



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**

---

---



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANIFESTACIONES ORALES EN UN GRUPO DE  
ADULTAS MAYORES DEL ASILO “NUESTRA SEÑORA  
DE GUADALUPE”, 2018.

**T E S I N A**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**C I R U J A N A   D E N T I S T A**

P R E S E N T A:

VALERIA REZA LUNA

TUTORA: Mtra. ELIZABETH DIANA MOEDANO ORTÍZ

MÉXICO, Cd. Mx.

2018



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.

---

*Primero que nada quiero agradecer a Dios, por darme vida y salud para poder terminar esta etapa en mi vida.*

*A mis padres, que me enseñaron a luchar por mis objetivos y que han estado conmigo en mi día a día, apoyándome incondicionalmente.*

*A mi compañera de vida, mi hermana que siempre está conmigo apoyándome y dándome los mejores ánimos para salir adelante. Y a toda mi familia que ha estado siempre conmigo, a mi prima Fer que es como mi hermana y a mi madrina que me ha brindado un gran apoyo.*

*Gracias a todos los profesores que fueron parte de esta etapa universitaria. Principalmente a mi tutora, Dra. Diana Moedano, muchísimas gracias por su tiempo, paciencia y dedicación. A la Dra. Lulú Romero Grande que además de ser una excelente docente es una excelente persona y amiga la quiero mucho. A las doctoras, Santa Ponce, Carolina Vega y Gloria Valencia, por haberme enseñado a trabajar con dedicación y responsabilidad, gracias por su tolerancia y su enseñanza en mi servicio social.*

*A mi mejor amiga Rouse que siempre estuvo conmigo en todo momento, buenas y malas, amiga ahora si cumpliendo nuestra primera meta y vamos por mas, te adoro.*

*A todas y todos mis amigos que aun que son pocos siempre han estado a pesar de todo, Rodrigo ( no se qué haría sin tus consejos, te quiero millones), Gaby, Karen, Ari, Brenda ( mis pequeñas mosqueteras, siempre juntas, las quiero), Lidi, Cristina, Cristian ( mi servicio no hubiera sido el mismo sin ustedes, gracias por aguantarme un año, los quiero), Xare (mas que mi amiga eres como mi angelito de la guarda, amiga no tengo palabras para agradecerte tanto, te quiero), Yael, Fer ( mis amigas cchacheras, las mejores, y aquí seguimos juntas, las quiero).*

*A mis viejitas del asilo Nuestra Señora de Guadalupe, por permitirme compartir momentos inolvidables y por enseñarme tanto.*



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



*Por último a la UNAM Y A mi Facultad, que me vio crecer profesionalmente, que me dio tantas enseñanzas y tantas alegrías que formaran parte del resto de mi vida.*

*GRACIAS.*

*“Por mi raza hablará mi espíritu”.*



## ÍNDICE

<b>1 INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>7</b>
2.1 Características generales del adulto mayor .....	8
2.1.1 Aspectos físicos .....	8
2.1.2 Aspectos psicológicos.....	9
2.1.3 Aspectos sociales .....	10
2.2 Vejez y Envejecimiento .....	11
2.2.1 Definición .....	11
2.2.2 Principales teorías del envejecimiento.....	12
2.2.3 Características demográficas .....	15
<b>3 ANTECEDENTES</b> .....	<b>17</b>
Cambios en tejidos blandos de la cavidad oral .....	17
3.1 Periodontal .....	17
3.2 Mucosa bucal .....	18
4 Alteraciones del desarrollo de la región oral.....	21
Tejidos blandos .....	21
4.1 Apéndice del frenillo .....	21
4.2 Gránulos de Fordyce .....	21
4.3 Leucodema.....	22
Lesiones óseas benignas .....	23
4.4 Torus mandibular y palatino .....	23
5 Infecciones de los dientes y del hueso.....	24
5.1 Caries dental .....	24
5.2 Caries Radicular .....	25
5.3 Enfermedad periodontal .....	26
6 Lesiones pigmentadas benignas .....	28
6.2 Melanosis del fumador .....	29
6.3 Nevo .....	30
6.4 Nevo azul .....	30



