



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PREVALENCIA DE LAS LESIONES DE LA MUCOSA
ORAL QUE SE PRESENTAN EN LOS PACIENTES
GERIÁTRICOS ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE
MEDICINA BUCAL DE LA DEPeI, F.O. UNAM. UN
ESTUDIO RETROSPECTIVO A 10 AÑOS.**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

ARELY HERNÁNDEZ JASSO

TUTOR: Dr. LUIS ALBERTO GAITÁN CEPEDA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

A mis padres, José Manuel y Estela, y a mi hermana, Melissa, por ser mi principal motivación para seguir adelante. Por todas las palabras, consejos y enseñanzas que siempre me ayudaron a encontrar un camino mejor.

A Ray agradezco infinitamente por todo el apoyo brindado en este camino, por su paciencia y por ser mi guía en todo momento.

A Marisol y a Cynthia, porque sin ustedes la vida perdería sentido, más que mis amigas son mis hermanas. Agradezco por todas las risas, conciertos, viajes, "Skype´s", fiestas, pijamadas, cambios de look, por todo lo vivido durante 20 años y por todo lo que nos falta vivir juntas.

A todos mis amigos madrileños: Friso, Tin, Mini, Clau, Dani, por todas las vivencias y momentos que se quedarán en lo más profundo de mi pensamiento, para nunca olvidar lo especiales que son para mi. Gracias por siempre estar.

Agradezco a Silvia, Rocío, Jenny, Aidee, Poncho y Álvaro por hacer de mi estancia en la Facultad una experiencia increíble, porque juntos nos caímos y juntos nos levantamos, lloramos pero sobre todo reímos. Seguiremos creciendo juntos en este mundo de la odontología.

A todas mis amigas brigadistas, en quienes encontré personalidades distintas pero todas con una misma finalidad, ayudar. Gracias por todo el tiempo anecdótico compartido, por todas las noches de pláticas sacando conclusiones sobre la vida, fuimos y seremos confidentes.

Gracias al Dr. Luis Alberto Gaitán Cepeda por todas sus enseñanzas y su apoyo durante la elaboración de este trabajo.

Finalmente, agradezco a todos mis pacientes por su confianza y compromiso que fue indispensable para completar mi formación profesional.

A todos ustedes les doy infinitas gracias.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	5
2. MARCO TEÓRICO	6
1. Geriátría	6
1.1 Historia	7
1.2 Antecedentes de la geriátría en México	7
2. Gerontología	8
2.1 Historia	8
2.2 Antecedentes de la gerontología en México	10
3. Geriátría y gerontología odontológica	11
4. Envejecimiento	13
4.1 Tipos de envejecimiento	13
4.2 Teorías del envejecimiento	15
5. Envejecimiento fisiológico de los tejidos de la cavidad oral	20
5.1 Labios	20
5.2 Mucosa oral	21
5.3 Lengua	22
5.4 Glándulas salivales	22
5.5 Huesos	23
5.6 Dientes	23
6. Calidad de vida y salud bucal del adulto mayor	24
6.1 Envejecimiento demográfico mundial y nacional.	27
6.2 Indicadores de calidad de vida oral.	31
6.3 Importancia de la atención bucal en la población geriátrica.	33
6.4 Impacto de la salud bucal en los paciente geriátricos	35
7. Lesiones de la mucosa oral en pacientes geriátricos	39
7.1 Candidiasis	41
7.2 Queilitis angular	43
7.3 Queratosis friccional	44
7.4 Xerostomía	44
7.4.1 Síndrome de Sjögren	45
7.5 Épulis fisurado	46
7.6 Liquen plano	47

7.7 Leucoplasia	48
7.8 Eritroplasia	49
7.9 Cáncer oral	50
7.10 Síndrome de boca ardorosa	54
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	56
4. JUSTIFICACIÓN	56
5. OBJETIVOS	57
5.1 Objetivo general	57
5.2 Objetivos específicos	57
6.METODOLOGÍA	57
6.1 Criterios de inclusión	58
6.2 Criterios de exclusión	58
6.3 Variables de estudio	59
7. RESULTADOS	60
8. DISCUSIÓN	82
9. CONCLUSIONES	88
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91



1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo explicará la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral que se atendieron desde el año 2006 al 2010 en la Clínica de Medicina Bucal de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en los pacientes de la tercera edad.

El envejecimiento es un fenómeno que se da en todos los seres vivos, que culmina con la muerte y tiene un impacto significativo en los seres humanos especialmente. En esta etapa se manifiestan diferentes cambios en todos los tejidos del cuerpo y los pacientes geriátricos son el grupo de población más susceptible a sufrir enfermedades tanto agudas como crónicas, que hacen que los esfuerzos por preservar la salud en ellos se vuelva un reto.

Por estas razones en el texto a continuación se explicarán algunos aspectos que permiten la comprensión de la importancia que tiene la salud bucal en los ancianos como fortalecimiento de su calidad de vida y el desarrollo de éstos en el entorno que los rodea.

Primeramente se explicará la labor de la rama médica que se dedica al estudio de las enfermedades y el tratamiento que aqueja a los adultos mayores, su relación con la gerontología, y a su vez con las ciencias odontológicas.

Para comprender las lesiones de la mucosa oral que manifiestan los ancianos, será necesario antes conocer los cambios físicos y aspectos fisiológicos que presentan los tejidos de la cavidad oral en esta edad.

Finalmente se expondrá el impacto y la importancia que tiene la salud bucal en este sector de la población y se desarrollarán brevemente las características de las lesiones de la mucosa bucal que en estudios similares a éste se han encontrado en dicho grupo de edad. Esto con el objetivo de analizar las lesiones a partir de un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, e identificar la relación de éstas con la edad y el género de los pacientes.

2. MARCO TEORICO

1. Geriatría

En los últimos años la población de adultos mayores ha ido en ascenso, razón por la cual la atención médica que se especializa en este grupo de personas, llamada geriatría, es cada vez más demandante. Existen ancianos que llevan una vida independiente, realizan actividades de todo tipo, físicas, intelectuales, artísticas etc., hay otros que necesitan del apoyo de familiares, amigos y organizaciones sociales para poder mantener una vida de calidad. Es así como cada anciano vive a su manera y en el transcurso del proceso pueden presentarse condiciones patológicas que afectan sus capacidades físicas, funcionales y mentales, aquí es cuando la geriatría se hace presente.

La Real Academia Española (RAE) define geriatría como “La rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de la vejez y su tratamiento.”¹

La Dra. Ávila Fematt, directora de Enseñanza y Divulgación del Instituto Nacional de Geriatría (ING), define la geriatría como “la rama de la medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en los adultos mayores con alguna condición aguda, crónica, tributaria a rehabilitación o en situación terminal.”²

La geriatría tiene como propósito principal lograr el mantenimiento y la recuperación funcional de los adultos mayores para tener autonomía e independencia, de manera que se facilite su reinserción en un estilo de vida autosuficiente dentro de su familia y del entorno habitual.² Este objetivo se complementa mencionando la importancia de manejar los síndromes geriátricos tales como: demencia, delirio, depresión, trastornos de la marcha y el equilibrio, incontinencia, desnutrición, trastornos orales y dentales, trastornos del sueño, entre otros.

La geriatría es aquella que se ocupa de todos los aspectos sanitarios de las personas mayores, esta especialidad debe ser comprendida y aceptada, de tal modo que hoy en día debe darse a conocer más para concretar y aclarar bien su finalidad.³



Fig.1 Ancianos

Fuente: Flickr.com



1.1 Historia

A inicios del siglo XX el Dr. Ignatz Leo Nascher incorpora el término de geriatría dentro del vocabulario médico, fue uno de los primeros en identificar las necesidades médicas especiales de los ancianos y el primero en afirmar que se requiere investigación y especialización para satisfacer dichas necesidades.⁴ Nascher decidió enfocarse en diseñar un mejor modelo de cuidado médico, que tomara en cuenta las condiciones orgánicas y mentales de dichos pacientes. En el año de 1909 publicó el primer documento referente a la geriatría: *Longevidad y rejuvenecencia*. Años después en 1914 surgió su libro *Geriatría: Las enfermedades el envejecimiento y su tratamiento*.²

Décadas después, en Gran Bretaña, Marjorie Warren impulsó el establecimiento de normas científicas para apoyar el modelo geriátrico. Se hizo cargo del área de pacientes ancianos e inválidos del Hospital de West Middlesex, introdujo nuevos modelos de cuidado y programas rehabilitatorios activos, modificaciones ambientales y nuevos tratos afectivos, lo que permitió a los pacientes, antes abandonados, reintegrarse a su vida social y familiar.²

1.2 Antecedentes de la geriatría en México

Los antecedentes de la práctica geriátrica en México se remontan a 1957, cuando se llevó a cabo el Primer Congreso Panamericano de Geriatría en la Ciudad de México. Sin embargo, después de varios años, en 1979 se dio inicio formalmente a esta práctica con el Servicio de Consulta Externa Geriátrica en el Hospital General de México. En 1988 se creó la Unidad de Geriatría dentro del Pabellón 110 de Medicina Interna al cual se le destinaron 12 camas hospitalarias para tal propósito, éstas se mantienen hasta nuestros días.

Se tiene registro de que en el año 1986 comenzó el primer Curso de Especialización de geriatría, impartido en el Hospital “Lic. Adolfo López Mateos” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el cual estaba dirigido a médicos internistas, dicho curso es el antecedente de mayor importancia para la formación de geriatras en los sistemas públicos de salud en México.²

Un año después la Universidad Nacional Autónoma de México inicia la espe-

cialidad de geriatría en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas “Salvador Zubirán”, en donde se formó la Clínica de Geriatría, orientada a la investigación y el desarrollo de modelos de atención y clínicas de la memoria.²

El 28 de julio de 2008 fue creado por decreto presidencial el Instituto Nacional de Geriatría (ING), ante el reconocimiento del gobierno mexicano del rápido crecimiento de la población de adultos mayores y las importantes repercusiones sociales y de salud que los envuelve. La misión de dicho órgano es “promover el envejecimiento activo y saludable de la población mediante la producción de nuevos conocimientos, su aplicación y difusión; el desarrollo de nuevos recursos humanos especializados y el impulso del desarrollo de servicios de salud en el conjunto del Sistema Nacional de Salud”.⁵ Su visión se dirige a “ser la institución líder en investigación y enseñanza sobre el envejecimiento que impacte favorablemente en la salud y calidad de vida de la población, con reconocimiento nacional e internacional.”⁵

2. Gerontología

Envejecer ha sido siempre un proceso conocido e inevitable, sin embargo desde ahora llegar a ser anciano se ha vuelto más probable que antes, debido a los grandes esfuerzos por parte de la humanidad para prolongar la duración de la vida, mediante el avance de la medicina y la tecnología. Dentro de este panorama se puede considerar la vejez como un reto positivo, al que hay que enfrentar día a día y resulta conveniente adaptarse a esta realidad; es por estas razones que nace la gerontología, como un intento para resolver las necesidades que la condición de la vejez presenta y para dar respuestas y ayuda a dicho fenómeno.⁶ La vejez es la última etapa en la vida del ser humano, no podemos mencionar un momento exacto para definir su inicio, pero sí podemos considerar éste con base en cuestiones sociológicas y médicas.

La palabra gerontología proviene del griego (geron: anciano y logos: tratado). El Dr. Ozawa la define como “la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en todos sus aspectos: biológicos, funcionales, psicológicos y sociales.”⁴



Fig.2 Programa 70 y más

Fuente: Sedesol

La RAE define este concepto como “La ciencia que trata de la vejez, y de los fenómenos que la caracterizan.”¹

La vejez es un amplio y complejo tema de estudio, lo cual ocasiona discrepancias en la definición de la gerontología; El Dr. Arturo Lozano Cardoso, socio fundador de la Asociación Mexicana de Geriatria y Gerontología, A.C., menciona que la

gerontología no se considera una ciencia como tal, porque en ella se incluye una gran gama de disciplinas científicas, en especial de las ciencias sociales y de la salud, en la que cada una persigue objetivos formales, por lo tanto la gerontología es multidisciplinaria.⁶

2.1 Historia

Desde el año 2800 a.C. en el antiguo Egipto hubo interés por analizar las enfermedades que afectan al ser humano a medida que envejece, éste proceso se atribuía a la “purulencia del corazón”. Hipócrates consideraba el envejecimiento como un estado “frío y húmedo” y la medicina de Galeno lo describió como un estado “frío y seco”.²

Dentro de la cultura griega se separaron los conceptos de vejez y enfermedad que anteriormente se creía que tenían íntima relación. Hipócrates pensaba que durante la vejez, la enfermedad se presenta con características distintas, él aconseja la aplicación de normas de higiene, actividad física y mental. Aquellos que compartían este pensamiento sostenían que después de los 50 años de vida se inicia un proceso de desequilibrio en el organismo de los humores orgánicos y esto da pie al inicio de las enfermedades.⁴

Avicena, gran médico y filósofo árabe, distingue en su obra Canon dos periodos relacionados con la vejez: declinación (desde los 40 a los 60 años) y decrepitud, etapa que se extiende hasta la muerte y se caracteriza por el deterioro físico y psíquico.

Durante las últimas décadas del Siglo XIX se fundaron las instituciones cono-

cidas como asilos, en donde se buscaba brindar atención médico-social a las personas de edad avanzada, aún con grandes limitaciones.⁴

Mechnikov, premio nobel en 1904, manifestó su idea para desarrollar la gerontología como “una rama científica dedicada al estudio del envejecimiento con criterios de investigación moderna y la define como “la ciencia que estudia el envejecimiento en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, como ciencia pura, básica o académica””.⁴

2.2 Antecedentes de la gerontología en México

En el año de 1950 el Dr. Manuel Payno, asesor médico gerontológico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de México, inició un movimiento para el desarrollo de la especialidad, es considerado uno de los pioneros de la Asociación Internacional de Gerontología (IAG). Dicha acción despertó el interés de varios especialistas para fundar el Primer Congreso Panamericano de Gerontología.

En 1976 se realizó una reunión geriátrica en la ciudad de Toluca, en donde se fundó la Sociedad de Geriatria y Gerontología de México A.C. (GEMAC), que llevaba por objetivos principales el intercambio de conocimientos, la difusión y enseñanza de la rama gerontológica y geriátrica a través de cuatro secciones: biología (investigación), medicina clínica, psicología y ciencias sociales.

En 1978 se llevó a cabo el Primer Congreso Nacional de Gerontología en la Ciudad de México y en 1989 México fue el país anfitrión del Decimocuarto Congreso Internacional de la IAG, que fue celebrado en el puerto de Acapulco. Fue hasta el 22 de Agosto de 1979 que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto presidencial para crear el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN), cuyos objetivos eran: ayudar, orientar y proteger a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas.⁴ En 1983 se crea el Consejo Mexicano de Geriatria y en 1985 el Instituto Politécnico Nacional (IPN) crea la maestría de ciencias con especialidad en geriatria.

Desde el año 2001 el nombre del INSEN fue cambiado a Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), redefiniéndose como un organismo público a favor de las personas de la tercera edad, que tiene por objetivo



general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas que se deriven de ella.⁷ Tiene por misión “Promover el desarrollo humano de las personas adultas mayores, brindándoles atención integral para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida en el marco de una sociedad incluyente”⁷ y su visión es “Consolidar al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores como órgano rector de la política pública nacional a favor de las personas adultas mayores, así como fortalecer sus derechos y atención integral a través de los modelos, programas y acciones en coordinación con los tres órdenes de gobierno, la sociedad y la academia.”⁷

3. Geriátrica y gerontología odontológica

La odontología geriátrica es también llamada odontogeriatría y se define como la rama de la odontología que se ocupa de los problemas odontológicos de las personas mayores. Está orientada a la atención bucodental para las personas de 60 años y mayores, y para personas de cualquier edad cuyo estado físico esté influenciado por procesos degenerativos y enfermedades asociadas con la edad avanzada.

Es la especialidad odontológica que tiene como objetivo la prevención, tratamiento, y rehabilitación bucodental de las personas mayores, considerando los cambios biológicos sistémicos y bucales que se presentan durante el envejecimiento.

Las personas que se atienden en esta rama presentan deterioro físicos y psicológicos que generalmente requerirán un manejo médico y odontológico especializado, producto de las modificaciones que se presentan a nivel molecular, celular, tisular y orgánico.⁸

A la vez, la demanda de estos pacientes es cada vez mayor y se requieren profesionales con la preparación adecuada para la atención integral de ellos, se necesita la acción multidisciplinaria de médicos geriatras, gerontológicos, odontólogos y psicólogos para brindar un plan de tratamiento adecuado y de acuerdo a los requerimientos de cada persona.⁸

En los años 60 surge en Estados Unidos la odontogeriatría, impulsada por odontólogos interesados en la salud bucal de las personas de la tercera edad

bajo una visión geriátrica. El desarrollo de esta práctica tuvo su auge entre 1966 y 1979, durante este periodo se publicó la revista internacional *Journal of the American Society for Geriatric Dentistry*; después su nombre cambió a *Special Care in Dentistry*.⁸

La gerontología odontológica es también llamada gerodontología. Esta

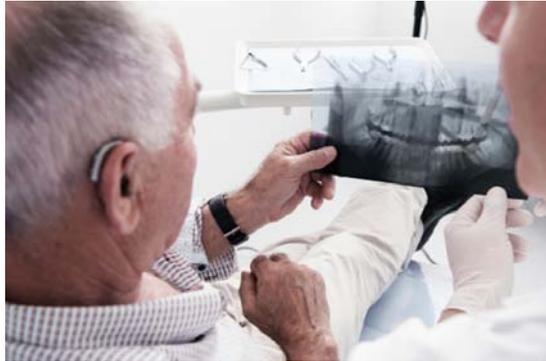


Fig. 3 Atención dental en ancianos.
Fuente: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

práctica tiene sus inicios en Europa a

finales de los años 70 y se define como “la especialidad odontológica que busca proveer el óptimo cuidado bucodental para adultos mayores, a través de prevención, tratamiento y rehabilitación de las alteraciones bucodentales inherentes al envejecimiento, así como la repercusión odontológica de las enfermedades crónico degenerativas que se presentan en la vejez”.⁸

La Sociedad Británica de Gerodontología inició su desarrollo dando origen a la revista internacional *Gerodontology*, misma que se publica desde 1982.⁸

La diferencia entre estas dos disciplinas radica en que la gerodontología hace más énfasis en la prevención del impacto psicosocial de los problemas bucodentales en los adultos mayores, se atiende a personas sanas o enfermas buscando el máximo de salud y bienestar bucodental tomando en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de acuerdo con el contexto socio-cultural, mientras que la odontogeriatría se encarga de la atención bucodental de los adultos mayores considerando únicamente los aspectos biológicos bucales y sistémicos del envejecimiento; aborda los aspectos etiológicos y fisiopatológicos de las alteraciones y complicaciones bucodentales asociadas a las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en esta etapa de la vida.⁸



4. Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que se presenta en todos los seres vivos, se caracteriza por ser gradual y adaptativo de tipo biológico, psicológico y social. Se manifiesta como consecuencia de cambios genéticamente programados (herencia), historia, estilos de vida, ambiente y condiciones sociales. Desde el punto de vista biológico la particularidad de este periodo radica en que existe una disminución de la eficiencia en el funcionamiento de varios órganos del cuerpo y sistemas, razón por la que se incrementa el riesgo para sufrir enfermedades de tipo agudo o crónico.⁹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento como “[...] la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento de riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.”¹⁰ Es importante tomar en cuenta que aunque la vejez se presentará en todos los seres humanos algún día, ésta no se presenta de la misma manera en todas las personas.

En la mayoría de las ocasiones cuando escuchamos la palabra “anciano” creamos en la mente la imagen de una persona enferma, incapaz de realizar actividades por sí mismo y usando algún artefacto como bastón, silla de ruedas etc. Comúnmente se relaciona el concepto de vejez como sinónimo de enfermedad, sin embargo no siempre es así. Aunque es verdad que este tipo de pacientes son más susceptibles a adquirir algún tipo de disfuncionalidad, es erróneo pensar que todos los ancianos son enfermos.

“Se ha demostrado que más del 80% de los ancianos son funcionales e independientes y significan un capital social para ellos mismos y para otros adultos mayores.”⁹

4.1 Tipos de envejecimiento

A finales del Siglo XX la OMS introdujo el término de envejecimiento activo, ahora también llamado envejecimiento exitoso por algunos autores. La finalidad de introducir este término era transmitir un mensaje más completo de

envejecimiento saludable. Según la OMS el envejecimiento activo se define como “el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida. Con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”¹¹

Por otro lado Rowe y Khan en el año de 1997 propusieron un modelo individual de envejecimiento exitoso en donde se recalcan tres componentes principales:

- Baja probabilidad de padecer enfermedad o invalidez.
- Alto funcionamiento físico y cognitivo.
- Compromiso con actividades sociales y productivas.

Sin embargo este modelo ha sido duramente criticado por no incluir ningún factor biológico.¹²

Los autores Mendoza-Nuñez, Martínez-Maldonado y Vargas-Guadarrama mencionan en su libro que existen tres tipos de envejecimiento: el exitoso, el usual y el que cursa con fragilidad.⁹

- Envejecimiento exitoso: Las personas con este tipo de envejecimiento solo manifiestan cambios biológicos, psicológicos y sociales inherentes a la edad, tienen un ambiente social y estilo de vida saludable lo cual se traduce en mejor calidad de vida, tienen baja probabilidad de padecer enfermedades.
- Envejecimiento usual: En este tipo de envejecimiento las personas padecen alguna enfermedad crónico-degenerativa, además de los cambios inherentes a la edad. Tienen una buena funcionalidad física, mental y social y por lo tanto son independientes. Se estima que la mayoría de la población de 60 años y mayor vive en este tipo de envejecimiento.
- Envejecimiento con fragilidad: En estas personas además de los cambios inherentes a la edad también se manifiesta una disminución de la eficiencia de la respuesta funcional de los órganos y sistemas. Esto propicia alteraciones físicas y complicaciones ante enfermedades agudas y crónicas. Son dependientes de alguien más y también se manifiestan afectaciones significativas en la funcionalidad social y cognitiva.

