficie de prótesis rugosas, irritantes térmicos, irritantes químicos como lápices labiales, pastas dentríficas. Se observaron efectos colaterales causados por la droga como fueron sensación de quemadura, sequedad bucal, alteración del gusto y sabor amargo. (18)

En pacientes con lengua geográfica se observan áreas eritematosas irregulares causadas por descamación de las papilas filiformes que pueden dar al ardor bucal. La hipofunción de la saliva es otra de las causas que puede predisponer enfermedades en la mucosa bucal, bien sea por daños en glándulas salivales, medicamentos o radiaciones. Otro factor local que puede producir sensación de ardor en la mucosa de la boca es la ingestión de bebidas alcohólicas en personas adictas a este vicio. (18)

Como factores generales se mencionan, la diabetes mellitus, neuropatías, deficiencias vitamínicas en general, alteraciones gastrointestinales por la acción prolongada de fármacos (antibióticos), antisépticos, antifúngicos, depresión y ansiedad o stress, síndrome de Sjögren, deficiencias de ácido fólico, hipertiroidismo, disminución de hormonas femeninas durante el climaterio. (18)

Características específicas del síndrome del ardor bucal.

El inicio de los síntomas es variable. Las circunstancias más frecuente descritas son la pérdida de un ser querido, trastornos emocionales o afectivos importantes, una separación afectiva, conflictos de tipo familiar o laboral, pérdida de autoestima, después de ingerir un alimento o medicamento inhabitual, tras una intervención quirúrgica o después de un tratamiento dental o protésico. (18)

El ritmo con que se da el ardor bucal es una molestia continua, pero puede tener momentos de mayor agudización en forma de crisis, si se trata de una molestia crónica de larga duración.(18)

Estas molestias no suelen aparecer por la noche mientras el sujeto esta durmiendo, aunque en ocasiones le cuesta conciliar el sueño y casi un tercio de ellos toman medicamentos para dormirse.(18)

Los síntomas bucales mejoran o desaparecen durante las comidas o al beber, aunque algunos pacientes refieren lo contrario, especialmente con las comidas

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

muy condimentadas, muy calientes o con numerosas especias; lo que puede ser producido por un cierto grado de irritación sobre la mucosa.(18)

La localización más frecuente es en la lengua, especialmente en la punta y bordes. Le siguen localizaciones en los labios y más en el inferior, refiriendo estos enfermos como un escozor y una sensación de sequedad muy importante en los mismos. También se localizan en las encías siendo bastantes molestos. (18)

Hay pacientes que refieren a" toda la boca" como un ardor generalizado sin saber especificar un sitio concreto.(18)

Otras sensaciones clinicas acompañantes es la boca seca que la pueden referir con un grado de sequedad, y la sensación de una saliva muy espesa o filamentosa que les irrita en contacto con la mucosa.(18)

El paciente típico, además de ser frecuentemente ansioso, suele presentar una serie de síntomas acompañantes como son: insomnio, cefaleas, decaimiento, menor capacidad de concentración y casi siempre refieren problemas inespecíficos de salud. (18)

En relación con el ritmo diario y la naturaleza de los síntomas, pueden clasificar en tres tipos:

- TIPO 1: Se caracteriza por la ausencia o síntomas mínimos al despertar, aumentando progresivamente durante el día empeorando al atardecer y durante la noche. Es observable en el 65% de los pacientes. Se le relaciona con factores no psicológicos.(18)

- TIPO 2: El paciente amanece con molestias importantes y persisten durante todo el día. Es observable en el 26% de los pacientes. Se relaciona con enfermos con ansiedad crónica.