6.6 Eritroplasia .....	32
7 Infecciones orales .....	33
Infecciones víricas .....	33
7.1 Virus del herpes I (VHS-1).....	33
Infecciones bacterianas.....	34
7.2 Candidiasis.....	34
7.3 Queilitis angular.....	35
7.4 Estomatitis por prótesis dental .....	36
8 Trastornos mediados por procesos inmunitarios.....	37
Trastornos mucosos y cutáneos.....	37
8.1 Liquen plano.....	37
8.2 Pénfigo vulgar .....	38
9 Lesiones del tejido conjuntivo.....	39
Tejido fibroso.....	39
9.1 Fibrosis alveolar .....	39
9.2 Hiperplasia fibrosa inflamatoria .....	39
10 Trastornos de las glándulas salivales.....	40
Enfermedades mediadas por procesos inmunitarios.....	40
10.1 Xerostomía .....	40
10.2 Síndrome de Sjörgren .....	42
11 Lesiones físicas y químicas.....	44
11.1 Dientes .....	44
11.1.1 Abrasión.....	46
11.1.2 Atrición.....	47
11.2 Resorción ósea .....	47
12 Lengua .....	48
12.1 Glositis migratoria benigna (Lengua geográfica).....	48
12.2 Lengua fisurada.....	49
12.3 Varices linguales .....	50
12.4 Lengua saburral .....	50



13 Disfunción de la Articulación temporo-mandibular (ATM).....	51
<b>4 Planteamiento del problema .....</b>	<b>53</b>
<b>5 Justificación.....</b>	<b>53</b>
<b>6 Objetivos .....</b>	<b>54</b>
6.1. Objetivo general .....	54
6.2. Objetivos específicos .....	54
<b>7 Metodología.....</b>	<b>55</b>
7.1 Tipo de estudio.....	56
7.2 Población de estudio .....	56
7.3 Selección y tamaño de la muestra .....	57
7.4 Criterios de selección .....	57
7.4.1 Criterios de inclusión.....	57
7.4.2 Criterios de exclusión.....	57
7.5 Definición operacional de las variables .....	57
7.6 Método de recolección de la información .....	58
7.7 Recursos .....	59
7.7.1 Recursos humanos .....	59
7.7.2 Recursos materiales .....	59
7.8 Análisis estadístico .....	60
7.9 Consideraciones éticas .....	60
<b>8 Resultados .....</b>	<b>61</b>
<b>9 DISCUSIÓN.....</b>	<b>68</b>
<b>10 CONCLUSIONES.....</b>	<b>69</b>
<b>11 Referencias Bibliográficas .....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>76</b>



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



---

## INTRODUCCIÓN

Las tendencias demográficas hoy en día a nivel mundial demuestran un aumento en la población de adultos mayores, fenómeno demográfico que nos impulsa a diversos retos en el campo de la salud, desde formativo hasta profesional siendo comprometidos para atender a este grupo etario.

En el área odontológica, se observa que el adulto mayor puede presentar múltiples enfermedades bucales como caries dental, enfermedad periodontal, lesiones en la mucosa oral, candidiasis, xerostomía, entre otras. Por otro lado es común que los adultos mayores presenten una serie de complicaciones que deben ser abordadas de manera multidisciplinaria. Considero de suma importancia que lo que reporta la literatura y las necesidades que la población está demandando deben ser atendidas por los profesionales de la salud.

Se ha señalado que la Odontología ha contribuido significativamente, en mejorar o mantener la calidad de vida de las personas, ya que la mayoría de las enfermedades bucodentales y sus consecuencias tienen impacto en la calidad de vida. Con este trabajo de investigación hago una propuesta de conocimiento y de necesidades reales para mejorar la calidad de vida del adulto mayor, realizando una exploración oral con la finalidad de obtener un resultado efectivo.





## **2MARCO TEÓRICO**

### **2.1Características generales del adulto mayor**

#### **2.1.1Aspectos físicos**

Lo que más preocupa al ser humano es llegar a la tercera edad, ya que tiene que ver con lo que identifica a las personas como funcionales e independientes, ante una sociedad.

Las características físicas más comunes que se presentan en el envejecimiento son:

La disminución de las capacidades sensoriales (visual, auditiva, gustativa, olfativa e incluso táctil).