Otros autores clasifican los tipos de envejecimiento en ideal, activo, habitual y patológico.¹³



- Envejecimiento ideal: las personas son capaces en llevar a cabo las actividades de la vida diaria; no tienen enfermedades crónicas, se encuentran en buen estado físico y el deterioro cognitivo no está presente, llevan un estilo de vida sano, no fuman, no ingieren alcohol y realizan ejercicio.
- Envejecimiento activo: este grupo de personas tiene alguna enfermedad crónica, presentan dificultad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, consideran su estado de salud bueno, no tienen deterioro cognitivo y presentan bajo factor de riesgo.
- Envejecimiento habitual: las personas presentan más de una enfermedad crónica, la percepción de su estado de salud es regular, tienen ligera incapacidad funcional pero esta aún no causa dependencia, el deterioro cognitivo es bajo o nulo.
- Envejecimiento patológico: En este tipo de envejecimiento describen su salud como mala, tienen deterioro cognitivo y se les ha diagnosticado una o varias enfermedades crónicas, el estado de salud se encuentra afectado en varias dimensiones y generalmente son dependientes.

4.2 Teorías del envejecimiento

Se han propuesto más de 300 teorías a lo largo del tiempo para encontrar una explicación al fenómeno del envejecimiento. Algunas de ellas se complementan, otras se excluyen mutuamente.

Las teorías más aceptadas son aquellas que adjudican a la causa básica de la vejez el envejecimiento celular. Varios factores contribuyen a esta afirmación:¹¹

- En los cultivos, las células envejecen.
- Tras una serie limitada de mitosis dejan de replicarse, permanecen vivas más de un año y continúan con su metabolismo.
- El número de replications previas a la senectud es directamente proporcional al máximo de supervivencia de la especie.
- La cantidad de mitosis es inversamente proporcional a la edad del donante.
- *In vitro*, las células de enfermos con síntomas de envejecimiento precoz (progeria y Síndrome de Werner) sobreviven poco.

Las teorías del envejecimiento se clasifican en dos grandes grupos:

- Teorías estocásticas o ambientales.

Se fundamentan en la acumulación causal de sucesos nocivos, debido a la exposición de factores extrínsecos y fenómenos con variables aleatorias que hacen que el proceso sea producto del azar.¹¹

Las más representativas son: teoría del error catastrófico, teoría del entrecruzamiento, teoría del desgaste, teoría genético-estocástica, teoría de la mutación somática, teoría de la restricción calórica, teoría de los radicales libres (envejecimiento como producto del metabolismo oxidativo).

- Teorías no estocásticas o deterministas

En estas teorías se considera el envejecimiento como un hecho programado e independiente.⁷ Engloba aquellos fenómenos que se describen mediante un número determinado de variables concretas y conocidas, desarrolladas de la misma manera en cada reproducción del fenómeno estudiado. Son innatas, están programadas en el genoma del individuo.¹¹

Algunas son: Teoría evolucionista, teoría del límite de Hayflick, teoría inmunológica, teoría neuro-endócrina.

Ambas teorías comprenden al envejecimiento como un fenómeno que depende y está expuesto a procesos de origen ambiental tanto intra como extracelular y a su acumulación nociva.¹¹ A continuación se explicará la idea principal de cada una de ellas.

Teoría del error catastrófico: Fue formulada en 1963 por Orgel, ésta sugiere que con el paso de los años surgen errores en la síntesis de proteínas y el ADN. De este modo, si las proteínas que se fabrican erróneamente forman parte de la maquinaria para la formación de futuras proteínas y el proceso se repite a manera de círculo vicioso provocará la muerte celular.^{11,14}

Teoría del entrecruzamiento: Fue formulada por M. Brownlee en el año de 1991, ésta explica que la formación de enlaces entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos se incrementa con la edad. Un ejemplo del estudio que Brownlee realizó fue la glucosilación de proteínas principalmente en el tejido



conectivo de personas diabéticas de larga evolución.^{11,14}

Teoría del desgaste o acumulación de productos de desecho: Fue expuesta en 1974 por Shaldrake. “El envejecimiento celular se puede explicar en términos de la acumulación de la ruptura de productos citoplásmicos, algunos de los cuales pueden ser perjudiciales para la célula; la única manera en que la célula podría evitar su mortalidad inevitable sería creciendo y dividiéndose, diluyendo la ruptura acumulada de productos.”¹¹

Teoría genético-estocástica: Esta teoría incluye tres planteamientos independientes pero relacionados.

1. Teoría de la regulación genética: todas las especies poseen un grupo de genes que permiten el desarrollo. La fase de reproducción está en función de la capacidad de defensa del organismo ante factores adversos determinados. El envejecimiento está en relación directa con el desequilibrio de los factores que permiten el mantenimiento en la fase de reproducción.
2. Teoría de la diferenciación terminal: el envejecimiento se debe a una serie de alteraciones de la expresión genética. Se consideran muy importantes los efectos negativos del metabolismo sobre la regulación genética.
3. Teoría de la inestabilidad del genoma: como el nombre lo dice, se responsabiliza a la inestabilidad del genoma como causa de envejecimiento, tanto a nivel del ADN como afectando a la expresión de los genes sobre el ARN y las proteínas.

Teoría de la mutación somática: Planteada por Szillard en 1959. El envejecimiento es el resultado de las alteraciones genéticas en el ADN nuclear de las células somáticas, lo cual altera la síntesis de proteínas dando como consecuencia la pérdida de función celular.¹¹

Teoría de la restricción calórica: Se apoya en la hipótesis de la privación alimentaria, al causar un metabolismo más bajo se produce un menor número de sustancias antioxidantes y prolonga la vida. Con esta teoría podemos concluir que las personas con una ingesta de menor número de calorías tendrán mayor expectativas de vida.^{11,14}

Teoría de los radicales libres de Denham Harman: Fue propuesta en 1956 y es considerada la teoría más popular dentro de la categoría de las teorías estocásticas.

Los radicales libres son moléculas inestables que perdieron un electrón y por ello son altamente reactivas. El propósito de éstas moléculas es encontrar “lo que les falta” para recobrar su estabilidad y la finalidad es encontrarlo en su entorno.

Esto provoca que la molécula que perdió el electrón se “aproveche” de otras en su camino, provocando una reacción en cadena que formará muchos radicales libres que oxidarán biomoléculas, causarán daño tisular y muerte celular; las reacciones perjudiciales de los radicales libres se producen más en los lípidos.

La respiración, el metabolismo y el ejercicio son procesos que producen radicales libres al igual que otros elementos del medio ambiente a los que estamos expuestos como el tabaco, la radiación, los alimentos procesados etc.

Los radicales libres son componentes en el proceso de envejecimiento, sin embargo no son los únicos ni los más importantes. No se ha demostrado que esta teoría explique todo el fenómeno de envejecimiento, así como tampoco se ha demostrado que las personas que ingieren antioxidantes tengan un alargamiento en su ciclo de vida.¹¹

Teoría evolucionista: son tres teorías que tratan de explicar el envejecimiento.

1. Teoría del envejecimiento como proceso de adaptación: describe que la naturaleza ha creado el envejecimiento como proceso de adaptación para organizar la sucesión de las siguientes generaciones. La eliminación de los organismos no sería posible si no existieran características genéticas predefinidas que estructuraran su desaparición.

2. Teoría de las mutaciones tardías: Las mutaciones perjudiciales se acumulan con el tiempo y producen una errónea codificación. La selección natural no podrá evitar su difusión y los genes del envejecimiento se instalarán en los cromosomas. Los efectos negativos de estos genes se harán evidentes al llegar la vejez.

3. Teoría del soma desechable: En esta teoría se considera al envejecimiento como un tipo de desajuste entre la supervivencia y la reproducción. Esto quiere decir que una vez terminado el ciclo de reproducción se ha cum-



plido el objetivo de preservar la especie y no es viable ya que compite por los recursos, una vez terminada su reproducción inician los genes longevos que traducen a mutaciones que no fácilmente sobreviven.^{11,13}

Teoría del límite de Hayflick: Fue propuesta por Hayflick en 1961, dice que el envejecimiento está genéticamente programado. Hay un gen que una vez activado dará pie al proceso.

Esta propuesta se basó en un experimento con fibroblastos humanos normales, Hayflick notó que dichas células tenían una restricción del número de veces que podían duplicarse. Éste “límite de Hayflick” describe el fenómeno de la esperanza de vida proliferativa finita que muestran las células humanas in vitro, dando a la idea de que los organismos están programados para involucionar. Este estudio fue duramente criticado por la comunidad científica por ser *In vitro* y no *In vivo*.¹³

La teoría dio pie a investigaciones posteriores y la formulación de otra teoría: la teoría de los telómeros, en donde se demostró que los telómeros son regiones del extremo del ADN, no codificables y funcionan como estabilidad celular en la mitosis de algunas células. Harley en 1990 propuso que estos telómeros se acortan cada vez que una célula se divide y el acortamiento da lugar a que se realicen menor número de mitosis según el tipo de célula. Cuando existe un telómero corto la célula no puede dividirse más, se vuelve senescente y muere posteriormente.^{11,13}

Teoría inmunológica: Esta teoría supone que el genoma nuclear actúa como un “reloj” que controla y programa los cambios que se desarrollan en un organismo desde la concepción, atravesando todas las etapas de la vida hasta su envejecimiento.

Como resultado de este proceso surge un deterioro inmunitario que conduce a la aparición de un mayor número de procesos de auto-inmunidad.¹¹

Teoría neuro-endócrina: A nivel neuronal se dan cambios lesivos de carácter morfológico que provocan cambios a nivel endócrino y esto da pie al envejecimiento.

Sostiene que al paso de los años se propicia la disminución neuronal con efectos alterados en los neurotransmisores y en las hormonas consecuente-



Fig.4 Teorías del envejecimiento Fuente: "Jose Campos 93"

mente. Dichas alteraciones son las responsables de la involución de diversos órganos.³

5. Envejecimiento fisiológico de los tejidos de la cavidad oral

Como ya se sabe en el proceso de envejecimiento se manifiestan cambios en el organismo a nivel celular, dichos cambios repercuten en todos los tejidos del cuerpo y los tejidos de la cavidad oral no quedan exentos. Los cambios fisiológicos de estas estructuras pueden más bien entenderse como una adaptación de los mismos para hacer frente a las nuevas condiciones en la vida del individuo quedando en el límite de lo no patológico, aunque todos estos cambios hacen que los tejidos bucales sean más susceptibles; esto aunado al uso común de prótesis desajustadas que la mayoría de la veces no son cambiadas cuando es debido, causando lesiones en la mucosa.⁴

Al igual que todos los órganos y sistemas la boca también envejece, aunque no siempre es notable es de vital importancia que todas las personas y principalmente las comprendidas en la edad de la vejez estén informadas de los cambios que se presentarán tarde o temprano.

La boca tiene un importante lugar en la estética del ser humano y mantiene funciones vitales como llevar a cabo el inicio de la digestión.¹⁵

5.1 Labios

Los labios forman parte de la cara, la apariencia del rostro documenta que tan

viejo es una persona o da una aproximación a la edad. La cara es nuestra carta de presentación con el mundo exterior. La piel tiene debajo una capa de colágeno y elastina que con el tiempo se adelgaza lo que provoca que la piel pierda su estructura. Esto en conjunto con la atrofia y pérdida de tono de los músculos ocasiona que la comisura labial se arrugue y sea susceptible a ulceraciones e infecciones.¹⁵

La pérdida de elasticidad muscular y la pérdida dentaria produce que el músculo orbicular de los labios quede sin soporte y se retraiga, la piel de los labios se arruga hacia adentro y de esta manera se produce el pseudo progmentismo en los pacientes ancianos.



Fig.5 Cambios fisiológicos en la piel de los labios.

Fuente: New valley oral and facial surgery

5.2 Mucosa oral

La mucosa oral al igual que la piel sufre un adelgazamiento y flacidez. Debido a la disminución de la micro vascularización, se debilita la mucosa dando pie a que el tejido sufra desgarros, infecciones y lesiones.^{4,16}

La variación de los tejidos tisulares está relacionada con la densidad tisular, el grado de queratinización, los cambios en la densidad de colágeno y la organización de las bandas y fibras elásticas. La mucosa se torna más fina y seca; desde el punto de vista histológico corresponde a la disminución de la queratinización y el afinamiento de las estructuras epiteliales.¹⁷

La mucosa oral presenta sequedad, producto de la xerostomía que puede estar originada por deshidratación, respiración bucal, enfermedades sistémicas o fármacos.¹⁶ Es común observar pigmentaciones a consecuencia de cambios hormonales, efectos de medicamentos, tabaco etc.¹⁵

5.3 Lengua

La ausencia de piezas dentales provoca que la lengua se ensanche, producto del sobre desarrollo de la musculatura intrínseca. Muchos ancianos hacen uso de la lengua para triturar alimentos impactando éstos con el paladar, éste procedimiento es un fenómeno de adaptación por la pérdida de dientes y la falta de estabilidad económica para recibir atención odontológica.^{4,16}



Fig 6. Ensanchamiento de la lengua.
Fuente: gacetadental.com

En algunas ocasiones se observa un aumento de varices en el vientre de la lengua y en el dorso se presenta una atrofia del epitelio dando una apariencia lisa.¹⁶ Se pueden presentar problemas del sentido del gusto que pueden estar dados debido a la disminución del número y la densidad de terminaciones nerviosas sensitivas, a la disminución de los corpúsculos gustativos, a cambios en la dieta o a la eficacia de la masticación. La hipogeusia y la disgeusia pueden relacionarse con enfermedades sistémicas como neuropatías, trastornos cognitivos, infecciones de las vías respiratorias altas y/o uso de drogas, pero en gran medida estos trastornos están altamente relacionados con la higiene y el estado general de la boca.¹⁸

5.4 Glándulas salivales

Existen “estudios histológicos que demuestran una pérdida gradual de los elementos acinares, aumento relativo de la proporción de elementos ductales y un aumento de tejido inflamatorio y tejido fibroadiposo”.¹⁸ Estudios realizados en la glándula submandibular reportan la pérdida del 40% de los acinos; cambios morfológicos similares se han reportado en las glándulas parótida y labiales.¹⁷ Algunas investigaciones sugieren que existe disminución de la producción de saliva con el aumento de la edad, de la misma forma se presentan alteraciones en la proteínas antimicrobianas presentes.¹⁷ La secreción de las glándulas salivales es predominantemente mucosa y la enzima lisozima presente normal-



mente en la saliva es escasa, lo que dificulta la etapa inicial del metabolismo de los azúcares.⁴

5.5 Hueso

La pérdida de hueso alveolar está altamente relacionada con la pérdida de los órganos dentarios y representa la atrofia de los maxilares con disminución de la densidad y el volumen. La causa principal de la pérdida del hueso es la enfermedad periodontal, seguida de la pérdida dental que se relaciona con la reabsorción ósea por la falta de estimulación de las fuerzas masticatorias en el hueso. De la misma manera pero en sentido inverso la pérdida del hueso provoca la pérdida de los dientes. La reabsorción ósea es mayor en la mandíbula y provoca que las personas portadoras de una prótesis no las usen pues encuentran difícil su estabilidad.¹⁹

Al igual que todos los huesos del cuerpo éstos se vuelven más frágiles. “Los cambios en la estructura microscópica de la matriz ósea y su composición química afectan la fortaleza del hueso en la cavidad bucal, estos cambios se presentan en un incremento de la pérdida dental en los ancianos dentados o la reabsorción del reborde en los desdentados”¹⁷

Los osteoblastos van disminuyendo en número en la zona esponjosa del hueso, debido a la degeneración de la médula ósea y predominan los osteoclastos. Cuando la reabsorción alveolar se ha producido de forma acelerada durante la menopausia, se acompaña de osteoporosis en la ancianidad.⁴

5.6 Dientes

Los dientes manifiestan cambios externos e internos durante el envejecimiento. Dentro de los cambios externos se incluyen el cambio de color y pérdida del esmalte debido a la abrasión, erosión o atrición oclusal.¹⁹ La dentina se caracteriza por contener menor cantidad de túbulos y mayor densidad entre ellos, el esmalte se vuelve rugoso lo cual contribuye fácilmente a la adhesión de pigmentos produciendo manchas. El desgaste severo del esmalte ocasiona la exposición de la dentina lo que produce dentina secundaria y esclerótica, en respuesta a las agresiones del medio.¹⁶

En los cambios internos del diente podemos mencionar la disminución de la cámara pulpar como resultado de la mayor producción de dentina de repa-

ración y por lo tanto de la vascularización y de la sensibilidad de los órganos dentarios.¹⁹



Fig. 7. Desgaste, cambio de color y disminución de la cámara pulpar de los órganos dentales.
Fuente: Universidad de Murcia

6. Calidad de vida y salud bucal en el adulto mayor.

La calidad de vida es un concepto que se comenzó a utilizar en Estados Unidos después de la segunda guerra mundial, cuando se despertó el interés en algunos investigadores por conocer la percepción que tenían las personas sobre su vida o si se sentían financieramente seguras. Su uso empieza a partir de los años sesenta cuando se comienza a investigar recolectando datos e información relacionados con el ámbito socioeconómico, nivel de educación o tipo de vivienda.²⁰

La OMS define la calidad de vida como “La percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto sociocultural y de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses.” La calidad de vida es un concepto difícil de estudiar porque es multifactorial y además es subjetivo, lo que puede significar bueno para algunas personas para otras no resulta así. Se puede hablar de calidad de vida desde diferentes puntos de vista como los físicos, sociales, psicológicos, culturales y hasta espirituales.

El concepto puede ser analizado desde dos parámetros, los objetivos, que se refieren a la condiciones externas (económicas, sociopolíticas, culturales etc.) y los subjetivos, determinados por la concepción que el sujeto tiene hacia su



propia vida y en función del nivel de satisfacción que alcanza.²¹

La esperanza de vida en todo el mundo ha aumentado; en el caso de México en el año 2010 la esperanza de vida al nacer era de 74 años y según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el 2013 la esperanza de vida subió a 74.5 años; con 71.7 en hombres y 77.4 en mujeres.²² Decir que la esperanza de vida ha aumentado no quiere decir que necesariamente haya aumentado la calidad de vida con la que viven las personas mayores, aunque si nos da un parámetro para pensar que los esfuerzos por prolongar la vida han sido exitosos.

No podemos hablar de calidad de vida sin hacer hincapié en la importancia que tiene la salud dentro de este concepto, principalmente en las personas de la tercera edad, en quienes el estado de salud en el que se encuentren sustituye muchos de los otros ámbitos que ya se han mencionado anteriormente; la salud es el componente predominante y aglutinante de otros factores de calidad de vida.²³ Fernández Ballesteros, catedrática de la Universidad Autónoma de Madrid, considera que la salud del adulto mayor se ve afectada por las condiciones en las que se vive, por la edad, por el sexo, por las condiciones socioeconómicas o educacionales que limitan al anciano a vivir en niveles aceptables de bienestar físico, psicológico y social.

Siguiendo este punto de vista otros autores han definido el concepto de calidad de vida entorno a la salud, llegando a considerarla como un “conjunto de valoraciones que se hace del grado de bienestar y satisfacción general de la propia vida, que en definitiva es la valoración global de la salud y enfermedad que presenta el individuo en el transcurso de su vida.”²¹

Dentro de todo lo que implica la concepción general de calidad de vida han sido tomados en cuenta varios términos en los distintos aspectos que engloba la calidad de vida para una persona: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, etc.

Se pueden establecer tres perspectivas para señalar los aspectos centrales de la calidad de vida:²³

- a) La calidad de vida en general.
- b) La calidad de vida relacionada a la salud.
- c) La calidad de vida específica para cada enfermedad

La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido mediante 5 dominios

principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción. La incapacidad se mide por la imposibilidad de realizar actividades cotidianas, la incomodidad por la presencia de dolor y fatiga en el individuo y la insatisfacción por el grado de logros alcanzados de acuerdo con las expectativas propuestas.²³

Los estudios de medición de la calidad de vida surgen para dar respuestas a los individuos, en este caso al adulto mayor, ya que por todos los cambios que en esta edad se experimentan se requieren estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna. Lamentablemente en México los ancianos no viven en la situación ideal, las condiciones son desfavorables lo que hace más complicada y difícil su existencia, originando en ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad y posibilitando la psicopatología de la depresión. Además, las personas son objeto de segregación y discriminación generando restricciones que disminuyen la posibilidad de mejorar la calidad de vida.²³ “La calidad de vida del adulto mayor se relaciona con su proceso vital autónomo, con el reconocimiento de su pasado y de la proyección de su futuro dentro de su propia historia de interacciones significativas con la participación del medio social, considerándose como un ser social.”²¹

Dentro de todo el campo en torno a la salud y su relación con la calidad de vida tenemos otra pequeña-gran área que es la rama de la odontología y la salud de los tejidos bucales. Visualizar la cavidad oral como un mundo separado del resto del cuerpo es erróneo, pero es como hemos sido educados de acuerdo a un modelo histórico implementado. Es bien sabido que las enfermedades y lesiones que afectan a los tejidos bucales afectan al resto del organismo, viceversa y a la salud en general. Éstas causan dolor, cambian los hábitos alimenticios de las personas, su habla, autoestima y en general la calidad de vida. Las lesiones orales son comunes y son problemas de salud pública por su alta prevalencia en la población y su impacto en el individuo y en la sociedad, además de que el costo de los tratamientos no siempre es accesible. Son pocos los sistemas de salud dental que hacen énfasis en las lesiones que afectan la cavidad oral.²⁴

La OMS define la salud bucal como “la percepción que tiene el individuo del grado de disfrute con respecto a su dentición, así como con los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal en el desempeño de las actividades diarias, te-



niendo en cuenta sus circunstancias presentes y pasadas, y sus implicaciones en el cuidado, expectativas y paradigmas acorde al sistema de valores dentro del contexto sociocultural.”²⁵

Los seguros de salud deben analizar la incorporación de la salud oral en sus programas para asesoramiento en las necesidades y en los factores de riesgo más comunes.²⁶

El perfil de morbilidad bucal de los pacientes geriátricos se caracteriza por una elevada prevalencia de caries dental y periodontopatías, los cuales constituyen la principal causa de pérdida dental en este grupo de edad.

El abordaje de la calidad de vida desde el punto de vista de la salud requiere de la colaboración multidisciplinaria para la elaboración de un diseño social nuevo en el que colaboren personas dedicadas a las ciencias sociales, a la historia, la medicina y la psicología para proponer programas nuevos de salud que dignifiquen la vida de las personas mayores.

Integrando la salud oral en estrategias de promoción de la salud general y con el asesoramiento de las necesidades que a la cavidad bucal le compete, los promotores de la salud podrán mejorar las salud general y bucal.