- TIPO 3: Ardor intermitente a cualquier hora del día e incluso puede referir días libres de molestias. Observables en el 10% de los pacientes. Se relaciona con ciertos problemas psicopatológicos y en menor medida con causas de tipo alérgico.(18)

El manejo de estos pacientes debe hacerse mediante una psicoterapia sencilla, adecuada a cada paciente que se basa fundamentalmente con ciertas dosis de paciencia, escuchar al paciente, mostrar afectividad, con una actitud de cariño y comprensión hacia su problema. Demostrarle seguridad dándole la sensación que conocemos lo que le pasa , aportarle tranquilidad diciéndole

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

que su enfermedad no es grave y que no compromete su vida. Otro tratamiento puede ser mediante la terapia con láser, eliminando hábitos tóxicos como fumar y bebidas alcohólicas en exceso , evitar uso de dentríficos que contengan sulfato de sodio, mediante bajas dosis de hipnosis asociadas con psicoterapia y otros métodos. (18)

Etiológicamente se presentan variados factores locales y generales entre los que se destacan el stress, uso excesivos de medicamentos y alteraciones hormonales.(18)

Tratamiento debe de ir dirigido a eliminar las causas orgánicas encontradas. Son de gran interés el uso de antidepresivos y psicoterapia . (18)

4.1.6 Otras alteraciones

Otras de las alteraciones de la mucosa oral del adulto mayor . son causadas en forma directa e indirecta por los fármacos administrados. Casi siempre el adulto mayor, es paciente multitratado, una de la secuelas más comunes en la boca es , sin duda, la hiposalivación. Los medicamentos que la causan son variados entre ellos podemos citar:

- Antihistámnicos
- Anticolinérgicos
- Antihipertensivos
- Diuréticos
- Anticonvulsivos
- Tranquilizantes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como ya se refirió, la hiposalivación favorece la atrofia de la mucosa del dorso lingual.(17)

Una de las causas más comunes de la modificación de la mucosa oral del adulto mayor es la pérdida de los dientes, en sí, provoca una reducción de la dimensión vertical de los maxilares, lo que a la par produce el descenso de la masa muscular y adiposa, causa pliegues peribucales y como consecuencia da la imagen típica del paciente senil. (17)

Un alto porcentaje de pacientes geriátricos con prótesis totales, presentan zonas de atrofia del hueso alveolar causadas por desajuste protésico, que a su vez provoca una irritación mecánica sobre la mucosa que desencadena y

mantiene un estado de inflamación regularmente asintomático, que genera crecimientos hiperplásicos de tejido fibroso alrededor de las zonas de egección. (17)

Por último se puede observar en los pacientes geriátricos un pseudoagrandamiento de las glándulas salivales submaxilares, el cual se detecta por inspección visual y por palpación al efectuar el examen extrabucal rutinario del paciente de complexión delgada. Este fenómeno responde a la disminución del volumen de componentes tisulares de origen mesodérmico, particularmente de tejido adiposo. Así cuando esto sucede provoca que las glándulas salivales se vean protuberantes y simulen, erróneamente, algún proceso de tipo obstructivo, inflamatorio o neoplásico. Debido a que este episodio es totalmente asintomático y no afecta la función glandular, no requiere tratamiento sólo la observación periódica para confirmar su naturaleza inocua. (17)

**TESIS CON
FALLA DE CUBIEN**

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES.

En base a este trabajo podemos determinar que la mucosa oral durante el proceso de envejecimiento va presentando alteraciones estomatológicas.

Siendo el resultado del envejecimiento causado por procesos de adaptación, sin requerir ningún tratamiento, sin embargo otros responden a enfermedades sistémicas.

Es importante para el Cirujano Dentista, saber que se espera del envejecimiento de la mucosa oral y examinarla cuidadosamente, para poder así diferenciar signos y síntomas no solo de lesiones; sino también de enfermedades sistémicas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

GLOSARIO.