El sentido de la vista sufre cambios en sus estructuras por ejemplo: la córnea, pierde su brillo debido a una capa espesa que se forma en ella. El iris pierde la pigmentación del ojo. La capacidad de distinguir los colores de la gama de verdes, azules y violetas comienza a disminuir a partir de los 30 años, se aprecian mejor los rojos, amarillos y naranjas.<sup>1</sup>

En cuanto al tacto, disminuye la sensibilidad debido a la carencia de receptores, la piel se hace más delgada, se presentan cambios sobre todo en las palmas de las manos y plantas de los pies. Así como aumenta la sensibilidad a la vibración y a la temperatura.<sup>1</sup>



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



Debido a la disminución de la capacidad de adaptación a los cambios, comienzan las dificultades en el sistema inmunológico, lo cual causa una mayor vulnerabilidad a enfermedades.

En las dificultades musculo-esqueléticas, disminuye la masa muscular y aumentan las grasas.

En este proceso se relaciona el tipo de vida que se haya llevado, los accidentes y enfermedades que se sufrieron y las condiciones conocidas como factores patológicos del envejecimiento.<sup>1</sup>

Todos estos cambios tienen implicaciones en la vida diaria de quien las sufre así como de sus familiares, cuidadores y amigos; causan abandono de actividades que denoten independencia como cocinar, coser, escribir, etc. Pueden también provocar accidentes como caídas por deterioros en la vista o intoxicaciones debido a que esto se relaciona con la comunicación y socialización con los demás, ya que puede parecer molesto para las personas tener que levantar la voz para poder entablar una conversación, entre otras.<sup>1</sup>

### **2.1.2 Aspectos psicológicos**

En el envejecimiento psicológico, lo que más relevancia tiene, son los deterioros en la pérdida de memoria, la cual está asociada a la enfermedad de Alzheimer; sin embargo, no son exclusivos de dicho trastorno ya que los cambios normales que se dan en la vejez tienen que ver con la percepción de sus sentidos, así como los cambios afectivos y de personalidad los cuales también deben ser considerados normales y esperados.<sup>1</sup>



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



Es en esta etapa cuando se incrementa el sentido de pérdida, y esto se refiere a todo aquello que se siente se ha dejado de tener, lo cual puede ser real o subjetivo, pero que es importante y significativo para el individuo. Por ejemplo, se van perdiendo capacidades físicas (observación y percepción de los objetos de la realidad), el trabajo, los amigos o familiares mueren, el conyugue, etc. Estas pérdidas pueden ocasionar que se vaya disminuyendo el interés por comer y beber, provocando desde ansiedad hasta la muerte natural.<sup>1</sup>

Sin embargo, existen dos maneras de afrontamiento que se presentan en el adulto mayor ante los cambios y pérdidas sufridos: el uso de las defensas adaptativas y el modelo de valoración cognoscitiva. Las defensas adaptativas, se refieren a conductas que demuestran un ajuste psicosocial, como lo son, el humorismo, el humor, la supresión, y la sublimación. Estas maneras de afrontamiento también son de ayuda en el proceso de la enfermedad y muerte. La muerte empieza a ser algo cercano puesto que la gente de su alrededor comienza a enfermar y morir.<sup>1</sup>

### **2.1.3 Aspectos sociales**

En el aspecto social, las personas de la tercera edad cambian sus roles: las personas de su entorno les restan responsabilidades y funciones así como la iniciativa para la toma de decisiones; por otra parte la economía es subsidiada por la familia, por lo que esta sigue siendo el apoyo central y la base para las relaciones sociales, lo que estimula la búsqueda de grupos de iguales en diferentes ámbitos, como la iglesia o la comunidad.



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



En cuanto al rol individual los cambios se manifiestan en tres dimensiones: el anciano como individuo, cambia su percepción de la muerte, ahora es vista como una liberación, el final de lucha y preocupaciones transcurridas a lo largo de la vida, algunos la rechazan y otros la aceptan; como integrante de un grupo familiar, ahora convive más con los nietos e hijos; y como persona capaz de afrontar las pérdidas con sentimiento de soledad y tensión emocional.<sup>1</sup>

Si bien la sociedad ha estado relegando a este grupo de la población, en la actualidad se motiva a la comunidad a cambiar el esquema de anciano= inactivo a anciano = experiencia que compartir y mantenerlo interesado en participar en actividades cívicas y religiosas, como el seguir votando, pertenecer a sindicatos o asociaciones, y aprovechar la sabiduría y experiencia que presentan.<sup>1</sup>