6.1 Envejecimiento demográfico mundial y nacional.

La población mundial está envejeciendo rápidamente. Según los datos de la OMS entre el año 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del mundo que son mayores de 60 años se duplicará, las cifras cambiarán pasando de ser del 11% al 22%. En números absolutos, éste grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones.

El cambio demográfico será más intenso en países de bajos recursos. Se estima que la cantidad de personas de 80 años o más aumente cuatro veces más hasta alcanzar los 395 millones.

El envejecimiento de la población está estrechamente vinculado con el desarrollo económico de los países. Estados Unidos, Japón, Europa occidental y Canadá fueron los primeros en pasar por esta transición demográfica y hoy en día los países menos desarrollados están experimentando éste fenómeno.¹⁰

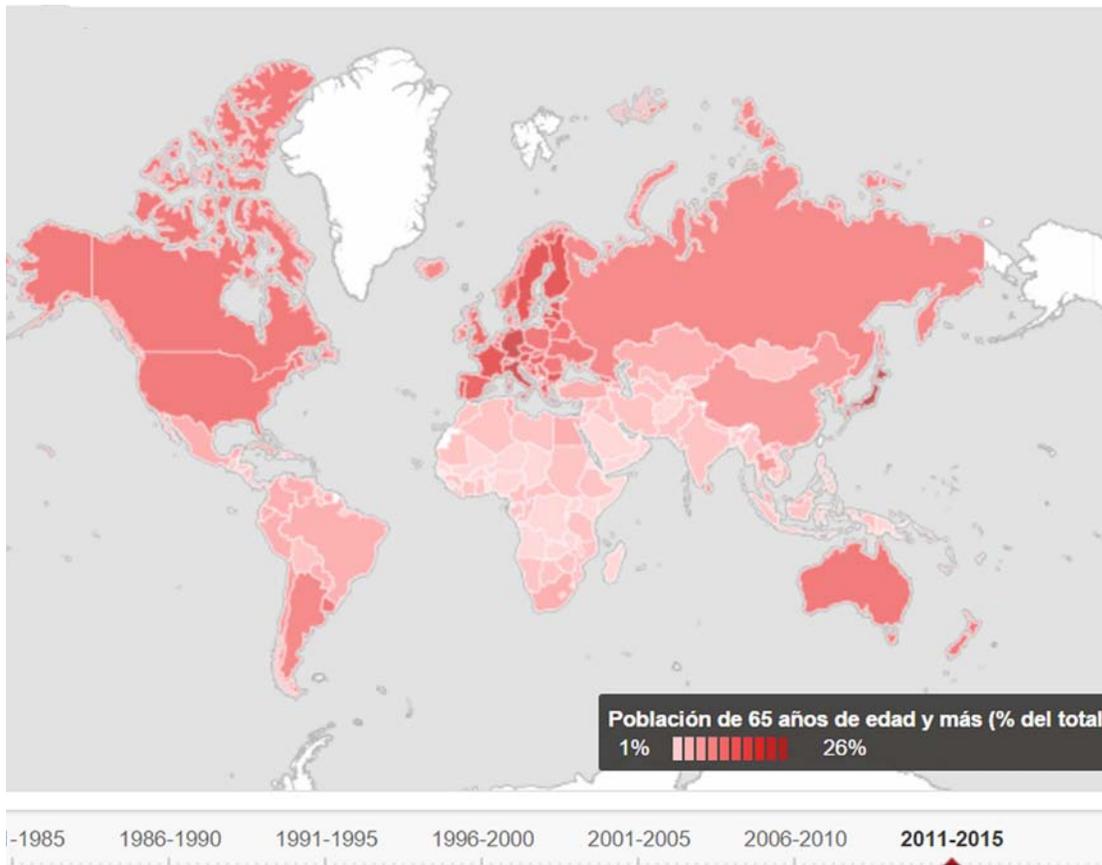


Fig. 8 Población de 65 años y más

Fuente. Bancomundial.org

Desde hace ya varios años la población mexicana atraviesa por una fase de acelerada transición demográfica. En la década de los años 30 se inició éste proceso con el descenso de las tasas de mortalidad y a mediados de los años 60 se acentuó con la declinación de la fecundidad. Como país debemos prepararnos, pues pronto vendrá una etapa a la que se le tendrá que hacer frente mediante instituciones y servicios para atender los efectos del envejecimiento que influirá en la sociedad, la economía, la política y la cultura.

La transición demográfica supone que crecerán los índices de morbilidad y mortalidad, situación que demandará un gran esfuerzo por parte de los sistemas de atención a la salud. La atención preventiva y la educación para la salud deberán jugar el papel más importante.

Las personas mayores son un gran recurso para las familias, la sociedad y la

fuerza de trabajo formal o informal. Éstas personas poseen un gran acervo de conocimiento y experiencia que nos ayuda a no cometer errores pasados.

El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores, pero definitivamente uno de los factores más importantes para vivir plenamente es la salud.

En una visión a futuro la población de ancianos será más y las demandas de servicios crecerán proporcionalmente, será labor de todo el personal de salud hacer frente a ésta nueva condición demográfica que es inevitable. El hecho de que la población de ancianos aumente indica que los seres humanos hemos tenido éxito en aumentar la duración de la vida pero también significa que muchas mujeres y hombres han aprendido a planificar su vida y que ha habido un cambio de mentalidad y de interés en la población en general, se ha logrado que las mujeres tomen el control de su propia fecundidad.¹⁰



Fig.9 Ancianos

Fuente: diario.latercera.com

Pirámide de población, 2005

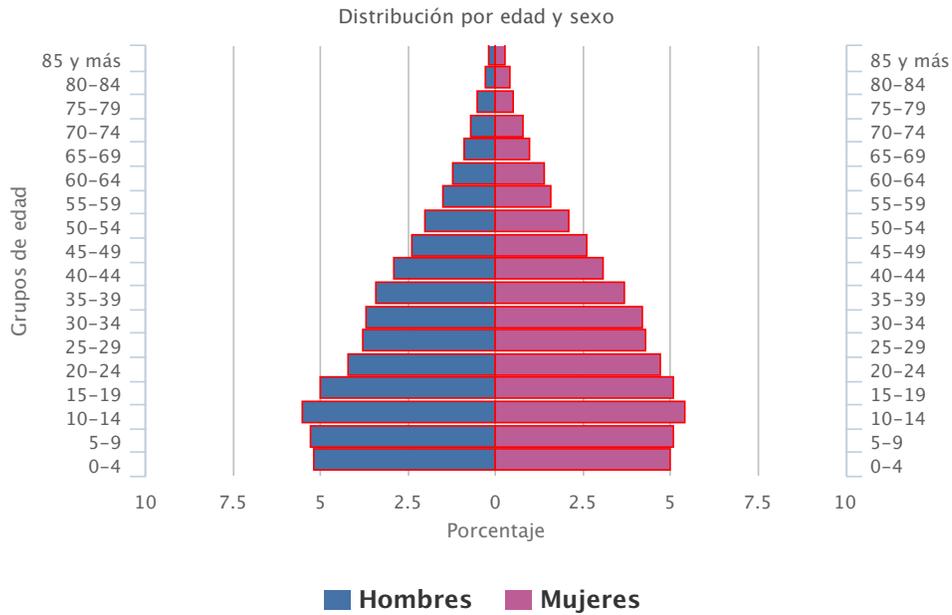


Fig.10 Pirámide de población 2005

Fuente: INEGI

Tablas de comparación

Pirámide de población, 2010

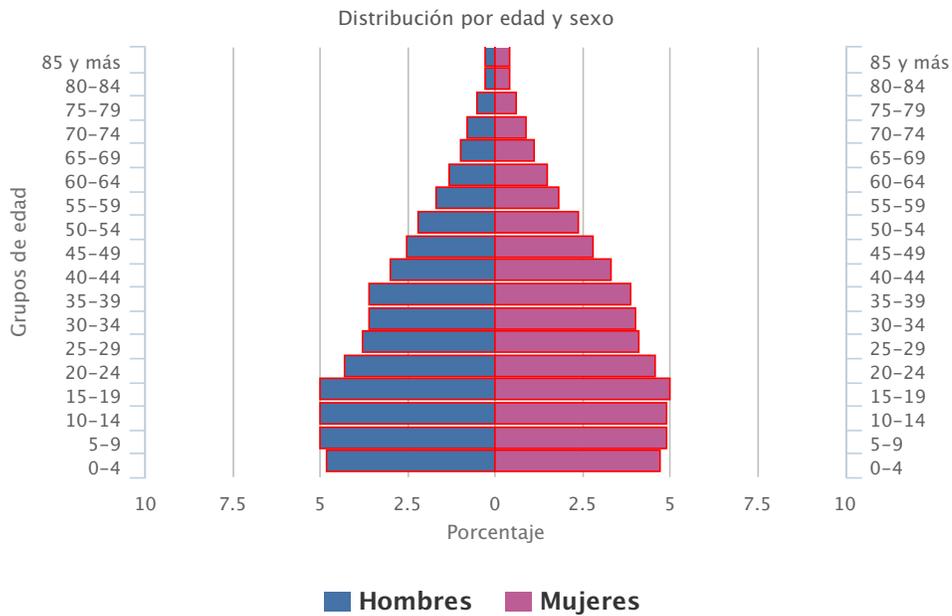


Fig.11 Pirámide de población, 2010

Fuente: INEGI



6.2 Indicadores de calidad de vida oral.

Evaluar la salud bucal es complicado porque en ella convergen muchos factores que la afectan. Las evaluaciones que se hacen respecto a ésta implican los exámenes clínicos que registran las condiciones físicas de los órganos dentales, del periodonto y de los tejidos limitantes de la cavidad oral, es decir que el odontólogo evalúa la ausencia o presencia de la enfermedad, pero también se registran aspectos subjetivos y propios de la persona a quien se está evaluando.²⁷

Estos aspectos subjetivos dependerán de creencias religiosas o culturales, consideraciones psicológicas, políticas y sociales, que comúnmente están presentes cuando la gente autoevalúa su salud general y bucal. En los últimos años los investigadores han elaborado instrumentos para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud bucal. Éstos tratan de englobar las dimensiones relacionándolas a través de preguntas, entrevistas pequeñas y cuestionarios.²⁵

Cada instrumento fue elaborado con una finalidad específica, hoy en día muchos de ellos son utilizados porque se ha demostrado su alta confiabilidad en la publicación de diversos artículos con validez internacional.

Algunos de los mas utilizados son:

- DIDL (1995): Dental Health Impacts on Daily Living

Fue diseñado por los doctores Leao y Sheiham, aquí se evalúan los problemas psicosociales reflejados en la calidad de vida de las personas según la condición bucal que posean.

Se utilizan 5 dimensiones: confort, apariencia, dolor, conformidad y restricciones alimentarias.²⁷

- GOHAI (1990): Geriatric Oral Health Assessment Index

Los doctores Kathryn A. Atchison y Teresa A. Dolan lo elaboraron en el departamento de salud pública odontológica de la Universidad de California, tras varios estudios con adultos mayores norteamericanos. Fue diseñado para valorar los problemas funcionales, además para estimar el grado de impacto psicosocial asociado a los problemas bucodentales y también para evaluar los tratamientos realizados y la efectividad funcional y psicosocial.

Está compuesto por 12 ítems y evalúa 3 dimensiones:

1. Función física en donde se engloba comer, hablar, tragar.
2. Función psicosocial en donde se comprenden aspectos de preocupación por la salud como: autoestima, conciencias, limitación social.
3. Dolor o incomodidad asociado al estado bucodental.

Las respuestas son valorados bajo una escala de Likert con 5 niveles de respuestas:

S=Siempre (1) , F=Frecuentemente (2), AV= Algunas veces (3), RV=Rara vez (4), N=Nunca (5).

Las escalas del GOHAI se dividen en tres categorías: alto (de 57 a 60), moderado (de 51 a 56) y bajo (50 o un valor menor).

El diseño puede ser realizado de manera individual o colectiva de manera que el segundo puede ser utilizado para realizar estudios epidemiológicos.²⁷

Índice de Salud Oral Geriátrico (GOHAI)						
	NUNCA Nº (%)	RARA VEZ Nº (%)	A VECES Nº (%)	A MENUDO Nº (%)	MUY A MENUDO Nº (%)	SIEMPRE Nº (%)
FUNCIÓN FÍSICA						
¿Limitó la clase o cantidad de alimentos debido a problemas con sus dientes o prótesis dentales?	3 (2,5)	4 (3,3)	9 (7,5)	34 (28,3)	49 (40,8)	21 (17,5)
¿Pudo tragar cómodamente?	5 (4,1)	76 (63,3)	29 (24,1)	6 (5,0)	1 (0,8)	3 (2,5)
¿Sus dientes o prótesis dentales le impidieron hablar del modo que usted quería?	3 (2,5)	4 (3,3)	22 (18,3)	42 (35,0)	36 (30,0)	13 (10,8)
¿Pudo comer lo que usted quería sin sentir molestias de sus dientes o prótesis dentales?	8 (6,6)	75 (6,25)	27 (22,5)	3 (2,5)	6 (5,0)	1 (0,8)
FUNCIÓN PSICOSOCIAL						
¿Evitó estar en contacto con personas debido a la condición de sus dientes o prótesis dentales?	6 (5,0)	9 (7,5)	14 (11,6)	43 (35,8)	43 (35,8)	5 (4,1)
¿Se sintió satisfecho o contento con la apariencia de sus dientes, encías o prótesis dentales?	12 (10,0)	46 (38,3)	11 (9,1)	29 (24,1)	14 (11,6)	8 (6,6)
¿Se preocupó o intranquilizó por problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	0 (0,0)	3 (2,5)	8 (6,6)	31 (25,8)	51 (42,5)	27 (22,5)
¿Se sintió nervioso o consiente debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	2 (1,6)	2 (1,6)	10 (8,3)	29 (24,1)	48 (40,0)	29 (24,1)
¿Se sintió incómodo al comer frente a otras personas debido a problemas con sus dientes, encías o prótesis dentales?	5 (4,1)	3 (2,5)	11 (9,1)	32 (26,6)	53 (44,1)	16 (13,3)
¿Evitó reírse o sonreírse debido a que sus dientes o prótesis dentales eran antiestéticos?	3 (2,5)	5 (4,1)	10 (8,3)	35 (29,1)	46 (38,3)	21 (17,5)
FUNCIÓN DOLOR						
¿Ha tenido dolor o molestias alrededor de la boca?	0 (0,0)	1 (0,8)	4 (3,3)	50 (41,6)	42 (35,0)	23 (19,1)
¿Sintió sus dientes o encías sensibles a los alimentos calientes, fríos o dulces?	0 (0,0)	1 (0,8)	9 (7,5)	51 (42,5)	33 (27,5)	26 (21,6)

Fig.12 GOHAI²⁵



- **OHIP (1994): Oral Health Impact Profile**

En 1994 fue desarrollado por Slade y Spencer en Australia. Es un cuestionario integrado por 49 preguntas que en su momento se denominó OHIP-49. Se dieron cuenta de que su uso era limitado por la extensión que tenía y Slade validó un formato resumido con 14 preguntas (OHIP-14) conformado por 7 dimensiones: limitación funcional, dolor físico, malestar psicológico, incapacidad física, incapacidad psicológica, incapacidad social y minusvalía. Cada dimensión consta de dos preguntas y las respuestas se cuantifican en la escala Likert con valores del 0 al 4, donde 0 representa el valor más bajo y 4 el más alto.²⁵

- **OIDP: Oral Impacts on Daily Performance**

Se elabora en 1996 siendo su creador Adulyanon y su grupo de colaboradores. Su objetivo es evaluar los “últimos impactos”. En este instrumento son evaluadas las funciones diarias como comer y aprovechar la comida, hablar claramente, llevar a cabo la higiene oral, dormir, sonreír, mantener el estado emocional estable, desarrollar trabajos de empleo e interacción social y aprovechar el contacto con otras personas. A diferencia de otros índices, éste no evalúa los síntomas y las funciones.

La ventaja de éste índice es que es de fácil comprensión y es ejecutado con gran rapidez.²⁷

6.3 Importancia de la atención bucal en la población geriátrica.

En las instituciones de seguridad social la atención odontológica ha sido apartada por diferentes motivos entre los que podemos mencionar los altos costos del tratamiento, el reducido impacto ideológico, la casi nula letalidad de las lesiones propias de la cavidad oral y el desconocimiento por parte de la población de su trascendencia en la calidad de vida general.²⁶

Este panorama fue analizado en cifras en el año 2010, en el periodo de enero a febrero, documentadas por Gómez²⁶, en donde las estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) reportan que el total de consultas otorgadas fue de 441,149 y de ese total las consultas dentales fueron 16,616. La atención odontológica representa el 3.59% del total de los servicios otorgados. Es evidente que la oferta no alcanza y la demanda de la población para recibir

atención en este rubro es cada vez más. Es bien sabido el trágico panorama que se vive en las instituciones públicas, en donde es sumamente complicado y de larga espera obtener alguna consulta, las limitaciones del tratamiento y la imposibilidad de recibir atención especializada.²⁶

Aunque la Norma Oficial Mexicana NOM-167-SSA1-1997 planea la implementación de espacios para el cuidado del adulto mayor, no existen parámetros que exijan la atención odontológica especializada en la atención de los ancianos institucionalizados.^{AA}

Implementar una ideal y adecuada atención bucal en el sector público ha sido un reto que hasta la fecha no se ha podido cumplir, por esta razón es necesario tomar medidas para educar y atender a los pacientes geriátricos a modo de lograr que visiten regularmente al dentista y de esta forma asegurar su salud.

“El Reporte Anual de Salud Oral, emitido por la OMS en el 2009, reconoce la necesidad de implementar programas que detecten necesidades de tratamiento y manejo de la salud oral en pacientes ancianos”²⁸

Resulta ser de suma importancia establecer programas y protocolos para el manejo de la salud integral de los pacientes geriátricos, incluyendo el área odontológica, pues lamentablemente son pocos los espacios a nivel público que promuevan la participación del personal encargado de la odontología y especializado en todas las áreas, especialmente en la atención de los ancianos. Entre los factores que motivan la implementación de la atención odontológica en los ancianos están:²⁸

- La dependencia
- La soledad
- La enfermedad
- El deterioro cognitivo
- Edad

No solo es necesario educar a los pacientes, si no también a los profesionales encargados de esto, es imprescindible comenzar a fomentar la educación en cuanto a ésta área en la educación superior para el adecuado manejo de las necesidades de las personas mayores y para la visión de que en algún futuro pueda incorporarse el sistema de salud bucal de calidad en instituciones pú-



blicas con el mobiliario y material adecuado para cubrir la mayor cantidad de necesidades posibles.

La alta prevalencia de las enfermedades bucales en pacientes geriátricos hace notoria la necesidad de implementar servicios de atención dental dentro de dichas instalaciones, pues en muchos casos los pacientes son dependientes de otros y el desplazamiento a lugares externos para el manejo del tratamiento dental resulta complicado.

El personal de salud tiene la obligación de atender las necesidades de los pacientes de la tercera edad, para disminuir las complicaciones en el estado de salud, lo que se refiere al aspecto preventivo y a la rehabilitación total de cada una de las funciones estomatognáticas.

“Las investigaciones demuestran que una buena salud bucal de los pacientes geriátricos institucionalizados, tiene un efecto benéfico en su salud integral pudiendo mejorarse mediante la prevención y medidas de higiene bucal”²⁸

6.4 Impacto de la salud bucal en los paciente geriátricos.

La salud bucal tiene gran importancia en la calidad de vida de todos los seres humanos y es una estado que debería mantenerse en equilibrio, aunque no siempre sea visto de tal forma. Los pacientes geriátricos son una parte de la población en la que se debe poner más atención debido a las características fisiológicas que presentan y que los hace más susceptibles a desarrollar enfermedades. Afortunadamente las enfermedades y las lesiones que aquejan a la cavidad oral, en la mayoría de los casos, son asintomáticas pero lamentablemente cuando éstas ocasionan dolor es porque las posibilidades de tratamiento son limitadas.

Los órganos dentales y en general todos los tejidos de la cavidad bucal son indispensables para llevar a cabo funciones fisiológicas como la masticación, la deglución, la digestión y por aparte, pero no por ello menos importante, la estética facial. La falta de la salud en cuanto a este ámbito tendrá repercusiones en el estado de salud en general y la nutrición, la fonación y la autoestima se verán afectadas también.

La deficiencia en la salud bucal de los adultos mayores es considerada por

ellos mismos como un proceso normal y natural del envejecimiento y no es visto como consecuencia del mal cuidado o del abandono de atención a su boca. La situación en este sentido es que casi nadie percibe las lesiones de la cavidad oral como algo que ponga en riesgo su vida o que ocasione el deterioro de su salud en general, pero esto es debido a la falta de educación y de prevención en los centros de atención primaria.

Dentro de las causas de pérdida de salud bucal de los adultos mayores se encuentra:³⁰

- a) El tratamiento dental pasa a segundo término, ya que no es considerado como prioridad en la salud.
- b) El cuidado dental es inadecuado, por fallas en la higiene.
- c) Falta de revisiones periódicas con el odontólogo.
- d) Rechazo ante la consulta dental y falta de aceptación del tratamiento
- e) Enfermedades propias de la boca como caries dental y enfermedad periodontal.

En el 2008 se realizó un estudio en centros comunitarios, ubicados en una delegación política de la Ciudad de México, a los que acuden las personas de la tercera edad para realizar actividades recreativas y en las que además, reciben atención odontológica preventiva e integral. La muestra la constituyeron 150 adultos mayores. Se realizó una encuesta para recaudar información sociodemográfica, así como la percepción subjetiva de la calidad de vida bucal, a través del índice OHIP-14. En la investigación se identificaron como las dimensiones con mayor impacto el malestar psicológico (preocupación con los problemas de sus dientes y boca), dolor físico (molestias al comer) e incapacidad física (interrupción de los alimentos), y con un menor impacto incapacidad social y minusvalía.