Basófilo el leucocito de tamaño más pequeño con el núcleo sin segmentar o bilobulado, que fija el colorante básico. Participa en las reacciones de hipersensibilidad

Carúncula: pequeña eminencia carnosa

Desmosoma: unión entre células que confiere rigidez a los tejidos y que es permeable a los fluidos. Se conocen varios tipos: desmosomas puntuales (o zonas localizadas de adhesión de células contiguas) desmosomas rodeados por fibras y hemidesmosomas (que permiten que las células se unan a placas de colágeno)

Discrasia: término utilizado para describir una mala composición, especialmente de la sangre. Hoy día se utiliza para describir desórdenes asociados a una depresión de la hematopoyesis

Exocitosis: proceso por el cual las células excretan vesículas conteniendo hormonas o neurotransmisores, mediante la fusión de la membrana celular con la membrana de la vesícula secretora

Extrínseco: derivado de; situado en el exterior;

Fimbrias: formaciones de aspecto filamentososo

Gránulos: grano pequeño o partícula. Partícula intracelular que se tiñe de forma diferente que el resto del citoplasma. Pequeña gragea que contiene una parte de medicamento

Hialinosis: degeneración hialina. Puede ser cutánea o mucosa.

Queratocito: célula que representa el 3-5% del volumen de la estroma corneal y cuyas funciones son mantener las fibras de colágeno y matriz extracelular mediante una constante actividad de síntesis.

Queratohialina: sustancia córnea de las células del estrato granuloso de la piel

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-BECKER, Rudiger. Et. al. Patología de la Cavidad Bucal. Ed. Salvat. Barcelona 1982 pag. 218-211
- 2.-BATES J. F. Et. al. Tratamiento Odontológico del Paciente Geriátrico. Ed. Manual Moderno. España 1994 pag.63-73
- 3.-BRIGHTMAN. Grenber Lynch. Medicina Bucal de Burket. Ed. Mc-Graw Hill. Interamerican 1996 pag.55-126
- 4.-GÓMEZ de Ferraris.M.E. Histología y Embriología de la Cavidad Oral. Ed. Panamericana. México, (segunda reimpresión) 2001.pag. 87-121
- 5.-GRINSPAN David. Enfermedades de la Boca. Ed. Mundi. Argentina 1986. pag. 1715-1716
- 6.-LANGARICA Salazar Raquel. Gerontología y Geriatria .Ed. Interamericana. México 1985. pag. 95-102
- 7.-MIJOR A. Iván. Embriología e Histología Oral Humana. Ed. Salvat. Bcelona 1989. pag. 195
- 8.-ORBAN. Histología y Embriología Geriátrica. Ed. Trillas.México 1994. pag. 219-235
- 9.-OZAWA De Guchi. Estomatología Geriátrica. Ed Salvat. México 1994. pag. 195-200
- 10.-PINBORG J.J. Enfermedad de la Mucosa Oral. Ed. Salvat. México 1994. pag. 112- 120
- 11.-PRIETO de Nicola. Geriatria .Ed. Manual Moderno. España. 1981. pag. 142-144
- 12.-REGEZI A. Joseph. Patología Bucal. Ed. Mc-Graw. Iteramericana .Tercera Edición .México 1999. pag 117-157
- 13.-STEWAR. Kennet. Prostodoncia Parcial Removible. Ed Actualidades Medico Odontológicas. México Segunda Edición 1992. pag. 667-673
- 14.-STRASSBURG. G Knolle. Mucosa Oral. Ed. Marbon. España. 1996. pag. 107-111

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

15.-TEN Cate. A.R. Histología Oral, Desarrollo, Estructura y Función. Ed. Panamericana. España 1986. pag. 401-447

16.-WINKLER. Lilian B. Prostodoncia Total. Ed. Limusa. México. 1982. pag. 21-51

17.-DÍAZ Franco Marco Antonio. Et. al. Dermatología .Rev.Mex.Volumen. 43. Núm. 3. Mayo-Junio. 1999.

18.-Pag. Web.

<http://femfajardo.Sld.cu/cev2000/trabajos/camaquey/16bocardienteengeriatria05/02.htm>.

TESIS
FALLA DE CUBEN