## **2.2 Vejez y Envejecimiento**

### **2.2.1 Definición**

El envejecimiento siempre ha provocado gran interés. En la antigüedad, Aristóteles fue el primero en dar hipótesis acerca del envejecimiento, comentó las diferencias en la longevidad de los distintos organismos y dedicó su atención a los aspectos somáticos del envejecimiento. En su observación determinó que las incapacidades que aparecen al envejecer no se deben a un trastorno de la mente, sino de su vehículo, como ocurre en las enfermedades.<sup>4</sup>

En la época del renacimiento Leonardo da Vinci realizó numerosas disecciones, dando un mayor enfoque en los cambios anatómicos que



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



ocurren con el paso del tiempo desde la infancia hasta la vejez. Esto lo llevo a concluir que el envejecimiento se debe, a venas que al aumentar el grosor de sus paredes, restringen el paso de la sangre y, con la consiguiente falta de nutrición, destruyen la vida de los ancianos sin que sufran fiebre, extinguiéndose las personas poco a poco en una muerte lenta. En el siglo XIX, surgieron las primeras teorías gerontológicas que ofrecían explicaciones parciales de los mecanismos del envejecimiento, de acuerdo con los descubrimientos biológicos que parecían más importantes en cada época.<sup>4</sup>

El creciente interés en la investigación gerontológica conlleva a entender la vejez como un proceso de cambio, en los últimos años viene considerándose una concepción pluridisciplinar; es decir, un modelo integral bio-psico-social que conjuga todas las perspectivas, biológicas, sociales y psicológicas, acorde con la definición de la salud humana establecida en 1946 por la Organización Mundial de la Salud, como estado de bienestar, físico, mental y social, no simplemente como ausencia de enfermedades.<sup>6</sup>

### **2.2.2 Principales teorías del envejecimiento**

Se han descrito muchas teorías que han intentado explicar el proceso o causa del envejecimiento y los cambios de la involución. Sin embargo, es innegable que el ritmo del envejecimiento varía de acuerdo con los individuos, y según los grupos étnicos.

En su obra Fisiología de la edad, Helbruna apoyó los conceptos anteriores al manifestar que los seres vivos envejecen porque no tienen capacidad para eliminar completamente los residuos intercelulares.



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



Montgomery y Chil, opinan que la causante del envejecimiento es la acumulación de desechos, mientras que Jichel, afirma que el proceso de la involución se debe a un metabolismo incompleto. Cowndrey, Delage y Jenning sostienen que la edad es el resultado de la diferenciación celular, es decir que las células han perdido su facultad de regenerarse.<sup>3</sup>

La teoría de Lansin, postula que el aumento de calcio en la corteza celular es el que disminuye la función celular, y por tal motivo sobreviene una deficiencia funcional.

Rusicks, Marinesco, Ehreburg, Dor y otros autores sostienen que el envejecimiento biológico es igual al de los coloides, y Cowndrey señala que los organismos de edad no tienen coloides viejos sino coloides recientes pero con características de coloides viejos.

Rose realizó estudios acerca de la relación entre los cambios en las proteínas, a los cuales el organismo reacciona por medio de la autoinmunidad. Por lo tanto, Tyler estudia los efectos de la edad sobre el sistema reproductor, así como los trasplantes de un animal a otro.

Paulin investiga el mecanismo del sueño, la anestesia quirúrgica, la memoria y sus cambios con la edad.

Spencer y Mulhman, sostienen que el envejecimiento se debe a los cambios en la superficie celular, mientras que Metohnikocco adjudica básicamente a la putrefacción intestinal.

En México, Payno y colaboradores detectaron que durante el proceso de envejecimiento se produce una deshidratación que dificulta los intercambios



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



inter y extracelulares, y que manteniendo una rehidratación con equilibrio de los electrolitos se puede retardar el proceso de envejecimiento celular.<sup>3</sup>

Félix Estrada, después de realizar investigaciones acerca de la génica del envejecimiento en México, dice que la formación espontanea reduce la duración de la vida, mientras que los antioxidantes la prolongan. Después de alcanzar la madurez, el deterioro de las funciones orgánicas es inevitable y natural en todas las formas de vida.

El metabolismo tisular cambia con el tiempo, pero la naturaleza de estos cambios aún no se conoce con precisión. Entre las teorías más importantes se cuentan las siguientes:

- De la mutación o clonación.
- Inmunológica.
- Del estrés o tensión.
- Del eslabonamiento cruzado.
- Radicales libres.
- De la colágena.
- Integrada.
- De la muerte celular programada.