En los hombres se observó menor impacto de su salud bucal sobre su calidad de vida, en las mujeres se identificó lo contrario. Otros estudios coinciden en que las mujeres se preocupan más por su estado de salud, lo cual se observa en la mayor demanda de asistencia médica. Esto no refleja que los hombres gocen de mejor salud si no que por la influencia cultural y de género les cuesta más trabajo aceptar sus padecimientos.²⁵

En un estudio realizado en la Facultad de Odontología de Cartagena en el año



2011²⁹ se evaluaron 120 pacientes adultos mayores de 60 años sin alguna discapacidad. Se utilizó el GOHAI para evaluar los niveles de percepción de calidad de vida relacionados con la salud bucal, presencia de caries, cálculo dental, restos radiculares, obturaciones, presencia y estado de prótesis removable y lesiones en la mucosa y su etiología. Al analizar los datos proporcionados por el GOHAI se encontró que la función psicosocial fue el componente reportado con mayor frecuencia, haciendo hincapié en la incomodidad de los pacientes al comer frente a otras personas por problemas con sus dientes. El 63.3% manifestó incomodidad al deglutir los alimentos y la molestia más percibida fue la sensibilidad al comer alimentos calientes, fríos o dulces. Con respecto a la percepción de calidad de vida relacionada con la salud bucal, el 74.1% manifestó un alto impacto de su salud bucal sobre su calidad de vida, el 16.6% tuvo una percepción baja y el 9.7% una percepción moderada. Los resultados demostraron que los adultos mayores perciben sus problemas dentales de origen endodóntico o traumático como un impacto negativo en su calidad de vida, confirmando la importancia de la salud bucal como factor determinante para el bienestar general.

Además se realizaron otras pruebas relacionadas con la calidad de vida y variables sociodemográficas que no se explicarán en este texto con la finalidad de acotar el tema, pero que igualmente estuvieron relacionados con la percepción de calidad de vida.

En otro estudio realizado en el 2014 en la ciudad de Jalapa por Guadalupe López Castellanos y colaboradores³⁰ se estudió la posible asociación entre la calidad de vida y la salud bucal real de los adultos mayores en el cual se detectó una asociación estadística significativa. La muestra estuvo constituida por 34 adultos mayores que se encontraban entre los 60 y 89 años. Los adultos mayores que se consideraron con una condición física mala son aquellos cuya salud bucal real fue mala, en tanto que los sujetos con condiciones físicas buenas presentaron una salud bucal real buena; de la misma manera se detectó asociación significativa entre el estado de ánimo y la salud bucal real del adulto mayor, pues los que manifestaron tener un estado de ánimo malo son aquellos que presentaron salud bucal real mala.

Mediante estas investigaciones epidemiológicas realizadas en México y en

países latinoamericanos en los últimos años podemos decir que la percepción del impacto de la salud bucal en las personas de la tercera edad es importante, si bien no tiene un impacto físico, la calidad de salud oral tiene un impacto psicológico significativo.

Lo más probable es que el impacto de carácter físico de la salud oral sea bajo y muchas personas no lo perciban porque las enfermedades propias de la cavidad oral cursan sin sintomatología y no son incapacitantes, en muchas ocasiones, y a pesar de que los exámenes clínicos demuestran que la salud bucal del sujeto es mala, éste no lo percibe de tal forma porque está “acostumbrado” a ello y además no le duele; sin embargo las personas detectan las dificultades y las consecuencias que las malas condiciones de salud oral les traen, tarde o temprano, al querer realizar actividades fisiológicas o de carácter social.

Los adultos mayores se ven altamente afectados por la sociedad en la que viven y por las dificultades que tienen que enfrentar día a día para poder salir adelante sin depender de alguien más, en un país que no está preparado para brindarles la atención que necesitan. Además de esto su condición perteneciente al ciclo de vida natural los hace susceptibles para adquirir enfermedades crónicas-degenerativas y no sólo enfermedades sistémicas sino que la calidad de vida oral disminuye, por lo tanto también se ve afectado el ámbito psicológico debido a la afección de la autoestima, la afectación para desenvolverse socialmente que se relaciona con la dificultad para comunicarse (fonación) y la vergüenza que sienten al comer frente a otras personas, el ámbito nutricional debido a que se les dificulta masticar y deglutir y finalmente la estética que puede llegar a ser subjetiva.

La salud bucal es parte fundamental de la salud integral y es un fundamental componente de la calidad de vida.²⁸



7. Lesiones de la mucosa oral

La Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosa diseases and conditions de la OMS citado por Donohué Cornejo et al³¹ establece criterios para la clasificación de lesiones y condiciones.

Por condiciones de la mucosa oral se entiende que son aquellas alteraciones no patológicas, o variantes de la normalidad; algunos ejemplos son: melanosia racial, gránulos de Fordyce, torus, línea alba, várices, foveolas comisurales, leucoedema, lengua fisurada y geográfica, anquiloglosia, máculas melanóticas etc. Por otro lado las lesiones de la mucosa bucal son aquellas alteraciones resultado de traumatismos, infecciones, o asociadas a padecimientos sistémicos.

Para fines de este trabajo únicamente se hablará de las lesiones de la mucosa oral.

En el 2005 se realizó un estudio³² en pacientes ancianos, las lesiones de mayor prevalencia fueron estomatitis protésica, épulis fissuratum, fibroma, papiloma, leucoplasia, lesión maligna, candidiasis y queilitis angular.

En el 2007 se realizó un estudio sobre las condiciones y lesiones de la mucosa oral de los pacientes atendidos en las clínicas de admisión de pregrado y posgrado de la Facultad de Odontología en la UNAM.³¹ Éstas se analizaron por grupos de edad y las de mayor prevalencia para el grupo de los adultos mayores fueron: queratosis friccional, úlcera traumática, aumento tisular con causa aparente, páruilis, estomatitis protésica, candidiasis, leucoplasia, eritroplasia y épulis fisuratum.

La Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y manejo de los problemas bucales del adulto mayor menciona algunas de las lesiones que se presentan en los pacientes de la tercera edad entre los cuales están: candidiasis bucal, xerostomía, cáncer, reacciones liquenoides, eritema multiforme, mucositis y pénfigo.³³

En la Fig.13 se observan datos estadísticos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles (SIVEPAB), en la que se describe el grupo de personas que acudieron a los servicios de salud en el año 2013 por grupo de

edad y sexo.

En la Fig.14 se describen las patologías encontradas en usuarios de los servicios de salud en el mismo año clasificadas de acuerdo al tiempo de evolución de la lesión.

El total de personas de 60 años y mayores que acudieron a los servicios de salud en el 2013 fue de 24,031 que corresponde el 12.6%. De ellos 1,629 presentaron alguna lesión en la mucosa oral como úlceras, leucoplasia, eritroplasia, lesiones mixtas y tumores. Es claro que el número de pacientes no representa a la mayoría pero en definitiva es un número significativo.

Con base a estos parámetros se describirán algunas de las lesiones de la mucosa bucal a continuación.

Grupo	Tipo de Lesión					Total
	Úlcera	Leucoplasia	Eritroplasia	Mixta	Aumento de volumen (tumor)	
Menos de tres semanas	420	22	28	8	537	1,015
Tres semanas o más	47	34	45	15	473	614
Total	467	56	73	23	1,010	1,629

Fig.14 Distribución de las lesiones de la mucosa bucal en usuarios de los servicios de salud 2013.
Fuente: SIVEPAB

Rango de edad	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
20 a 24	17,483	66.5	8,798	33.5	26,281	13.9
25 a 29	16,554	65.5	8,718	34.5	25,272	13.3
30 a 34	15,910	64.5	8,776	35.6	24,686	13.0
35 a 39	14,832	63.7	8,455	36.3	23,287	12.3
40 a 44	13,287	63.3	7,715	36.7	21,002	11.1
45 a 49	11,319	64.7	6,167	35.3	17,486	9.2
50 a 54	10,133	65.1	5,436	34.9	15,569	8.2
55 a 59	7,555	62.3	4,575	37.7	12,130	6.4
60 a 64	5,276	59.4	3,601	40.6	8,877	4.7
65 a 69	3,614	56.9	2,736	43.1	6,350	3.3
70 a 74	2,354	53.4	2,051	46.6	4,405	2.3
75 a 79	1,320	51.9	1,222	48.1	2,542	1.3
80 y más	986	53.1	871	46.9	1,857	1.0
Total	120,623	63.6	69,121	36.4	189,744	100.0

Fig.13 Distribución de los adultos que acuden a los servicios de salud por grupo de edad y sexo 2013
Fuente: SIVEPAB



7.1 Candidiasis

Hablar de candidiasis es englobar varias enfermedades cutáneas cuya etiología es un hongo del género *Candida*, éste incluye ocho especies de hongos entre los cuales *Candida Albicans* es de la mayor prevalencia.

C.albicans es un microorganismo que se encuentra presente en la cavidad bucal y en la vagina pero que en condiciones favorables para éste se desarrolla ocasionando lesiones en la mucosa. En algunas casos intervienen factores locales y/o sistémicos para que se manifieste y dichas manifestaciones pueden ser agudas o crónicas y de gravedad variable.³⁴ La infección suele ser superficial y afecta la región exterior de los labios y de la piel pero en casos de pacientes inmunodeprimidos como es el caso de las personas con SIDA la infección puede extenderse afectando otros órganos.

Sapp clasifica los tipos de candidiasis en aguda: pseudomembranosa (muguet) y atrófica (eritematosa) o crónica: hiperplásica (leucoplasia candidiásica).³⁵

La forma más conocida es la candidiasis pseudomembranosa y de acuerdo a Regezi los grupos más afectados son los lactantes y los ancianos.³⁴

- Candidiasis pseudomembranosa.

Las características clínicas de la candidiasis es que se presenta en forma de placas blancas blandas o gelatinosas o nódulos que al crecer se unen; tienen la singularidad de desprenderse fácilmente al raspar la zona con un algodón o gasa y dejar una zona eritematosa en erosión o ulceración y frecuentemente dolorosa. Las lesiones pueden presentarse en cualquier sitio pero suelen estar en la mucosa bucal, los pliegues mucobucuales, la bucofaríngea y los bordes laterales de la lengua.

La pseudomembrana está constituida por células epiteliales descamativas y necróticas, con muchos micelios (hifas) enredados.³⁵ Cuando esta forma aguda no es tratada y permanece durante un tiempo la pseudomembrana se pierde y da lugar a una lesión rojiza característica que se conoce como candidiasis aguda atrófica.^{GG}

El tratamiento es a base de antifúngicos y resulta ser muy eficaz para aliviar los síntomas y la infección en general en un periodo de 1 o 2 semanas; si las lesiones no ceden rápidamente se podría pensar que el paciente está inmuno-

comprometido y/o albergar otro tipo de especie de Candida.³⁵

- **Candidiasis atrófica.**

Esta infección es mas frecuente en pacientes que son portadores de prótesis removibles mal ajustadas o que no se la quitan continuamente. La candidiasis atrófica ha sido nombrada también como estomatitis protésica y se presenta como una zona enrojecida de la mucosa, comúnmente en el paladar o en el lugar que de alojo a una prótesis removable.

Cuando la etapa es inicial se observan áreas de erosión o petequias y la principal molestia es una sensación de quemazón continua en el área afectada, cuando el hongo afecta la lengua ésta se observa con un aspecto liso y carnoso.

Los pacientes se quejan de sensibilidad intensa y dolor ante los líquidos calientes y fríos, alimentos picantes o bebidas alcohólicas.

El tratamiento es también a base de antifúngicos, aunque es indispensable quitar y corregir los factores predisponentes, en este caso la prótesis, y tratar a infección en forma local o sistémica según sea el caso.³⁵

- **Candidiasis hiperplásica**

Es también denominada leucoplasia candidiásica. Suele presentarse en forma de placa mucosa blanca, con mayor frecuencia se observa en la mucosa yugal y se extiende en forma de V al aproximarse a la comisura labial, también se presenta en los bordes laterales de la lengua y los rebordes.³⁵

Debido a su parecido clínico con algunas lesiones premalignas el diagnóstico puede confirmarse a través de la toma de una biopsia y al observar con el microscopio las formas micelares del microorganismo.

Las muestras tisulares suelen presentar hiperparaqueratosis que contiene muchas hifas que invaden la paraqueratina. Con frecuencia se observa gran cantidad de neutrófilos, el estrato espinoso del epitelio suele engrosarse (acantosis) y las crestas epiteliales se alargan. El tejido conjuntivo muestra un infiltrado inflamatorio formado por células plasmáticas y linfocitos. La terapia con antifúngicos tópicos es la más efectiva.



Fig. 15 Candidiasis pseudomembranosa
Fuente: Estomatología Online



Fig. 16 Candidiasis atrófica
Fuente: propdental.es



Fig. 17 Candidiasis hiperplásica
Fuente: Universidad de Valencia

7.2 Queilitis angular



Fig. 18 Queilitis angular
Fuente: dermatoweb.net

Es una inflamación bilateral crónica de las comisuras labiales, se caracteriza por presentar atrofia fisuras lineales. Las lesiones pueden presentarse aisladamente pero también pueden estar asociadas a candidiasis pseudomembranosa o eritematosa.³⁵

Esta alteración es más común en personas cuyos pliegues son más marcados, como es el caso de los ancianos que tienen pérdida de la dimensión vertical por la pérdida o desgaste dental o por el

uso prolongado de una prótesis.^{34,35}

El tratamiento consiste en corregir el problema, es decir que con la adecuada corrección y el levantamiento de la dimensión vertical en conjunto con el uso de antifúngicos tópicos será suficiente, aunque en ocasiones se presentan infecciones bacterianas secundarias que complican el tratamiento.³⁵

7.3 Queratosis friccional

La queratosis friccional es un aumento del espesor de la capa superficial de la epidermis provocada por factores de origen traumático. Se manifiesta como una lesión callosa que puede ser lisa o de textura irregular, su localización dependerá



Fig.19 Queratosis friccional en el reborde alveolar
Fuente: antoniorondonlugo.com

de donde la ubicación del agente causal que pueden ser hábitos de irritación crónica o prótesis desajustadas por mencionar algunos.

El tratamiento consiste en eliminar o corregir la causa que lo provoca.

7.4 Xerostomía

La xerostomía es la percepción subjetiva de tener la boca seca causada por la poca producción de saliva. Dicha alteración afecta del 29-57% de la población. En conjunto con la xerostomía se manifiesta en el paciente una sensación de quemadura en la mucosa, cambios en el sentido del gusto y dificultad para tragar y hablar. La baja producción de saliva no es efecto único del avance de la edad o del envejecimiento, si no que puede estar dado por alguna alteración en las glándulas salivales mayores o estar asociada a ciertos medicamentos y enfermedades sistémicas.³⁶

La xerostomía se reconoce por las siguientes manifestaciones clínicas: mucosa seca y pegajosa, cavidad oral con aspecto pálido y con agrietada, el aspecto de la mucosa es muy delgado. De igual manera la cavidad oral se hace susceptible a padecer gingivitis, labios resecos, lengua seca e irritada, periodontitis, halitosis, queilitis angular y candidiasis.³⁷

Entre algunos de los agentes causales de la xerostomía se puede mencionar:³⁷

- La radiación: En pacientes que padecen o padecieron de neoplasias malignas en la cabeza y/o cuello es común encontrarla puesto que la radioterapia favorece la destrucción progresiva del parénquima glandular y el aporte vascular del mismo.

- Medicamentos: Cerca de 400 medicamentos se han documentado por poseer como efectos adversos la xerostomía, algunos de ellos son: agentes anticolinérgicos, antidepresivos, tranquilizantes, antidiuréticos, antihistámnicos, relajantes musculares, analgésicos narcóticos y AINEs.
- Síndrome de Sjögren: Alteración de carácter autoinmunitario que afecta las glándulas salivales, lagrimales y a veces el tejido conectivo



Fig.20 Aspecto de la lengua en un paciente con xerostomía.
Fuente: bayerandfahl.com

Dentro del tratamiento se encuentra la utilización de remplazos de saliva para humedecer la boca, así como glicerina y limón, de la misma forma las personas que sufren de éste padecimiento deberán evitar comer alimentos cariogénicos, evitar el tabaco y la ingesta de alcohol. Los pacientes deben ser instruidos con técnicas para la higiene oral adecuada y el uso de enjuagues antibacterianos.³⁷

7.4.1 Síndrome de Sjögren

El síndrome de Sjögren es un proceso de carácter autoinmunitario que además de sequedad bucal puede cursar con artritis reumatoide y sequedad ocular (queratoconjuntivitis seca) por destrucción de las glándulas salivales y lagrimales. En algunas personas ésta alteración puede presentarse con síntomas aislados o puede tomar el camino de una enfermedad multisistémica grave. En los casos en donde solo hay afección exocrina se conoce como Síndrome de Sjögren primario, si además de la sequedad bucal y ocular hay afección del tejido conectivo se denomina Síndrome de Sjögren secundario.³⁴

“Se desconoce la causa de específica aunque las numerosas alteraciones inmunitarias indican una enfermedad de gran complejidad. La alteración general en relación con la actividad policlonal de las células B refleja carencia de regu-

lación por subpoblaciones de linfocitos T.”³⁴

De acuerdo con Sapp esta alteración afecta a las mujeres en un 80% y aproximadamente el 45% de pacientes con el síndrome presentan un aumento de volumen en la glándula parótida que se siente firme pero pastosa a la palpación. Cuando existe suele ser bilateral y algunos pacientes también presentan alteraciones en las glándulas submandibulares.

La biopsia de las glándulas menores de la cavidad oral resulta ser un dato muy fiable para el diagnóstico.

Lamentablemente no existe un tratamiento eficaz, la sequedad empeora gradualmente y la xerostomía puede presentar complicaciones en la boca como la candidiasis o la caries. Se pueden emplear sustitutos de saliva o glicerina y agua con sabor a limón para aliviar la sensación de sequedad. El síndrome de Sjögren secundario requerirá un tratamiento especializado con agentes inmunosupresores.³⁵

7.5 Épulis fisurado

Es también conocido como hiperplasia fibrosa inflamatoria. Es inducido por prótesis dentales sobreextendidas y suele ubicarse en el fondo de saco maxilar o mandibular en la parte anterior.

El tejido hiperplásico suele formar lóbulos o pliegues y puede estar ulcerado



Fig.21 Épulis fisurado Fuente: dentistaenlared.com

en la base, donde el borde de la prótesis hace contacto con la mucosa; las lesiones de éste tipo suelen ser de coloración normal, blandas, flácidas y móviles.

Es recomendable realizar la extirpación quirúrgica completa de la masa fibrosa, aunque la lesión suele disminuir de tamaño al corregir la causa que lo ocasiona, pero se mantendrá en el lugar y dificultará la colocación de prótesis nuevas.³⁵



7.6 Liquen plano

Es una enfermedad mucocutánea crónica, el blanco principal son las células basales del epitelio y el daño se relaciona con alteraciones del sistema inmunológico que abarcan las células de Langerhans, linfocitos T y macrófagos. Según Regezi el liquen plano tiene igual predilección por mujeres y por hombres, generalmente de edad mediana, frecuentemente la gravedad de la lesión se relaciona con el nivel de estrés que transita en la vida del paciente. La lesión puede presentarse tanto en la mucosa como en la piel. A diferencia de la lesiones que se presentan en la piel, el liquen plano de la mucosa oral suele ser más difícil de controlar y presenta periodos de exacerbación.³⁴

Existen varios tipos de liquen plano en la cavidad bucal, el más frecuente es la forma reticular que es característica por presentar muchas líneas queratósicas llamadas estrías de Wickham, el sitio mayormente afectado es la mucosa yugal, seguido de la lengua y por último en la encía y los labios; presenta manifestaciones clínicas mínimas y en ocasiones se descubre de manera accidental, suele presentarse de forma bilateral.^{34,35}

El liquen plano en forma de placa es similar a una leucoplasia que se distribuye en varias partes. Las placas pueden ser lisas o elevadas o con superficies irregulares ligeras que están generalmente localizadas sobre el dorso de la lengua o en la mucosa yugal.³⁴

Se han descrito otras formas de liquen plano con variantes en forma de placa, tal y como el liquen plano atrófico. La apariencia clínica de éste tiene un fondo eritematoso como en la forma reticular y se cree que es una forma de transición de la forma reticular a la erosiva.³⁵

La forma erosiva cursa con áreas eritematosas y área blancas pseudomembranosas. Los pacientes que presentan este tipo de liquen plano se quejan por tener la mucosa irritada y sentir ardor al ingerir alimentos caliente o fríos, con el picante o con el alcohol. Las lesiones pueden ser dolorosas o sangrar a la palpación.³⁵

El tratamiento del liquen plano con corticoesteroides por vía tópica o sistémica es el adecuado cuando la enfermedad cursa con sintomatología y las mo-

lestias del paciente son tales que se ve afectada su vida diaria. Las lesiones suelen reparar ante esta farmacoterapia.³⁵



Fig.22 Liquen plano reticular
Fuente: terelee.blogspot.mx



Fig23 Liquen plano erosivo
Fuente: Rescate con rituximab en paciente con liquen plano esofágico refractario.

7.7 Leucoplasia

Literalmente el término leucoplasia hace referencia a cualquier placa color blanca, pero se emplea como término clínico para describir solo un tipo de lesiones blancas de la mucosa. Sapp³⁵ menciona que en 1978 la OMS definió leucoplasia como “una placa blanca situada sobre la mucosa bucal que no puede ser eliminada mediante rascado ni clasificable como ninguna otra enfermedad diagnosticable.”

Debido a que el término leucoplasia no indica con exactitud la naturaleza de las lesiones es imprescindible realizar un estudio histopatológico. Las alteraciones del epitelio varían desde reacciones fisiológicas normales hasta cambios benignos, premalignos y malignos. Sapp refiere que el 5.4% de las lesiones de este tipo terminará siendo un carcinoma epidermoide.

Las manifestaciones más comunes son un aumento de espesor de la capa de queratina y un aumento de espesor del estrato espinoso (acantosis). En el tejido conjuntivo se da una reducción de la vascularización y aumenta del contenido de colágeno, tal como en una cicatriz o en una hiperplasia fibrosa.³⁵ La razón de que éstas lesiones sean de color blanco es porque el epitelio plano estratificado es avascular pero sus constituyentes (queratina y células espinosas), son blancos.

Se debe ser cuidadoso en el diagnóstico clínico de las lesiones de este tipo porque el desarrollo de una proliferación maligna en las capas epiteliales produce un aspecto similar.³⁵

El tratamiento de una leucoplasia dependerá de la naturaleza de la lesión que se determinará bajo el microscopio, en caso de que ésta presentara una displasia de moderada a severa se deberán tomar las medidas necesarias para extirparla por completo.³⁵



Fig.24 Leucoplasia
Fuente: lasaludfamiliar.com

7.8 Eritroplasia

Al igual que en las leucoplasias el término eritroplasia se refiere a la aparición de una placa roja en la mucosa bucal y tampoco denota alguna patología específica por lo cual la biopsia de estas lesiones es necesaria para observar si se presenta o no alguna displasia grave o carcinoma.³⁴

Se sugiere que en la etiología intervienen los mismos factores etiológicos del cáncer bucal.

La frecuencia de este tipo de lesiones es menor que las leucoplasias pero se considera más grave porque tiene altas probabilidades de convertirse en cáncer bucal. La lesión se caracteriza por ser una placa roja de bordes bien definidos que puede estar localizada en cualquier parte de la boca, aunque las zonas más frecuentes son el piso de boca y la zona retromolar.^{34,35}

Generalmente afecta a personas entre los 50 y 70 años de edad y no tiene predilección por ningún sexo.³⁴

Las características rojas de esta patología son explicadas porque las eritroplasias carecen de cantidad normal de queratina de la capa superficial, las capas epiteliales distantes que cubren las papilas del tejido conjuntivo situadas entre las crestas epiteliales tienen un espesor menor, por lo cual los vasos sanguíneos presentes resultan más visibles desde la superficie y en la mayoría de las eritroplasias el tamaño de las estructuras vasculares aumenta en respuesta a la inflamación.³⁵

Según Reguezi³⁴ el 90% de las lesiones presentan alteraciones displásicas graves, de estas la mitad son carcinomas invasores de células escamosas y 40% corresponde a displasia grave o carcinoma in situ; el 10% corresponde a displasia moderada o leve. Como en todos los casos el diagnóstico debe ser cuidadoso y se debe diferenciar de otras lesiones rojas como la candidiasis atrófica, la forma macular del sarcoma de Kaposi y reacciones alérgicas o malformaciones vasculares.



Fig.25 Eritroplasia

Fuente: rosaolguineritroplasia3301.blogspot.mx/

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica, la escisión debe ser amplia y profunda porque las alteraciones epiteliales suelen extenderse hacia los conductos de las glándulas salivales.³⁴

7.9 Cáncer oral

De acuerdo a los datos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) a través del Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones que mencionan Carrillo Rivera y colaboradores³⁸ se reporta que en 1989 las neoplasias de la cavidad oral representaron el lugar número 15 para los hombres y el 19 para las mujeres, la edad promedio de aparición fue a los 60 años y la lengua fue el sitio más afectado (75%) seguido de la base de la lengua (6%).

Datos del 2002 reportados en el Registro Histopatológico de las Neoplasias en México reportan que las malignidades en la cabeza y el cuello corresponden al 17.6% del total de neoplasias malignas, del cual el 12% corresponde a carcinomas de células escamosas de las vías aerodigestivas superiores con 2269 casos reportados. Dentro del 12% de la totalidad de esta neoplasia el 37% corresponde al cáncer bucal.

En México la mortalidad de las neoplasias de la cavidad oral es baja a comparación de otros países, sin embargo la letalidad es alta y las secuelas estéticas y funcionales que el tratamiento deja son graves.⁴⁰



Neoplasias malignas de la cabeza y el cuello de acuerdo al Registro Histopatológico de las Neoplasias en México en el 2002 (con datos del propio registro y cifras del INEGI).

Sitio	Hombres		Mujeres		Total	
	Morbilidad	Mortalidad	Morbilidad	Mortalidad	Morbilidad	Mortalidad
Labio	77	11	33	11	110	22
Lengua	151	102	139	62	290	164
Encía	67	25	50	14	117	39
Paladar	65	29	46	16	111	45
Piso de boca	40	21	14	7	54	28
Otros: boca	95	154	56	68	151	222
	495	342	338	178	833 (4.38%)	520
Amígdala	62	25	23	15	85	40
Base de lengua	14	17	4	6	18	23
Otros: bucofaringe	31	59	4	20	35	79
	107	101	31	41	138 (0.7%)	142
Seno periforme	14	2	2	0	16	2
Otros: hipofaringe	41	46	11	16	52	62
	55	48	13	16	68 (0.35%)	64
Laringe	855	754	119	149	974 (5.1%)	903
Nasofaringe	39	33	21	17	60 (0.3%)	50
Senos paranasales	55	37	47	37	102	74
Fosas nasales	48	10	46	8	94	18
	103	47	93	45	196 (1%)	92
Parótida	113	57	96	42	209	99
Otras: glándulas salivales mayores	66	9	75	6	141	15
	179	66	171	48	350 (1.8%)	114

Fig.29 Estadísticas del cáncer oral en México.⁴⁰

Según Tirado Laura y Granados Martín el 65 % de los pacientes con cáncer de las vías aerodigestivas superiores acuden a recibir atención en etapas local y regionalmente avanzadas; esto se debe a la falta de sintomatología pero también a la falta de suspicacia del médico de primer contacto, por lo que el diagnóstico se retrasa afectando negativamente el pronóstico. En México es muy común saber de pacientes que reciben tratamiento con antibióticos, prescritos por médicos u odontólogos, sin evolución alguna.

La primer causa y factor de riesgo para el cáncer de éste tipo es el tabaquismo, se estima que entre el 85% y 90% de los casos que se presentan son explicados por el hábito tabáquico, el riesgo es directamente proporcional a la intensidad de exposición.

El consumo de alcohol es otro de los factores de riesgo asociado con el cáncer

después del tabaquismo, las infecciones crónicas y posiblemente la obesidad. A pesar de que se ha encontrado una relación del consumo de alcohol con el cáncer las investigaciones aún están limitadas a aspectos clínicos, epidemiológicos y experimentales.⁴⁰

Además de los factores ya mencionados se han encontrado fuertes evidencias de la relación del cáncer de las vías aerodigestivas superiores con la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH), siendo el serotipo 16 el más involucrado.^{38,40}

“El VPH tiene un lugar importante en el desarrollo de en la patogenia del Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) ya que la prevalencia que se ha encontrado es de 43% para hombres y 17.5% para mujeres.”³⁸

Barrera J. et al citado por Carrillo menciona que para emitir un pronóstico histopatológico es necesario tomar en cuenta la localización de éstos porque cuando se trata de tumores de la parte posterior de la boca se relacionan con mayor incidencia de metástasis ganglionares, tamaño tumoral, invasión linfoscavascular perineural, participación ósea y sialoadenotropismo.

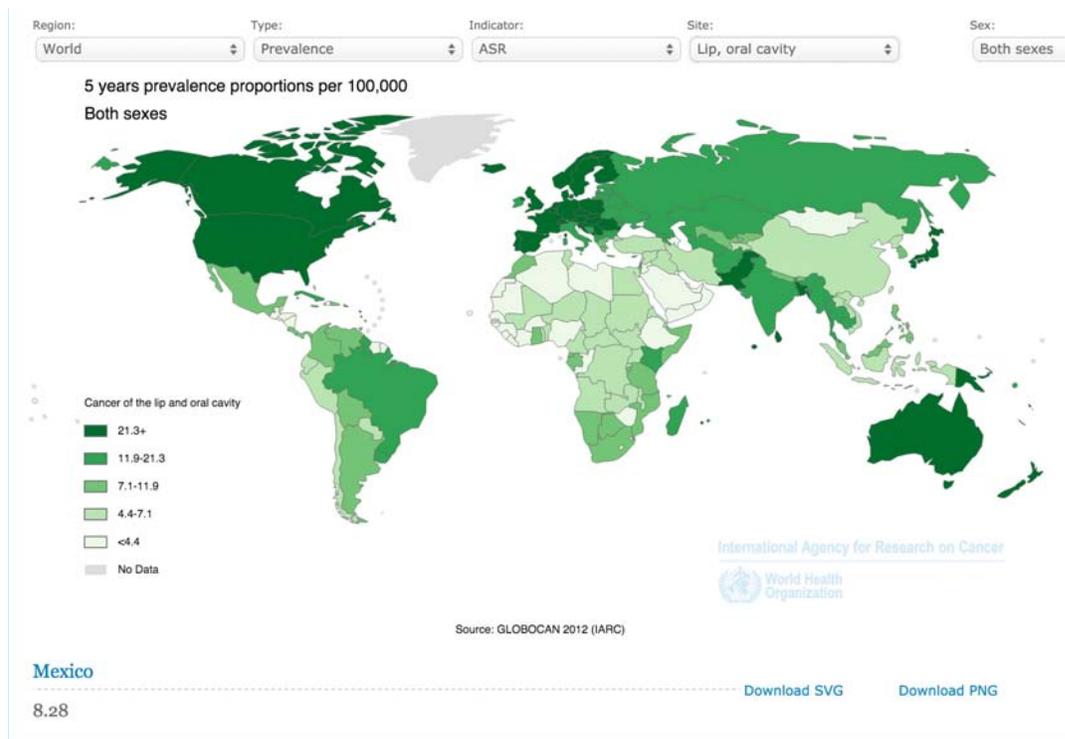


Fig. 26 Mapa de prevalencia del cáncer oral.

Fuente: Globocan 2012³⁹

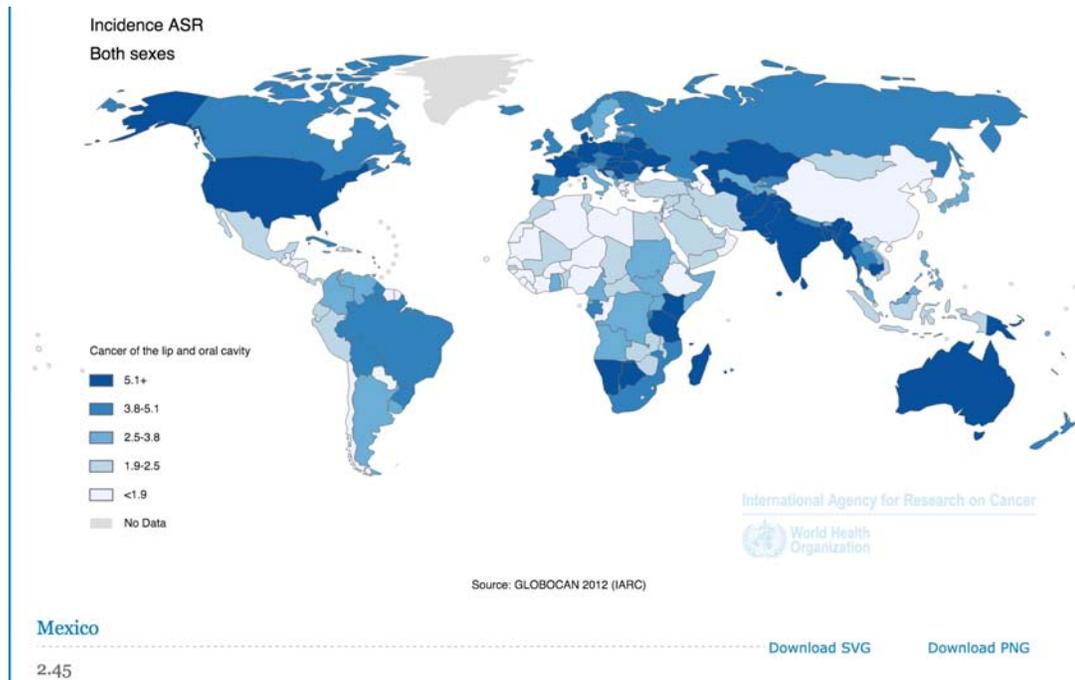


Fig. 27 Mapa de incidencia del cáncer oral

Fuente: Globocan 2012³⁹

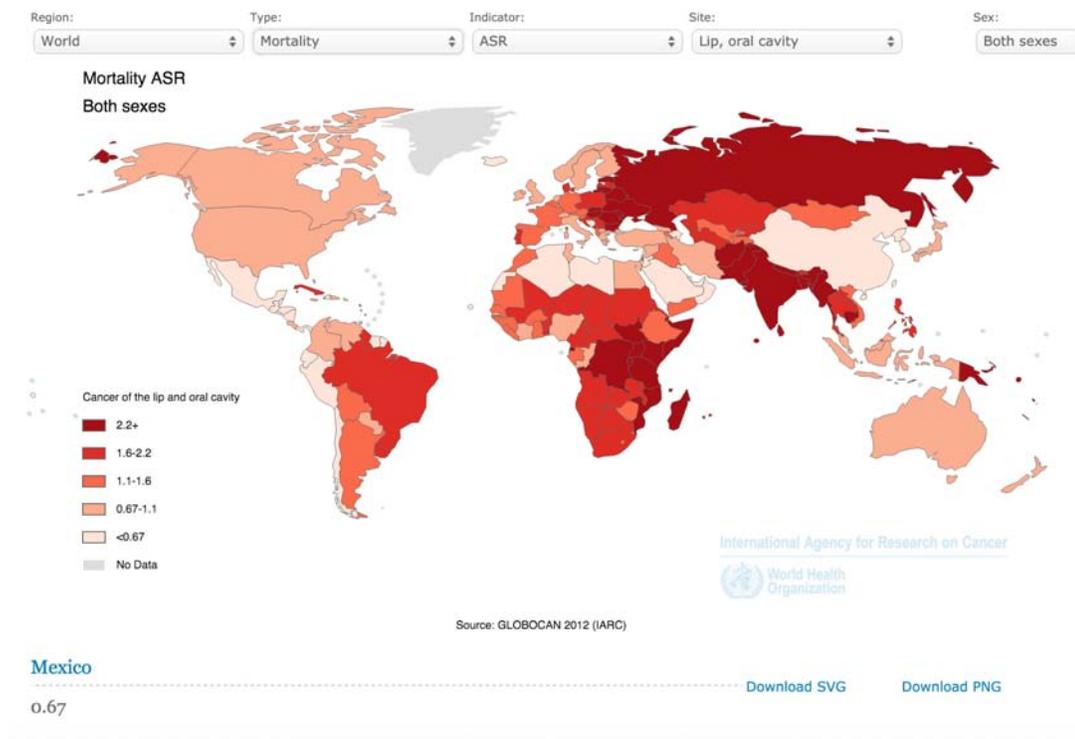


Fig. 28 Mapa de mortalidad del cáncer oral

Fuente: Globocan 2012³⁹

7.10 Síndrome de boca ardorosa

Este síndrome fue categorizado como enfermedad en el año 2004 por la Sociedad Internacional de Cefaleas. Esta describió el Síndrome de boca ardorosa como una sensación de ardor intraoral sin una causa médica o dental.

El criterio de diagnóstico consiste en un dolor diario en la boca sin alteraciones en la mucosa y sin enfermedades locales o sistémicas.

Los estudios epidemiológicos estiman una prevalencia entre el 2.6%-5.1%. La prevalencia reportada en estudios internacionales ha sido entre 0.7%- 4.6%. La edad promedio de aparición de los síntomas se da entre los 55 y 60 años y los casos antes de los 30 son raros. La relación entre mujeres y hombres puede ser de 3:1 hasta 16:1; más del 90% de las mujeres con este síndrome están en la etapa premenopausica, pero el ardor puede presentarse 3 años antes de la menopausia o 12 años después.

Lamey y Lewis clasificaron el síndrome en 3 tipos dependiendo de la intensidad del dolor:

Tipo 1. Representa el 35% de los casos y se caracteriza porque los pacientes tienen ardor todos los días, los síntomas se presentan conforme avanza el día pero al despertar no existe ardor, el ardor más intenso se presenta en la tarde. Puede estar relacionado a alteraciones sistémicas tales como deficiencias nutricionales y desórdenes endócrinos.

Tipo 2. Representa el 55% de los casos. Se presenta todos los días al despertar y la conciliación del sueño se vuelve difícil. Los pacientes reportan cambios en hábitos alimenticios, y el deseo de socializar disminuye, atribuido a las alteraciones del sueño.

Tipo 3. Representa el 10% de los casos. Se caracteriza por tener ardor intermitente y solo algunos días. Los lugares afectados son el piso de boca, mucosa bucal y garganta, los pacientes muestran ansiedad y reacciones alérgicas particularmente con aditivos alimentarios.

Scala et al. clasificó el Síndrome de boca ardorosa en:

1. Primario: No se identifican causas sistémicas o locales relacionadas.
2. Secundario: Se relaciona con condiciones patológicas que pueden ser loca-

les o sistémicas. Estos pacientes responden favorablemente al tratamiento de la causa a la que se asocia el dolor.

Se presume que la etiología es multifactorial involucrando la interacción entre el mecanismo neurofisiológico y factores psicológicos.⁴¹



Fig.30 Sintomatología del Síndrome de boca ardorosa.

Fuente: oralmaxilofacial.com

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente los estudios de prevalencia de las lesiones de la mucosa oral en pacientes de la tercera edad son escasos, los que existen se limitan al estudio patológico de los órganos dentales, de la relación de las lesiones de tejidos blandos y duros con el uso de los aparatos protésicos o relacionados con enfermedades sistémicas.

4. JUSTIFICACIÓN

Es importante aclarar que hablar de salud dental y salud bucal no es lo mismo; la salud bucal implica una visión más amplia que solo órganos dentales. Algunas de las fallas en cuanto a la práctica odontológica de nuestros días es que no se presta atención a los tejidos blandos de la boca lo cual debe comenzar a cambiar, porque en ellos se reflejan ciertas condiciones del resto del organismo que pueden ayudarnos a diagnosticar otro tipo de enfermedades sistémicas, además de ser tejidos que sufren e involucran patologías específicas, y que si no son atendidas a tiempo el pronóstico puede ser desfavorable para el individuo.

Los pacientes de la tercera edad tienen condiciones diferentes en los tejidos de la boca porque todo comienza a cambiar como producto del envejecimiento, si asociamos esto a la falta de interés del paciente geriátrico por su cuidado, nos daremos cuenta de que para el momento en que ingrese a una institución la cantidad de necesidades estomatológicas serán muchas y los tratamientos limitados.

Las estadísticas de las lesiones de la mucosa oral en México son pobres, porque se realizan en un corto periodo de tiempo y con una muestra pequeña y pocas porque realmente no hay instituciones de atención especializada en ello, son pocos los profesionales del sector privado que analizan verdaderamente la situación y hablar de atención bucal y dental en instituciones públicas es prácticamente una utopía.



5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

- Conocer la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral que presentan los pacientes geriátricos que acuden a la clínica de medicina bucal de la DEPEl en el periodo del año 2006 al 2015.

5.2 Objetivos específicos:

- Identificar si existe alguna relación entre la localización de las lesiones de la mucosa oral con la edad.
- Identificar si existe alguna relación entre el tipo de lesión de la mucosa oral con la edad.
- Comparar la prevalencia de las lesiones de la mucosa oral y la localización de las mismas en dos grupos de estudio, los pacientes no geriátricos (menores de 60 años) y los pacientes geriátricos (de 60 años y mayores).
- Determinar si existe alguna relación entre la localización de las lesiones de la mucosa oral con el género de los pacientes geriátricos.
- Determinar si existe alguna relación entre el tipo de lesión de la mucosa oral con el género los pacientes geriátricos.
- Identificar las regiones anatómicas, de los pacientes geriátricos, más afectadas y determinar el tipo de lesión de mayor prevalencia en ellas.

6. METODOLOGÍA

Para esta investigación se realizó un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo y transversal con la finalidad de dar a conocer las lesiones de la mucosa oral que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes mayores de 60 años en la clínica de medicina bucal de la DEPEl, F.O.

Se realizó una revisión inicial de 5,321 expedientes, de los cuales se eliminaron 282 por no contar con los datos suficientes para su análisis (edad, género y diagnóstico). Posteriormente se eliminaron 834, debido a que las lesiones

registradas en las historias clínicas son de tipo óseo y de la articulación temporomandibular las cuales no pertenecen al objetivo de la investigación.

Se registró un total de 4,169 expedientes con los siguientes datos completos: folio, nombre, fecha, edad, género, diagnóstico y localización de la lesión. Además de estos, se tomaron en cuenta 36 expedientes que carecían de localización, pero se decidió utilizarlos pues el diagnóstico era significativo.

De este modo, el total de expedientes de pacientes, revisados en el periodo del año 2006 al 2015, con los que se trabajó fue de 4,205.

Para fines de este estudio las lesiones de la mucosa oral se agruparon de acuerdo a la naturaleza de las mismas y con base a la clasificación MIND:

Metabólicas: nutricionales, hormonales.

Inflamatorias: infecciosas, reactivas, hiperplásicas, autoinmunes y traumáticas.

Neoplásicas: benignas, malignas y premalignas.

Del desarrollo: quísticas, hereditarias y congénitas

Los datos obtenidos fueron registrados en una base de datos en Excel y posteriormente fueron analizados en el programa estadístico IBM SPSS versión 21 para el análisis de los mismos.

A pesar de que el grupo de estudio de nuestro interés lo conforman los pacientes de edad avanzada se analizaron los datos de los pacientes menores de 60 años con la finalidad de comparar ambos grupos.

6.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos atendidos en la clínica de medicina bucal de la DEPEI, FO.
- Pacientes con expediente cuyo diagnóstico pertenezca a alguna lesión de la mucosa oral.
- Expedientes de pacientes atendidos en la clínica de medicina bucal de la DEPEI con los datos completos.

6.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con expediente cuyo diagnóstico clínico o histopatológico



sea de tejido óseo o algún otro que no corresponda a la mucosa oral.

- Expedientes de pacientes que no contengan datos completos tales como: edad, sexo o diagnóstico.

6.3 Variables de estudio

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	OPERACIONALIZACIÓN
Edad Variable independiente	Periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo.	Se determinará en dos grupos, los pacientes menores de 60 años, considerados pacientes no geriátricos, y los de 60 años y mayores, considerados pacientes geriátricos.
Género Variable independiente	El género hace referencia a una clasificación de individuos o cosas en la que los mismos pueden ser ordenados según rasgos o particularidades que los caractericen.	El género de los pacientes se determinará en cuanto a factores biológicos reportados en el expediente clínico: femenino o masculino.
Localización Variable independiente	Ubicación de algo en un espacio determinado.	La localización de las lesiones se determinará de acuerdo a las regiones anatómicas de la cavidad oral: Labios, mucosa labial, mucosa yugal, piso de boca, mucosa oral generalizada, encía, lengua, dorso de la lengua, vientre de la lengua, bordes de la lengua, paladar, paladar duro, paladar blando, istmo de las fauces, piel, glándulas salivales mayores y localización combinada, que corresponde a dos o más de las regiones anatómicas antes mencionadas.
Diagnóstico Variable dependiente	Resultado final emitido, posterior a una serie de análisis observacionales y de laboratorio respecto a alguna afección.	Las lesiones se agruparán según la clasificación MIND en: Metabólicas, Inflamatorias, Neoplásicas y Del desarrollo.

Los datos recopilados en este estudio se utilizarán únicamente para el análisis epidemiológico y con fines científicos.

Los datos personales de los pacientes contenidos en los expedientes clínicos son confidenciales.

7. RESULTADOS

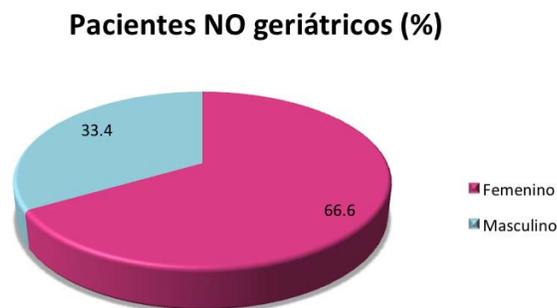
El total de pacientes menores de 60 años (no geriátricos) fue de 2,799 y el total de pacientes de 60 años y mayores (geriátricos) fue de 1,406. (Tabla 1)

El total de pacientes del género femenino fue de 2,841 y el total de pacientes del género masculino fue de 1,364.

Tabla 1. Población de estudio distribuidos por edad y género

	Pacientes NO geriátricos	Pacientes geriátricos
GÉNERO	FRECUENCIA	FRECUENCIA
Femenino	1863 (66.6%)	978 (69.6%)
Masculino	936 (33.4%)	428 (30.4%)
Total	2799	1406

En la Gráfica 1 se observa que el 67% de los pacientes no geriátricos son del género femenino, mientras que el 33% son del género masculino.



Gráfica 1.

En la Gráfica 2 se observa que de los pacientes geriátricos el 70% son del género femenino y el 30% son del género masculino.

Es notable que la proporción de mujeres en ambos grupos de estudio es de aproximadamente dos tercios del total, es decir que de todos los pacientes que acuden a la clínica de medicina bucal las mujeres representan una mayoría.



Gráfica 2.

En la Tabla 2 se muestra que en el grupo de los pacientes no geriátricos la edad mínima registrada fue 1 año, mientras que la edad máxima fue de 59 años con un promedio de 39.49 y desviación estándar de 15.901.

En el grupo de los pacientes geriátricos la edad mínima es de 60 años y la edad máxima es de 92 años con un promedio de 68.62 y desviación estándar de 6.773.

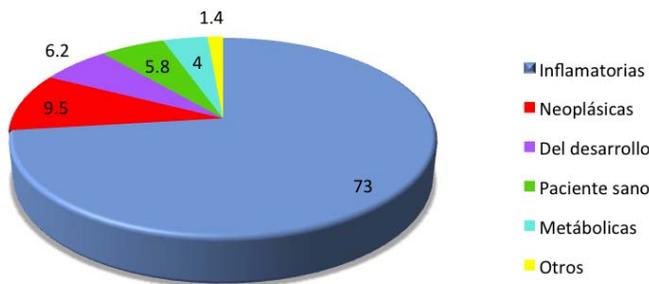
Tabla 2.

Grupo de estudio	Total	Mínima	Máxima	Media	Desviación estándar
Paciente no geriátrico	2799	1	59	39.49	15,901
Paciente geriátrico	1406	60	92	68.62	6,773

Tabla 3. Distribución de los tipos de lesiones en relación a la edad.

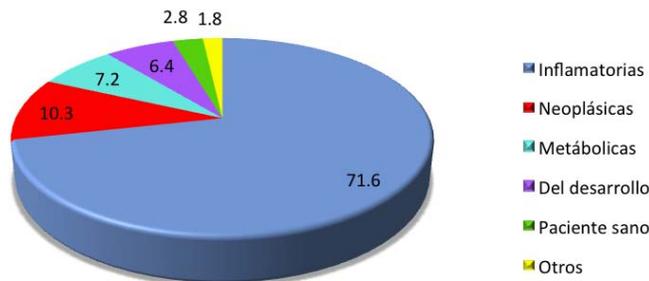
	Paciente NO geriátrico	Paciente geriátrico		
TIPO DE LESIÓN	FRECUENCIA	FRECUENCIA	Diferencia relativa	χ^2
Metabólicas	112 (4%)	101 (7.2%)	80%	0.00
Inflamatorias	2044 (73%)	1006 (71.6%)		NS
Neoplásicas	267 (9.5%)	145 (10.3%)		NS
Del desarrollo	173 (6.2%)	90 (6.4%)		NS
Paciente sin lesiones en la mucosa oral	163 (5.8%)	39 (2.8%)	107.10%	0.00
Otros	40 (1.4%)	25 (1.8%)		NS
Total	2799 (100%)	1406 (100%)		

Tipos de lesiones presentadas en los pacientes NO geriátricos (%)



Gráfica 3.

Tipo de lesiones presentadas en los pacientes geriátricos (%)



Gráfica 4.

La Tabla 3 expresa la comparación de las lesiones de la mucosa oral entre los dos grupos de estudio, es decir la relación de éstas con la edad de los pacientes.

En las gráficas 3 y 4 se observa que las lesiones inflamatorias son las de mayor prevalencia en ambos grupos de estudio, con una frecuencia de 2,044 (73%) para los pacientes no geriátricos y una frecuencia de 1006 (71.6%) para los pacientes geriátricos.

Seguidas de éstas se encuentran las lesiones



neoplásicas. En los pacientes no geriátricos representan el 9.5% de las lesiones de este tipo y en los pacientes geriátricos el 10.3%; en este caso los valores son similares en ambos grupos, siendo ligeramente mayores en el grupo de los pacientes geriátricos.

En las lesiones metabólicas la diferencia entre los valores es significativa, pues en los pacientes no geriátricos se presentan en un porcentaje de 4% y en los pacientes geriátricos en un porcentaje de 7.2%.

En el caso de las lesiones del desarrollo los resultados expresan datos similares representando el 6.2% en los pacientes no geriátricos y el 6.4% en los pacientes geriátricos.

En este apartado cabe mencionar que muchos de los pacientes remitidos a la Clínica de medicina bucal de la DEPEl presentan variaciones de lo normal que un muchas ocasiones suelen ser confundidos con alguna lesión; estos pacientes han sido catalogados como pacientes sanos.

El grupo de edad en el que más pacientes sanos hubo fue en el de los pacientes no geriátricos representados por el 5.8%, en tanto que en los pacientes geriátricos fue de 2.8%.

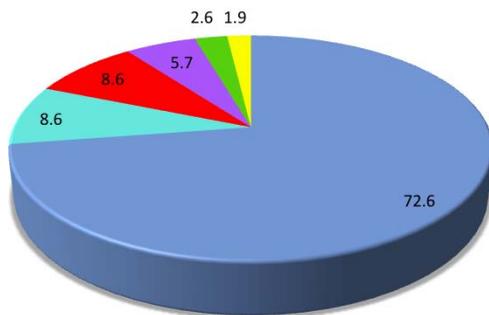
En la categoría “otros” se incluyen lesiones de tipo iatrogénico como tatuajes por amalgama, en su mayoría. No existe gran diferencia entre los dos grupos de estudio, puesto que en los pacientes no geriátricos estas lesiones representan el 1.4% y en los pacientes geriátricos el 1.8%.

Tabla 4. Distribución de los tipos de lesiones en relación al género de los pacientes geriátricos.

TIPO DE LESIÓN	Pacientes geriátricos del género femenino	Pacientes geriátricos del género masculino	Diferencia relativa	χ ²
	FRECUENCIA	FRECUENCIA		
Metabólicas	84 (8.6%)	17 (4.4%)	95.40%	0.002
Inflamatorias	710 (72.6%)	296 (69.2%)		NS
Neoplásicas	84 (8.6%)	61 (14.3%)	66.20%	0.001
Del desarrollo	56 (5.7%)	17 (3.9%)	38.50%	0.172
Paciente sin lesiones en la mucosa oral	25 (2.6%)	14 (3.3%)		NS
Otros	19 (1.9%)	6 (1.2%)		NS
Total	978 (100%)	428 (100%)		

Tipos de lesiones presentadas en los pacientes geriátricos del género femenino (%)

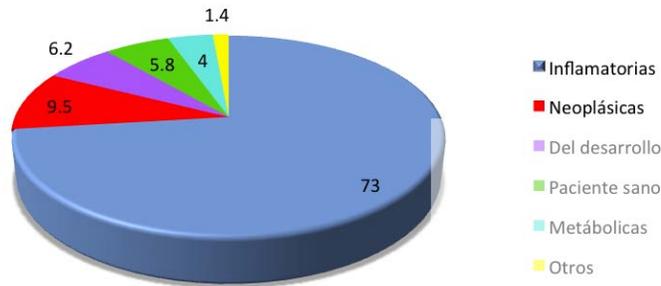
■ Inflamatorias ■ Metabólicas ■ Neoplásicas ■ Del desarrollo ■ Paciente sano ■ Otros



Gráfica 5.

En la Tabla 4. se muestra una comparativa de los tipos de lesiones relacionados con el género de los pacientes. En las gráficas 5 y 6 se muestra la misma relación en porcentajes. Se observa que las lesiones de tipo inflamatorio son predominantes en ambos géneros con el 72.6% en los pacientes geriátricos del género femenino y el 69.2% en los pacientes geriátricos del género masculino. Las lesiones metabólicas ocupan el segundo lugar de la tabla para las mujeres con 8.6% del total de lesiones y en los hombres ocupan el cuarto lugar con un porcentaje de 4.4%; estas son cifras importantes y marcan diferencia, ya que en las mujeres este tipo de lesiones representan aproximadamente el doble que en los hombres.

Tipos de lesiones presentadas en los pacientes NO geriátricos (%)



Gráfica 6.

Los valores de las lesiones neoplásicas también registran datos importantes debido a que el porcentaje de éstas en los hombres (14.3%) es casi el doble que en las mujeres (8.6%). En los hombres los valores correspondientes a las lesiones del desarrollo son menores con un porcentaje de 3.9% que en las mujeres con un porcentaje de 5.7%. Se registraron más pacientes sanos del género femenino (2.6%) que del género masculino (3.3%). La categoría de “otros” presenta porcentajes similares en ambos sexos sin datos relevantes.

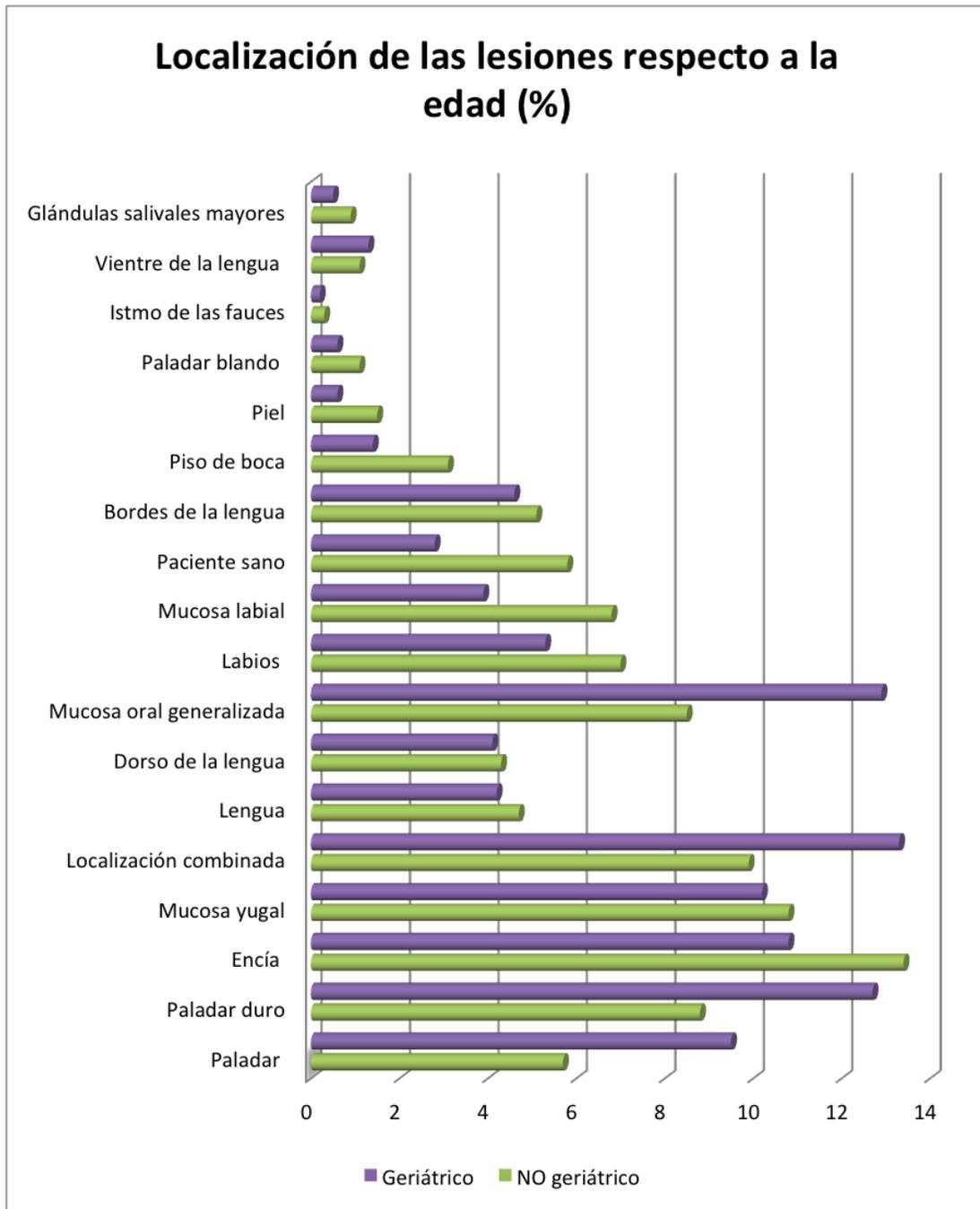
Para el análisis de la Tabla 5 y las Gráficas 7 y 8 es preciso aclarar que se decidió registrar por separado la zona anatómica de paladar y paladar duro al igual que la de lengua y el dorso de la lengua para la elaboración de las tablas por estar registrado de esa manera en el expediente clínico, sin embargo para fines estadísticos serán tomados en cuenta como zonas conjuntas.

El mismo procedimiento se llevó a cabo en el caso del paladar blando y el istmo de las fauces, pues son zonas anatómicas que se encuentran relacionadas entre sí.

Es también importante aclarar que la categoría “localización combinada” se refiere a que la región afectada abarca dos o más zonas anatómicas y la categoría “mucosa oral generalizada” se refiere a que la mucosa oral se encuentra afectada en su totalidad.

Tabla 5. Relación de la localización de las lesiones con la edad

LOCALIZACIÓN	Paciente NO geriátrico		Paciente geriátrico		Diferencia relativa	X ²
		FRECUENCIA		FRECUENCIA		
Paladar	404 (14.5%)	159 (5.7%)	312 (22.2 %)	134 (9.5%)	53.10%	0.00
Paladar duro		245 (8.8%)		178 (12.7%)		
Encía		374 (13.4%)		152 (10.8%)		NS
Mucosa yugal		301 (10.8%)		143 (10.2%)		NS
Localización combinada		276 (9.9%)		187 (13.3%)	34.30%	0.00
Lengua	252 (9 %)	131 (4.7%)	117 (8.3%)	59 (4.2%)		NS
Dorso de la lengua		121 (4.3%)		58 (4.1%)		
Mucosa oral generalizada		237 (8.5%)		182 (12.9%)	51.70%	0.00
Labios		195 (7%)		74 (5.3%)	32%	0.033
Mucosa labial		190 (6.8%)		55 (3.9%)	74.30%	0.00
Paciente sin lesiones en la mucosa oral		163 (5.8%)		40 (2.8%)		NS
Bordes de la lengua		143 (5.1%)		65 (4.6%)		NS
Piso de boca		88 (3.1%)		20 (1.4%)	121.40%	0.00
Piel		41 (1.5%)		8 (0.6%)		NS
Paladar blando	39 (1.4%)	30 (1.1%)	11 (0.8 %)	8 (0.6%)		NS
Istmo de las fauces		9 (0.3%)		3 (0.2%)		
Ventre de la lengua		34 (1.1%)		18 (1.3%)		NS
Glándulas salivales mayores		26 (0.9%)		7 (0.5%)		NS
Total		2763 (98.7%)		1391 (98.9%)		
Faltantes		36 (1.3%)		15 (1.1%)		
Total		2799 (100%)		1406 (100%)		



Gráfica 7

La Tabla 5. compara las zonas anatómicas afectadas por las lesiones registradas tanto en los pacientes no geriátricos como en los pacientes geriátricos.

Las diferencias que se observan en la gráfica 7 muestran datos interesantes. Se muestra que en ambos grupos de edad la zona anatómica más afectada es la del paladar. Sin embargo, se debe remarcar que en los pacientes geriátricos la afectación de ésta zona representa casi el doble (22.2%) que en los pacientes no geriátricos (14.5%).

La encía se encuentra mayormente afectada en los pacientes no geriátricos (13.4%) que en los pacientes geriátricos (10.8%).

El paladar blando e istmo de las fauces se encuentra más afectado en el grupo de edad de los pacientes no geriátricos en un porcentaje de 1.4%, en los pacientes geriátricos el porcentaje es de 0.8%.

Los pacientes geriátricos presentaron más lesiones combinadas (13.3%) que los pacientes no geriátricos (9.9%), es decir que dos o más zonas anatómicas de la cavidad oral están afectadas.

El porcentaje de afectación de la mucosa yugal en ambos pacientes es muy similar, representando un porcentaje de 10.8% en los pacientes no geriátricos y un 10.2% en los pacientes geriátricos.

El porcentaje de la categoría mucosa oral generalizada es mayor en el caso de los pacientes geriátricos con 12.9% a diferencia de los pacientes no geriátricos que muestran un porcentaje de 8.5%.

En el caso de la lengua tampoco se muestran datos importantes, ya que en los pacientes menores de 60 años está afectada el 9% y en los pacientes geriátricos el grado de afectación es del 8.3%.

La afectación de los bordes de la lengua no muestra mucha diferencia entre los dos grupos de edad, en los pacientes no geriátricos el porcentaje es de 5.1% y en los pacientes geriátricos es de 4.6%.

Los labios se encuentran más afectados en los pacientes no geriátricos en un porcentaje de 7%, en tanto que en los pacientes geriátricos el porcentaje es de 5.3%.

De igual manera sucede con la mucosa labial. En los pacientes no geriátricos



el porcentaje de afectación corresponde a casi el doble (6.8%) que en los pacientes no geriátricos (3.9%). Esta cifra también es significativa.

El piso de boca se encuentra más afectado en los pacientes no geriátricos (3.1%) que en los pacientes geriátricos y la cifra es remarcable, puesto que representa el doble del porcentaje de afectación en el otro grupo de edad (1.4%). El vientre de la lengua está afectado de igual forma en ambos grupos de edad.

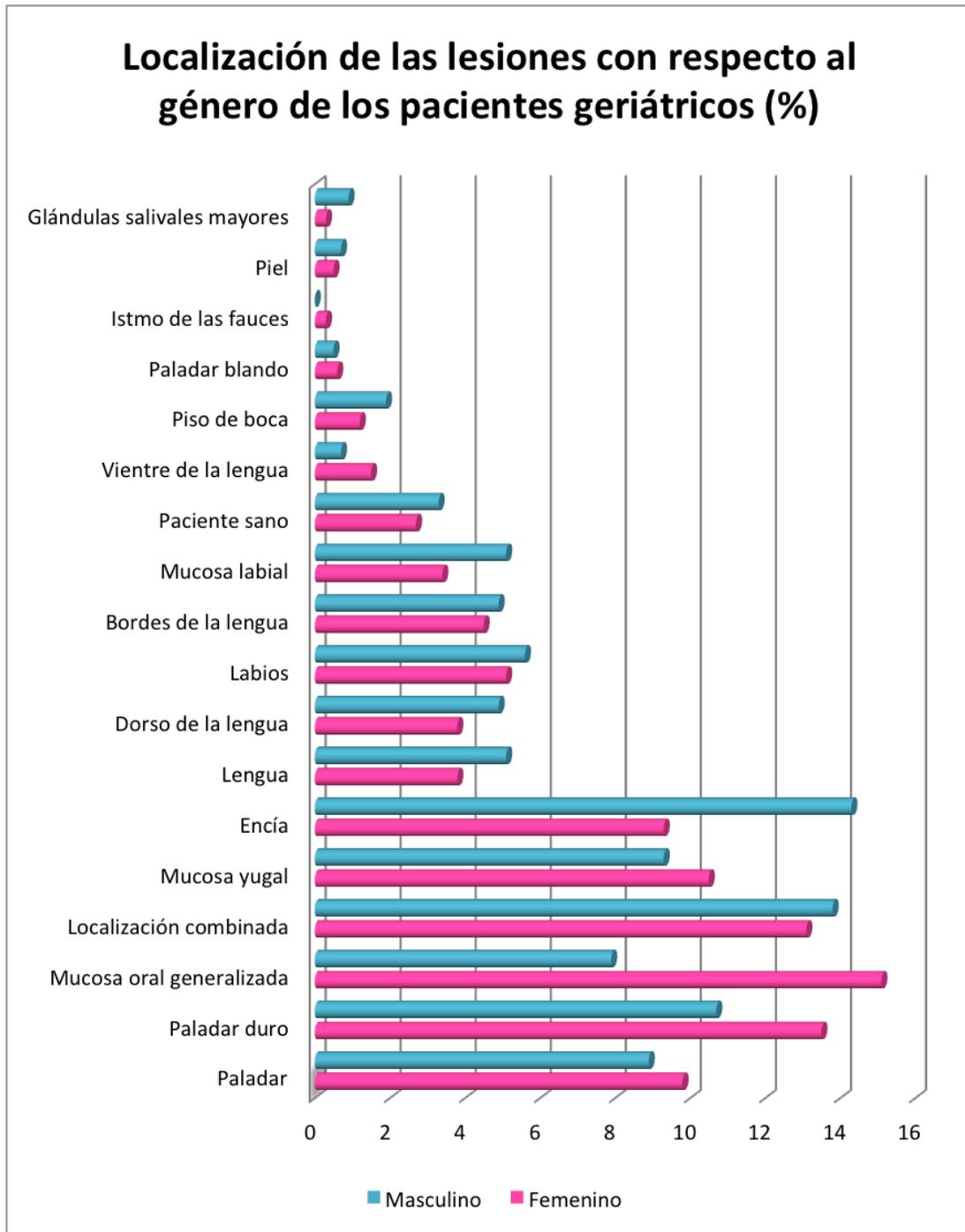
En el caso de la piel la afectación mayor la representan los pacientes no geriátricos en un porcentaje de 1.5%, siendo esta cifra importante de resaltar porque representa casi el triple que el porcentaje correspondiente a esta categoría en los pacientes geriátricos, siendo éste de 0.6%.

Las glándulas salivales mayores no muestran datos diferenciales significativos en ambos grupos de edad y éstas representan la zona anatómica menos afectada.

A manera de resumir estos datos se puede decir que las zonas anatómicas que muestran diferencias significativas por mostrar mayor porcentaje de afectación en los pacientes geriátricos y que merecen ser evaluadas cuidadosamente dentro de este estudio son: el paladar duro y la mucosa oral generalizada.

Tabla 6. Relación del género de los pacientes geriátricos con la localización de las lesiones.

LOCALIZACIÓN	Pacientes geriátricos del género femenino		Pacientes geriátricos del género masculino		Diferencia relativa	X ²
		FRECUENCIA		FRECUENCIA		
Paladar	228 (23.3 %)	96 (9.8%)	84 (19.6 %)	38 (8.9%)	18.80%	0.125
Paladar duro		132 (13.5%)		46 (10.7%)		
Mucosa oral generalizada		148 (15.1%)		34 (7.9%)	91.10%	0.00
Localización combinada		128 (13.1%)		59 (13.8%)		NS
Mucosa yugal		103 (10.5%)		40 (9.3%)		NS
Encía		91 (9.3%)		61 (14.3%)	53.70%	0.006
Lengua	74 (7.6 %)	37 (3.8%)	44 (10 %)	22 (5.1%)	31.50%	0.091
Dorso de la lengua		37 (3.8%)		21 (4.9%)		
Labios		50 (5.1%)		24 (5.6%)		NS
Bordes de la lengua		44 (4.5%)		21 (4.9%)		NS
Mucosa labial		33 (3.4%)		22 (5.1%)	50%	0.116
Paciente sin lesiones en la mucosa oral		26 (2.7%)		14 (3.3%)		NS
Vientre de la lengua		15 (1.5%)		3 (0.7%)	114.30%	NS
Piso de boca		12 (1.2%)		8 (1.9%)		NS
Paladar blando	9 (0.9 %)	6 (0.6%)	2 (0.5 %)	2 (0.5%)	80%	NS
Istmo de las fauces		3 (0.3%)		0		
Piel		5 (0.5%)		3 (0.7%)		NS
Glándulas salivales mayores		3 (0.3%)		4 (0.9%)		NS
Total		969 (99.1%)		422 (98.6%)		
Faltantes		9 (0.9%)		6 (1.4%)		
Total		978 (100%)		428 (100%)		



Gráfica 8.

La Tabla 6. muestra la comparación entre el género femenino y masculino y la relación de ellos con la localización de las lesiones en la mucosa oral.

En la gráfica 8 se muestra que nuevamente la zona más afectada en ambos sexos es el paladar. En el caso de las mujeres el porcentaje es mayor (23.3%) que en los hombres (19.6%).

En el caso de la encía la diferencia entre ambos sexos es importante y significativa puesto que en las mujeres la afectación de ésta zona anatómica es del 9.3%, mientras que en los hombres está afectada en un porcentaje de 14.3%.

Las mujeres muestran una mayor afectación de toda la mucosa de la cavidad oral con un porcentaje de 15.1% a diferencia de los hombres en los que la afectación corresponde al 7.1%. Este caso muestra grandes diferencias entre ambos sexos.

La mucosa yugal tampoco demuestra grandes diferencias respecto al género, en las mujeres representa el 10.5% del total y en los hombres del 9.3%.

Las lesiones en zonas anatómicas combinadas se presentaron en el mismo porcentaje en los pacientes del género femenino y masculino, 13.1% y 13.8% respectivamente.

El dorso de la lengua se encuentra más afectado en el caso del género masculino (10%) que en el género femenino (7.6%).

A diferencia del dorso de la lengua, el vientre de la lengua está mayormente afectado en el género femenino (1.5%) que en el género masculino (0.7%).

La zona de los bordes de la lengua no muestra datos similares a las demás zonas de la lengua ya que los datos no discrepan tanto entre sí.

La zona de los labios muestra porcentajes similares en ambos géneros. En el género femenino corresponde al 5.1% y en el género masculino corresponde al 5.6%.

La mucosa labial en las mujeres se encuentra menos afectada (3.4%) que en los hombres (5.1%).

El cuanto al piso de boca tampoco se observan datos significativos ya que la diferencia es muy poca entre los dos grupos. En el caso de los hombres corresponde al 1.9% y en las mujeres al 1.2%.



No se registro ninguna lesión en el istmo de las fauces del género masculino pero en el género femenino sí con un porcentaje del 3%. En el paladar blando de igual forma la mayor afectación la tuvieron las mujeres con 6% y los hombres presentaron el 0.5%.

En los hombres las glándulas salivales mayores se encuentran más afectadas (0.9%) que en las mujeres (0.3%). Esto demuestra datos importantes de remarcar porque aunque las glándulas son de las estructuras menos afectadas en comparación con las anteriores mencionadas, el porcentaje que representa al género masculino es el triple del porcentaje que representa a las mujeres.

En el caso de la piel no se observan resultados importantes. En los hombres el porcentaje de afectación fue de 0.7% y en las mujeres de 0.5%.

Se encontraron más pacientes sanos del género femenino que del género masculino.

Las zonas más afectadas en el género femenino fueron: Paladar duro, mucosa oral generalizada, vientre de la lengua, istmo de las fauces y paladar blando.

Las zonas más afectadas en el género masculino fueron: Encía, dorso de la lengua, mucosa labial y glándulas salivales mayores.

Tabla 7. Relación de las localizaciones y tipos de lesiones en los paciente no geriátricos

	LOCALIZACIÓN							
	Paladar		Paladar duro		Encía		Mucosa yugal	
	Paciente geriátrico	Paciente NO geriátrico						
Metabólicas	3 (2.2%)	1 (0.6%)	1 (0.6%)	2 (0.8%)	1 (0.7%)	1 (0.3%)	1 (0.7%)	3 (1%)
Inflamatorias	123 (91.8%)	132 (83%)	159 (89.3%)	221 (90.2%)	110 (72.4%)	295 (78.9%)	105 (73.4%)	233 (77.4%)
Neoplásicas	5 (3.7%)	17 (10.7%)	10 (5.6%)	18 (7.3%)	17 (11.2%)	36 (9.6%)	24 (16.8%)	40 (13.3%)
Del desarrollo	2 (1.5%)	8 (5%)	8 (4.5%)	2 (0.8%)	9 (5.9%)	20 (5.3%)	10 (7%)	20 (6.6%)
Otros	1 (0.7%)	1 (0.6%)	0	2 (0.8%)	15 (9.9%)	22 (5.9%)	3 (2.1%)	5 (1.7%)
Total	134 (100%)	159 (100%)	178 (100%)	245 (100%)	152 (100%)	374 (100%)	143 (100%)	301 (100%)

Tabla 7.1

	LOCALIZACIÓN							
	Localización combinada		Lengua		Dorso de la lengua		Mucosa oral generalizad	
	Paciente geriátrico	Paciente NO geriátrico	Paciente geriátrico	Paciente NO geriátrico	Paciente geriátrico	Paciente NO geriátrico	Paciente geriátrico	Paciente NO geriátrico
Metabólicas	21 (11.2%)	19 (6.9%)	10 (16.9%)	20 (15.3%)	3 (5.2%)	2 (1.7%)	57 (31.3%)	56 (23.6%)
Inflamatorias	142 (75.9%)	226 (81.9%)	31 (52.5%)	71 (54.2%)	35 (60.3%)	80 (66.1%)	115 (63.2%)	165 (69.6%)
Neoplásicas	11 (5.9%)	11 (4%)	9 (15.3%)	10 (7.6%)	12 (20.7%)	18 (14.9%)	4 (2.2%)	4 (1.7%)
Del desarrollo	10 (5.3%)	17 (6.2%)	9 (15.3%)	29 (22.2%)	7 (12.1%)	20 (16.5%)	5 (2.7%)	12 (5.1%)
Otros	3 (1.6%)	3 (1.1%)	0	1 (0.8%)	1 (1.7%)	1 (0.8%)	1 (0.5%)	0
Total	187 (100%)	276 (100%)	59 (100%)	131 (100%)	58 (100%)	121 (100%)	182 (100%)	237 (100%)



Tabla 7.2

	LOCALIZACIÓN							
	Labios		Mucosa labial		Bordes de la lengua		Piso de boca	
	Paciente geriátrico	Paciente NO geriátrico						
Metabólicas	2 (2.7%)	0	0	1 (0.5%)	0	4 (2.8%)	0	0
Inflamatorias	55 (74.3%)	146 (74.9%)	47 (85.5%)	179 (94.2%)	42 (64.6%)	102 (71.3%)	11 (55%)	78 (8.6%)
Neoplásicas	14 (18.9%)	25 (12.8%)	5 (9.1%)	7 (3.7%)	16 (24.6%)	34 (23.8%)	4 (20%)	5 (5.7%)
Del desarrollo	3 (4.1%)	22 (11.3%)	3 (5.5%)	3 (1.6%)	7 (10.8%)	3 (2.1%)	5 (25%)	3 (3.4%)
Otros	0	2 (1%)	0	0	0	0	0	2 (2.3%)
Total	74 (100%)	195 (100%)	55 (100%)	190 (100%)	65 (100%)	143 (100%)	20 (100%)	88 (100%)

Tabla 7.3

	LOCALIZACIÓN									
	Piel		Paladar blando		Istmo de las fauces		Ventre de la lengua		Glándulas salivales mayores	
	Paciente geriátrico	Paciente NO geriátrico	Paciente geriátrico	Paciente NO geriátrico						
Metabólicas	0	0	0	0	0	0	1 (5.6%)	0	0	1 (3.8%)
Inflamatorias	1 (12.5%)	14 (34.1%)	5 (62.5%)	25 (83.3%)	3 (100%)	7 (77.8%)	11 (61.1%)	32 (94.1%)	3 (42.9%)	13 (50%)
Neoplásicas	4 (50%)	20 (48.8%)	1 (12.5%)	4 (13.3%)	0	1 (11.1%)	4 (22.2%)	2 (5.9%)	2 (28.6%)	11 (42.3%)
Del desarrollo	3 (37.5%)	7 (17.1%)	2 (25%)	1 (3.3%)	0	1 (11.1%)	2 (11.1%)	0	2 (28.6%)	1 (3.8%)
Otros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	8 (100%)	41 (100%)	8 (100%)	30 (100%)	3 (100%)	9 (100%)	18 (100%)	34 (100%)	7 (100%)	26 (100%)

De acuerdo a las tablas 8 y 9 se describirá la afección que se encontró en cada zona anatómica y las variaciones de los tipos de lesiones que en ellas se presentan en relación con la edad de los pacientes.

- **Paladar:** Los tipos de lesiones de mayor prevalencia en esta zona y en ambos grupos de edad son las inflamatorias, sin mostrar gran diferencia entre los pacientes geriátricos y los no geriátricos. A estas lesiones le siguen las lesiones neoplásicas que muestran una importante variación entre los dos grupos de edad, puesto que en los pacientes geriátricos el porcentaje es mayor (8.6%), representando el doble de los datos reportados en los pacientes no geriátricos (4.8%).

Las lesiones del desarrollo igualan valores en los dos grupos de edad.

Las lesiones de tipo metabólicas expresan números mayores en el caso de los pacientes geriátricos (0.9%) que en los pacientes no geriátricos (0.7%).

Las lesiones involucradas en la categoría “otros” se manifiestan más en los pacientes no geriátricos.

- **Encía:** Las lesiones que más afectan la encía son las de tipo inflamatorio sin mostrar variaciones significativas en ambos grupos.

En los pacientes geriátricos el porcentaje de lesiones neoplásicas es mayor (11.2%) que en los pacientes no geriátricos (9.6%).

El dato más importante en ésta zona lo tienen las lesiones pertenecientes a la categoría “otros”, en los pacientes geriátricos es mayor (9.9%) que en los pacientes no geriátricos (5.9%).

Los valores de las lesiones del desarrollo son similares en los dos grupos.

El porcentaje de las lesiones metabólicas de la encía es mayor en los pacientes geriátricos (0.7%) que en los pacientes no geriátricos (0.3%).

- **Mucosa yugal:** Nuevamente las lesiones de tipo inflamatorio dominan las afecciones de esta zona sin representar alguna variación significativa en ninguno de los dos grupos de edad.

Las lesiones metabólicas, las del desarrollo y “otros” tampoco presentan mucha variación entre los pacientes geriátricos y los no geriátricos, los números son similares sin diferencias significativas. Sin embargo las lesiones neoplásicas se manifestaron más en los pacientes geriátricos (16.8%) que en los



pacientes no geriátricos (13.3%).

Es importante hacer énfasis en que a pesar de las diferencias ya descritas las lesiones de la mucosa yugal fueron más frecuentes en los pacientes no geriátricos.

- Localización combinada: Los pacientes geriátricos manifestaron en proporción el mayor número de lesiones en dos o más zonas anatómicas de la cavidad oral, siendo las lesiones metabólicas las de mayor prevalencia (11.2%) en este grupo de edad, a diferencia de los pacientes no geriátricos en quienes se registro un porcentaje menor (6.9%).

Las lesiones de tipo inflamatorias, neoplásicas, del desarrollo y “otros” no expresan datos significativos en ninguno de los dos grupos de edad.

Esta categoría ocupa el cuarto lugar en la tabla de los pacientes no geriátricos, en tanto que en la tabla de los pacientes geriátricos ocupa el segundo lugar en orden descendente.

- Lengua y dorso de la lengua: Las diferencias más notables de esta zona anatómica la representan las lesiones neoplásicas y las lesiones del desarrollo.

Los pacientes geriátricos presentan el mayor porcentaje de lesiones neoplásicas en el dorso de la lengua (17.9%) a diferencia de los pacientes no geriátricos (11.1%).

En cambio, los pacientes no geriátricos presentan mayor número de las lesiones del desarrollo (19.4%), mientras que en los pacientes geriátricos el porcentaje es menor (13.6%)

Los demás tipos de lesiones no presentan variaciones significativas.

- Mucosa oral generalizada: De acuerdo a los resultados obtenidos, en los pacientes geriátricos la cavidad oral se ve más afectada en su totalidad, que en los pacientes no geriátricos.

Esta categoría ocupa el sexto lugar en la tabla de los pacientes no geriátricos, en tanto que en la tabla de los pacientes geriátricos ocupa el tercer lugar en orden descendente.

Las lesiones metabólicas se presentaron con mayor porcentaje en los pacientes geriátricos (31.3%) que en los pacientes no geriátricos (23.6%).

La variación entre las lesiones del desarrollo en los dos grupos de edad también fue significativa, ya que en los pacientes geriátricos el porcentaje fue menor (2.7%) que en los pacientes no geriátricos (5.1%).

En el caso las lesiones neoplásicas, inflamatorias y “otros” las variaciones no son significativas.

- **Labios:** Los pacientes no geriátricos no presentan lesiones metabólicas en los labios, los pacientes geriátricos presentan el 2.7% del total.

Las lesiones inflamatorias se presentan con el mismo porcentaje en ambos grupos de edad.

Las lesiones neoplásicas de los labios se presentan en un porcentaje mayor (18.9%) en los pacientes de la tercera edad a diferencia de los pacientes no geriátricos (12.8%).

En el caso de las lesiones del desarrollo los pacientes no geriátricos las presentan en mayor porcentaje (11.3%) que los pacientes geriátricos (4.1%).

Los pacientes no geriátricos presentaron el 1% de la categoría “otros” y los pacientes geriátricos no presentaron ninguna lesión de este tipo en los labios.

- **Mucosa labial:** La mucosa labial presentó más lesiones de tipo inflamatorio en los pacientes no geriátricos (94.2%) que en los pacientes geriátricos (85.5%).

Las lesiones neoplásicas se manifestaron en mayor medida en los pacientes geriátricos (9.1%) a diferencia de los pacientes no geriátricos (3.7%).

En los pacientes no geriátricos las lesiones del desarrollo fueron de mayor prevalencia (5.5%) y en los pacientes menores de 60 años la prevalencia fue menor (1.6%).

- **Bordes de la lengua:** En esta zona anatómica las lesiones metabólicas se presentaron en mayor porcentaje en los pacientes no geriátricos (2.8%), en los pacientes geriátricos no se presentó ninguna lesión de este tipo.

Las lesiones inflamatorias predominaron en los pacientes no geriátricos con un porcentaje de 71.3% a diferencia del otro grupo de edad en el que se presentaron en un porcentaje de 64.6%.

Las lesiones neoplásicas se presentaron en números casi iguales en esta zona anatómica en ambos grupos de edad, sin diferencias significativas, mientras



que las lesiones del desarrollo son significativamente mayores en los pacientes de la tercera edad (10.8%) que en los pacientes menores de 60 años (2.1%).

- **Piso de boca:** El piso de boca es una de las regiones anatómicas que más discrepancias presenta entre un grupo y otro.

Las lesiones de tipo inflamatorio se presentaron en mayor medida en el caso de los pacientes no geriátricos en un porcentaje de 88.6%, en los pacientes geriátricos estas mismas se presentaron en un 55%.

En los pacientes geriátricos las lesiones neoplásicas corresponden al 20%, mientras que en los no geriátricos corresponden al 5.7%.

Las lesiones del desarrollo se presentaron más en los pacientes geriátricos con 25% y en los pacientes no geriátricos el porcentaje fue 34%.

La categoría “otros” se manifestó en mayor medida en los pacientes no geriátricos (2.3%) que en los pacientes geriátricos en quienes no se presentó ninguna lesión de éste tipo.

- **Ventre de la lengua:** Las lesiones metabólicas del vientre de la lengua no se presentaron en los pacientes no geriátricos, en los pacientes geriátricos representan el 5.4% de las lesiones.

Las lesiones inflamatorias de esta zona se presentaron en mayor medida en los pacientes no geriátricos (94.1%) que en el otro grupo (61.1%).

Las lesiones neoplásicas en los pacientes geriátricos se presentaron más (22.2%) que en los pacientes no geriátricos (5.9%).

Los pacientes no geriátricos no presentaron lesiones del desarrollo en esta zona anatómica, mientras que los pacientes geriátricos presentaron el 11.1%.

- **Paladar blando e istmo de las fauces:** En los pacientes no geriátricos las lesiones inflamatorias en esta zona representan el 82% del total, y en los pacientes geriátricos representan el 72.2%.

Las lesiones neoplásicas en los pacientes no geriátricos son menores (9%) que en los pacientes no geriátricos (12.8%).

Las lesiones del desarrollo presentaron un porcentaje mayor en los pacientes geriátricos (18.1%) que en los pacientes no geriátricos (5.1%).

• **Glándulas salivales mayores:** En los pacientes menores de 60 años se presentó el 3.8% de lesiones metabólicas en esta zona anatómica mientras que los pacientes geriátricos no presentaron ninguna lesión de este tipo. Las lesiones inflamatorias se presentaron en mayor medida en los pacientes no geriátricos (50%) que en los pacientes geriátricos (42.9%). Las lesiones neoplásicas, al igual que las lesiones inflamatorias se presentaron en mayor porcentaje en los pacientes no geriátricos (42.3%) que en los pacientes geriátricos (28.6%). Las lesiones del desarrollo se presentaron más en los pacientes geriátricos (28.6) que en los no geriátricos (3.8%).

• **Piel:** Esta categoría ocupa el doceavo lugar en la tabla de los pacientes no geriátricos, en tanto que en la tabla de los pacientes geriátricos ocupa el catorceavo lugar en orden descendente. Las lesiones inflamatorias de la piel fueron de mas prevalencia en los pacientes no geriátricos (34.1%) que en los pacientes geriátricos (12.5%). Las lesiones neoplásicas no presentaron diferencias significativa en ambos grupos de edad. Las lesiones del desarrollo se presentaron en mayor porcentaje en los pacientes geriátricos (37.5%) que en los pacientes no geriátricos (17.1%).

A continuación y a modo de resumir los datos encontrados se mencionarán las localizaciones más afectadas en los pacientes geriátricos, con base al tipo de lesión y que presentaron discrepancias significativas en comparación con los pacientes del grupo de edad contrario.

- **Inflamatorias:** Paladar.
- **Neoplásicas:** Encía, mucosa yugal, lengua y dorso de la lengua, labios, mucosa labial, piso de boca y vientre de la lengua.
- **Metabólicas:** Paladar, localización combinada, lengua y dorso de la lengua, mucosa oral generalizada, labios y vientre de la lengua.
- **Del desarrollo:** Paladar duro, mucosa oral generalizada, mucosa labial, bordes de la lengua, piso de boca, piel, paladar blando, vientre de la lengua, glándulas salivales mayores.



- **Otras lesiones:** Encía y mucosa yugal.

Las lesiones más frecuentes en los pacientes geriátricos fueron:

- **Metabólicas:**
 - Síndrome de boca ardorosa (4%)
 - Xerostomía (2.8%)
- **Inflamatorias:**
 - Candidiasis eritematosa (16.8%)
 - Hiperplasia fibrosa (11.3%)
 - Candidiasis (8.2%)
 - Síndrome de Sjögren (4.9%)
- **Neoplásicas:**
 - Hemangioma (2.9%)
 - Leucoplasia (2.3%)
 - Adenoma pleomorfo (0.5%)
 - Carcinoma Oral de Células Escamosas (COCE) (0.5%)
- **Del desarrollo:**
 - Máculas melanóticas. (1.3%)
 - Malformación vascular (1.2%)
 - Várices linguales (0.4%)
- **Otras lesiones:**
 - Tatuaje por amalgama (1.1%)

8. DISCUSIÓN

En un primer plano los resultados encontrados demuestran que la población de mujeres que acude a la Clínica de Medicina Bucal de la DEPEI supera a la población de hombres tanto en los pacientes menores de 60 años como en los pacientes geriátricos. Dicho resultado coincide con el estudio realizado en el 2008 por De la Fuente-Hernández, Sumano-Moreno, Sifuentes-Valenzuela y Zelocuatecatl-Aguilar²⁵, en donde al igual que en éste se ha demostrado que las mujeres se muestran más interesadas en el cuidado de la salud en general y en este caso de la salud bucal, por lo tanto acuden en mayor medida a los servicios de salud. Esto es debido principalmente a situaciones sociales y culturales, pues vivimos en un país en el que a los hombres les cuesta más trabajo aceptar sus padecimientos, además de que el impacto de la salud bucal es menor en ellos; los hombres representan la mayoría respecto a la población económicamente activa ocupada, según los datos más recientes del INEGI, con 31, 757, 776, lo que supone que al ser el sector de la población que más trabaja su salud pasa a segundo término. Aunque en estos datos también se refleja que la esperanza de vida en los hombres es menor y la tasa de mortalidad mayor.²²

En el estudio³² realizado en el 2005 en pacientes ancianos las lesiones que más se registraron fueron la estomatitis protésica, épulis fissuratum, fibroma, papiloma, leucoplasia, lesión maligna, candidiasis y queilitis angular.

En el estudio del 2007 realizado en la Facultad de Odontología en la UNAM,³¹ las lesiones de mayor prevalencia para el grupo de los adultos mayores fueron: queratosis friccional, úlcera traumática, aumento tisular con causa aparente, páruis, estomatitis protésica, candidiasis, leucoplasia, eritroplasia y épulis fissuratum.

En este estudio se han encontrado datos importantes. Las lesiones de tipo inflamatorio representan la mayoría para ambos grupos de edad, en las lesiones de tipo metabólico se presentaron variaciones notables, ya que la prevalencia de este tipo de lesiones fue mayor en los pacientes de la tercera edad, las lesiones neoplásicas son ligeramente mayores en este grupo de edad.



En general las lesiones de la mucosa oral se han asociado a la xerostomía y a la hipofunción de las glándulas salivales. La hiposalivación es común en este grupo de pacientes y su prevalencia aumenta con la edad. El incremento de esta alteración puede ser explicado por el incremento de las enfermedades sistémicas y del uso de medicamentos; más de 500 medicamentos han sido reportados por estar implicados en la inducción de la hipofunción de las glándulas salivales, pero solo pocos han sido estudiados mediante ensayos clínicos controlados.¹⁹

La prescripción de medicamentos debido a las múltiples enfermedades sistémicas que sufren los ancianos y los cambios hormonales de los que son víctimas explicarían la mayor manifestación de lesiones de tipo metabólico en los pacientes geriátricos sobre los pacientes menores de 60 años.

Kittipong Dhanuthai *et al.*⁴² realizaron un estudio de las lesiones de la mucosa oral en individuos mayores de 65 años de varias partes del mundo (Irán, Japón, Tailandia, Corea del sur y Canadá), en donde todos los diagnósticos se confirmaron mediante el estudio histopatológico. Las lesiones de mayor prevalencia en este grupo de edad al igual que en el presente estudio fueron las inflamatorias, seguidas de las lesiones neoplásicas a excepción de Canadá. Por otro lado Guiglia R. *et al.*¹⁹ mencionan que el 95% de casos de cáncer oral y de faringe ocurren después de los 40 años y que las personas de 65 años y más son siete veces más propensos a ser diagnosticados con cáncer oral que las personas menores de 65 años. Las estadísticas del National Cancer Institute reportadas por el mismo autor refieren que la mayoría de los casos de cáncer oral y orofarínge son carcinomas de células escamosas que surgen del revestimiento de la mucosa oral.

La prevalencia de las lesiones neoplásicas en el género masculino se sostienen con los datos reportados en el Globocan 2012³⁹. En él se registra que la prevalencia de cáncer oral y de labios en los hombres es del 2.9% y en las mujeres de 1.3% en México. Estas estadísticas únicamente incluyen a los pacientes adultos.

De la misma forma se rectifican en los datos reportados por Tirado Laura y Granados Martín⁴⁰ de acuerdo a los datos reportados en el Registro Histopatológico de las Neoplasias en México del 2002 en donde los hombres represen-

tan el porcentaje de población más afectado.

Estos datos anteriores concuerdan y apoyan los hallazgos del presente estudio, en donde se ha encontrado que las lesiones de la mucosa oral en especial las de tipo metabólico y neoplásico son más frecuentes en las personas de 60 años y mayores.

Respecto a la relación del tipo de lesiones con el género los datos más importantes se registraron principalmente en el caso de las lesiones metabólicas, pues estas se presentaron más en las mujeres. El caso de las lesiones neoplásicas es también interesante, puesto que en el género masculino éstas se manifestaron el doble que en el género femenino.

La presencia de lesiones metabólicas en las mujeres se explica principalmente a los cambios hormonales producto de la menopausia y a la prevalencia del Síndrome de boca ardorosa, porque es un trastorno que afecta a las mujeres principalmente. Se ha reportado la relación del Síndrome de boca ardorosa primario con factores locales tales como la disfunción de las glándulas salivales y la alteración del flujo sanguíneo y el Síndrome de boca ardorosa secundario que, entre otros factores, se relaciona con desórdenes hormonales relacionados con la menopausia principalmente, diabetes y deficiencias nutricionales, que además son factores que aumentan su severidad.¹⁹

El estudio demostró que los pacientes geriátricos muestran más lesiones en el paladar y a diferencia de los pacientes menores de 60 años la mucosa de la cavidad oral está más afectada en su totalidad.

Los pacientes geriátricos tienden a perder los dientes con el paso de los años debido a la falta de educación, de higiene y de atención que han recibido a lo largo de la vida; como ya se expuso anteriormente son pocos los pacientes de esta edad que acuden a sitios de atención y por este motivo los tejidos de la cavidad oral atraviesan un proceso de adaptación que en el mejor de los casos se vuelve funcional para ellos, como lo menciona Ozawa⁴. Sin embargo en otros casos no es así y los tejidos de este sitio, que no están preparados para reemplazar la pérdida de los dientes, sufren diferentes tipos de lesiones.

Los datos concuerdan con un estudio similar realizado en una población geriátrica de la India realizado por Santosh Patil *et al.*⁴³ en donde el paladar duro



fue el sitio más afectado (21.3%) y el paladar blando fue el menos afectado, la mucosa oral generalizada se mostró afectada en un 12.3% solo por debajo de la encía y la lengua. En este mismo estudio se demostró que el 42% de las lesiones encontradas se relacionan con el uso de prótesis de largo tiempo o mal ajustadas.

A diferencia del estudio realizado por Patil, Kittipong Dhanuthai *et al.* hallaron en este grupo de edad que los tejidos blandos más afectados fueron la mucosa labial, la encía y la lengua, en orden descendente, lo que supone una gran diferencia en relación a la situación socio-económica de los países, al ser Japón, Corea del sur y Canadá países de primer mundo en donde la atención bucal es diferente y las personas de la tercera edad se ven menos afectadas en relación al uso de prótesis dentales.

Con los datos mencionados se deduce que las lesiones del paladar en los pacientes de edad avanzada de la clínica de medicina bucal de la DEPEI pueden estar relacionadas con el uso de prótesis en mal estado, en la mayoría de los casos, aunque habría que realizar un estudio enfocado en este rubro para rectificarlo.

La distribución de las lesiones en los diferentes sitios anatómicos de la cavidad oral también se encuentra relacionada con la predilección que tienen algunas enfermedades por los mismos.

Ahora bien, en cuanto a la localización de las lesiones con respecto al género de los pacientes las diferencias más significativas fueron las siguientes: en las mujeres las zonas más afectadas son la mucosa oral generalizada, el vientre de la lengua, el istmo de las fauces y el paladar blando. En los hombres las zonas más afectadas son la encía, el dorso de la lengua, la mucosa labial y las glándulas salivales mayores.

El hecho de que la mucosa oral en su totalidad se encuentre más afectada en las mujeres es explicable debido a la xerostomía y el Síndrome de Sjögren, en los que en la mayoría de las ocasiones la percepción de los síntomas se da en toda la boca y en algunos casos en el Síndrome de boca ardorosa.

No se han encontrado datos que respalden la variación de afección de las zonas anatómicas con respecto al género de los individuos únicamente, pero si hay datos que relacionen el género de los pacientes con hábitos como el tabaquismo y el consumo de alcohol y que además relacionan estos factores

con los tipos de lesiones de la mucosa pero no con respecto a la localización anatómica.

Lynge Pedersen *et al.*⁴⁴ realizaron un estudio del 2015 sobre la relación de la secreción salival, los padecimientos sistémicos y la prescripción de medicamentos con las lesiones de la mucosa oral, en el que se menciona que de la muestra la mayoría de las mujeres nunca han fumado y más hombres que mujeres son fumadores actuales, de la misma forma más hombres que mujeres son ex fumadores.

En otro estudio realizado en La Habana por González Ramos *et al.*⁴⁵ se analizan los factores de riesgo para las principales lesiones bucales en la población mayor de 60 años y dentro de la muestra de estudio se encontró que más hombres que mujeres fuman e ingieren bebidas alcohólicas.

Si se analizan cuidadosamente los resultados es notable que las estructuras anatómicas que se encuentran más afectadas en el género masculino son zonas anatómicas que se encuentran más expuestas y que reciben en primera instancia todos los estímulos provenientes del exterior, tal como la encía y el dorso de la lengua, a diferencia de las zonas afectadas en las mujeres, ya que el vientre de la lengua, el paladar blando y el istmo de las fauces se encuentran de cierta forma “protegidos”.

Esto da pauta y abre camino para realizar investigaciones posteriores, con la finalidad de encontrar la relación de estos pacientes con los hábitos, ya que éstos pueden influir de manera significativa en la afección de ciertas zonas anatómicas, y que además se enfoque exclusivamente en el género de este grupo de edad.

La lesión de tipo inflamatorio que se presentó con mayor frecuencia en los paciente geriátricos fue la candidiasis eritematosa y la zona anatómica más afectada con este tipo de lesiones fue el paladar. De este modo se relacionan las lesiones con las prótesis en mal estado y con higiene deficiente como ya se mencionó anteriormente y con la salud sistémica de los pacientes en general.

Los tatuajes por amalgama se presentaron en mayor medida en la encía y la mucosa yugal de los pacientes geriátricos. Esta es de las pigmentaciones de origen exógeno más comunes.



La amalgama es una aleación usada comúnmente como material de restauración dental y en las cirugías periapicales como obturación retrograda, en el pasado se utilizaban más que en la actualidad por su alta eficacia y duración, antes de la aparición de las resinas.

Es común encontrar pigmentaciones por amalgama en personas de la tercera edad debido a procedimientos iatrogénicos y porque anteriormente las técnicas de aislamiento absoluto no eran tan usadas como ahora. Al ser la encía y la mucosa yugal los tejidos blandos que más se relacionan con los órganos dentarios los restos de este material de restauración se logran insertar en estos tejidos ocasionando los tatuajes.

9. CONCLUSIONES

Mediante este estudio y con los resultados obtenidos se concluye que, en el caso de los pacientes geriátricos que asisten a la Clínica de Medicina bucal de la DEPEl, las lesiones de la mucosa oral tienen una relación con la edad y con el género. Así mismo las zonas anatómicas evaluadas en donde se localizan las lesiones también se encuentran relacionadas con las mismas variables.

Los pacientes de la tercera edad que acudieron a la clínica presentan más lesiones de tipo metabólico y neoplásico que los menores de 60 años.

En las mujeres la prevalencia de las lesiones metabólicas es mayor y por el contrario, en los hombres es mayor la prevalencia de lesiones neoplásicas.

De la misma forma los pacientes geriátricos presentan la mayoría de las lesiones en el paladar, con lo cual se supone que éstas lesiones se encuentran relacionadas con las prótesis dentales en mal estado.

Se ha demostrado que las zonas anatómicas en donde se localizan de las lesiones de la mucosa oral también presentan variaciones en cuanto al género de los individuos, y aunque no existen datos anteriores que respalden estos hallazgos se abre la puerta hacia una nueva investigación que profundice más en este aspecto.

A pesar de que la salud bucal este menospreciada en la mayoría de la población mexicana es nuestro deber como odontólogos cambiar este panorama e instruir a los pacientes geriátricos y de todas las edades. La salud bucal y la salud dental son aspectos relacionados pero diferentes, se debe enseñar que los tejidos blandos de la boca sufren y padecen de enfermedades como cualquier otra parte del cuerpo y que estos deben de ser atendidos en tiempo y forma para tener las menores complicaciones posibles.

Esto se logrará únicamente mediante la implementación de este conocimiento en los planes de estudio de las universidades y la modificación de los sistemas de enseñanza orientados a la corrección y no a la prevención, porque de esta manera la mentalidad del personal de salud en formación se modificará y los cambios a nivel sociedad serán ideales.



De la misma manera se debe romper el paradigma de que la boca es una identidad separada del resto del cuerpo y que las enfermedades de la misma no representan riesgo para la salud en general, es urgente unificar la medicina y la odontología porque solo así se podrá tratar integralmente a los pacientes. Finalmente se requiere incentivar a la comunidad estudiantil hacia la investigación, pues es solo mediante la aplicación del método científico que se lograrán avances en el conocimiento y consecuentemente en el tratamiento para muchas de las lesiones de la mucosa oral.

En otros términos concluyo que en México son escasas las estadísticas que existen en relación a las lesiones de la mucosa oral. Fue difícil obtener estadísticas que documentaran estas afecciones en las personas de edad avanzada en el país porque son el grupo de edad menos estudiado, sin embargo es imprescindible tomar en cuenta que la población a nivel mundial se dirige hacia una etapa de envejecimiento.

Los cambios en la población exigen estar a la vanguardia para resolver los casos de enfermedades bucales, sistémicas y la relación entre ambas que se presenten en los pacientes de esta edad, para dar pie a la investigación y de ésta manera de ampliar el conocimiento que hará frente a las nuevas condiciones de los ancianos que tarde o temprano llegarán.

La salud pública y la educación para la salud son imprescindibles para atender a las personas mayores.

Este estudio demuestra que las personas mayores son un sector de la población que necesita atención especializada y no sólo de carácter odontológico si no que requiere la acción multidisciplinaria de las diferentes especialidades del cuidado de la salud (médicas y odontológicas), sociales y humanitarias con la finalidad y el objetivo de satisfacer las necesidades de estos pacientes y dignificar su calidad de vida.

En términos de salud bucal se requiere institucionalizar la atención porque sólo de esa forma los servicios podrán estar más regulados, las interconsultas y el acceso a los servicios se verán facilitados y en conjunto se deben exigir presupuestos de inversión gubernamental hacia este sector.



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario de la lengua española [Página principal en Internet]. Madrid: [Consultado: 18 de enero de 2016] Disponible en: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
2. Ávila Fematt FM. Definición y objetivos de la geriatría: El residente [Internet]. 2010; 5 (2): 49-54.
3. Cervera Díaz MC, Saíz García J. Actualización en geriatría y gerontología (I). 5ª edición. Formación Alcalá. 2006.
4. Ozawa Deguchi J. Estomatología geriátrica. 1ª edición. México, trillas. 1994.
5. Instituto Nacional de Geriatría [Página principal en internet]. México: [actualizado 30 de Septiembre de 2015; consultado 26 de enero de 2016].
6. Lozano Cardoso A. Introducción a la gerontología: Revista Facultad de Medicina UNAM [Internet]. 2008; Vol.51 (2): 63-64.
7. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [Página principal en Internet]. México: [actualizado 27 de Enero de 2015; consultado 28 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.inapam.gob.mx/es/INAPAM/Conoce_INAPAM
8. Chávez Reátegui BC, Manrique Chávez JE, Manrique Guzmán JA. Odontogeriatría y gerodontología: el envejecimiento y las características bucales del paciente adulto mayor: Revisión de la literatura: Revista Estomatológica Herediana [Internet]. 2014; 24 (3): 199-207.
9. Mendoza Nuñez VM, Martínez Maldonado ML, Vargas Guadarrama LA. Envejecimiento activo y saludable, fundamentos y estrategias desde la gerontología comunitaria. 1ª edición. México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. 2013.
10. Organización Mundial de la Salud [Página principal en Internet]. [Consultado 31 de enero de 2016.] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
11. Giró Miranda J. Envejecimiento activo, envejecimiento positivo. 1ª edición. España, Universidad de la Rioja. 2006.
12. Crowther Martha R., Michael W. Parker, A. Achenbaum, Walter L. Lari-

more, and Harold G. Koenig. Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality—The Forgotten Factor: The gerontologist [Internet]. 2002, 42(5): 613-620.

13. González CA., Ham-chande R. Funcionalidad y salud: una tipología de envejecimiento en México: Salud Pública Mex [Internet]. 2007; 49(4).

14. Rocha Durán L. La vejez en movimiento, un enfoque integral. 1ª edición. Buenos Aires, Editorial Dunken, 2013.

15. Murillo OM. Envejecimiento bucodental: Anales en gerontología [Internet]. 2010; 6: 59-67.

16. Duarte- Tenorio A, Duarte- Tenecio T. Consideraciones en el manejo odontológico del paciente geriátrico: Revista Científica Odontológica [Internet]. 2012; 8 (1): 45-54.

17. Laplace Pérez BN. *et al.* Enfermedades bucales en el adulto mayor: [Internet].

18. Bustillos L. Envejecimiento bucofacial terapéuticas y conductas: Acta bioclínica [Internet]. 2012; 2(3): 8-13.

19. Guiglia R. *et al.* Aging and Oral Health: Effects in hard and soft tissues: Current Pharmaceutical design: [PUBMED]. 2010; 16: 619-630.

20. Úrzua AM, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto: Terapia psicológica [Internet]. 2012; 30(1): 61-71.

21. Flores Villavicencio ME, Vega López MG, González Pérez GJ. Condiciones Sociales y calidad de vida en el adulto mayor. Experiencias de México, Chile y Colombia [Internet]. 2011; 37-61

22. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Página principal en Internet]. México [Actualizado: 15 de abril de 2014; Consultado: 25 de enero de 2016] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/estadistica/default.aspx>

23. González Celis-Rangel AL. Calidad de vida en el adulto mayor [Internet]. Disponible en: https://www.academia.edu/4819735/CALIDAD_DE_VIDA_EN_EL_ADULTO_MAYOR

24. Sheiham Aubrey. Oral health, general health and quality of life: Bulletin of the World Health Organization [Internet]. 2005; 83(9): 664.

25. De la Fuente-Hernández J, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocuatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de la atención dental: Universitas odontológica



[Internet]. 2010; 29(63): 83-92.

26. Gómez García R. El seguro dental: Una estrategia para ampliar la cobertura de la calidad. Archivos de salud pública [Internet]. 2010; 1(1): 31-33.

27. Meneses Gómez E. Salud bucodental y calidad de vida oral en adultos mayores [Doctorado]. Universidad complutense de Madrid; 2010.

28. Soria González EA, Perera Lezama R. Importancia de la atención odontogeriatrica en el paciente institucionalizado: Odontología actual [Internet]. 2013; 9(118): 12-16.

29. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, Ramos Martínez K. Impacto de la salud oral en la calidad de vida de adultos mayores: Revista clínica médica familiar [Internet]. 2012; 5(1): 9-16.

30. López Castellanos G, López Ramírez LB, Nachon García MG, Hernández Lunagómez D. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores: Revista Médica UV [Internet]. 2014; 6-11.

31. World Health Organization. Guide to epidemiology and diagnosis of oral mucosa diseases and conditions citado por: Donohué Cornejo Alejandro et al. Distribución de condiciones y lesiones de la mucosa bucal en pacientes adultos mexicanos: Revista cubana de estomatología [Internet]. 2007; 44(1): 1-8.

32. García Alpízar B., Guerra Alfonso A., Benet Rodríguez M. Lesiones de la mucosa bucal del adulto mayor. Un estudio en cinco consultorios del área III de Cienfuegos. Revista científica electrónica de las ciencias médicas en Cienfuegos Medisur [Internet]. 2005; 3(3): 47-52.

33. Diagnóstico y manejo de los problemas bucales en el adulto mayor.

34. Regezi JA. Patología bucal. 2ª edición, México, Interamericana-Mc Graw Hill. 1993.

35. Sapp P. Patología oral y maxilofacial contemporánea. España, Elsevier. 2005.

36. Gonsalves Wanda C., Wrightson Stevens A., Henry Robert G. Common Oral Conditions in older persons. American Family Physician [PUBMED]. 2008; 78(7): 845-852.

37. Chapa Arizpe G., Garza Salinas B., Garza Enriquez M., Martínez Sandoval G. Hiposalivación y xerostomía; diagnóstico, modalidades de tratamiento en la actualidad: aplicación de la neuroelectroestimulación. Revista Mexicana de Periodontología [Internet]. 2012; 3(1): 38-46.

38. Carrillo Rivera J., Simón Nacif Elías, Gil Romer M. Gabriela, Rodríguez

Flores Rachele M. Cáncer oral en México. Revisión bibliográfica y presentación de caso clínico. Revista mexicana de cirugía oral y maxilofacial [Internet]. 2011; 7(3): 104-108.

39. International Agency for research on cáncer WHO [Página principal en Internet]. [Consultado: 15 de febrero de 2015] Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx

40. Tirado L y Granados M. Epidemiología y etiología del cáncer de la cabeza y el cuello. Revista INCAN [Internet]. 2007: 9-17.

41. Kamala, Sankethguddad, Sujith, Tantradi. Burning Mouth Syndrome. Indian Journal of Palliative Care [PUBMED]. 2016; 22(1): 74-79.

42. Kittipong Dhanuthai et al. Geriatric Oral lesions: A multicentric study. Geriatric gerontology International [PUBMED]. 2016 16: 237-243.

43. Santosh P., Bharti D., Sneha M. Prevalence and distribution of oral mucosa lesions in a geriatric Indian population. Canadian Geriatrics Journal [Internet]. 2015 18(1): 11-14.

44. Lynge Pedersen, Nauntofte, Smidt, Torpet, Oral mucosa lesions in older people: relation to salivary secretion, systemic diseases and medication. Oral diseases [PUBMED]. 2015 21: 721-729.

45. Ramos González, Herrera López, Osorio Nuñez, Madrazo Ordaz. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en la población mayor de 60 años. Revista Cubana de Estomatología [Internet]. 2010; 47(1): 105-114.