En épocas más recientes, Bouliere enfoca el problema del envejecimiento humano a partir de un esquema útil y didáctico.<sup>3</sup>



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



La moderna citogerontología se adentra en el mundo celular para tratar de desentrañar las rutas que conducen a la muerte celular y las perspectivas de evitarla, controlarla o retrasarla.

Nathaniel Shock señala que el envejecimiento puede estar más relacionado con el descenso en la función del conjunto de mecanismos integrados que con los cambios en las células individualizadas, tejidos e incluso órganos.

Lo atribuye generalmente a una pérdida constante de la capacidad funcional en la mayoría de los sistemas orgánicos del orden del 1% por año de vida adulta.<sup>3</sup>

### **2.2.3 Características demográficas**

Gracias al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.<sup>17</sup>

Por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden esperar vivir hasta los setenta años e incluso más. La ampliación de la esperanza de vida, brinda una oportunidad importante no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto.





Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



Sin embargo, hay un factor que condiciona en gran medida las posibilidades de realizar estas actividades, y esta es la salud.<sup>17</sup>

Los cambios en los números absolutos de los grupos poblacionales determinan una inversión de la pirámide poblacional dando como resultado un incremento en su vértice con personas cada vez con mayor edad. Se puede apreciar la mayor proporción de personas mayores comparadas con las personas en edad productiva.<sup>10</sup>

México tiene un problema ya que ser de la tercera edad corresponde a no contar con una vida plena. En el país existen aproximadamente 10.5 millones de personas mayores a los 60 años en donde 9 de 100 pertenece a este sector de acuerdo al Consejo Nacional de Población.

Debemos de ser conscientes de lo que ocurre con este sector y sus derechos puesto que para el 2030 en México habrá más adultos mayores que jóvenes menores de 15 años.<sup>19</sup> Figura 1



Figura 1 Población longeva mexicana<sup>20</sup>



### 3 ANTECEDENTES

## Cambios en tejidos blandos de la cavidad oral

### 3.1 Periodontal

En el tejido conectivo, especialmente en el ligamento periodontal, se observa menor cantidad de células y fibras; y este a su vez disminuye de grosor.

A causa de la pérdida dentaria frecuente en los adultos mayores, la distribución de la carga oclusal se realiza sobre un menor número de dientes y en una dirección diferente al eje axial del diente, de manera que esta resulta inadecuada y excesiva; por lo tanto, en estos dientes se observa con frecuencia el aumento del espacio del ligamento periodontal.

La relación entre el diente y el periodonto también varía a lo largo de la vida debido al proceso de erupción pasiva. Se describen cuatro estados: en los dos primeros la corona clínica es menor que la corona anatómica; en el estado tres la corona clínica coincide con la corona anatómica y el estado cuatro, al continuar la erupción del diente, la corona clínica es mayor que la corona anatómica. Los pacientes geriátricos presentan los estados III Y IV.<sup>10</sup>

Figura 2

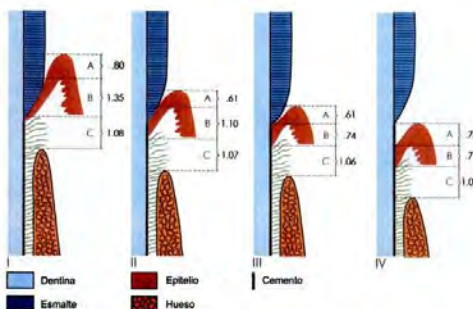


Imagen 2 Estados de erupción pasiva. Dimensiones promedio de la unión dentogingival a través del proceso.<sup>21</sup>



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



La inserción epitelial varia un promedio de 1.35 mm para el estado I a 1.10 en el estado II 0.74 para el III Y 0.71 en el IV, en tanto que la inserción de tejido conectivo exhibe una variación menor, cuyos promedios varían de 1.08 mm para el estado I, 1.07 para el II, 1.06 para el IV.

Estos datos indican que si bien el espesor del espacio para la inserción de conectivo permanece constante, el espesor de la inserción epitelial se hace más angosto con el paso de los años.<sup>10</sup>

### **3.2 Mucosa bucal**

El proceso de envejecimiento produce en los tejidos diversos cambios graduales, irreversibles y acumulativos que son particularmente evidentes en la piel. Cambios semejantes ocurren en la mucosa oral, la cual se ve más delgada, suave y seca, lo que origina mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos.

El epitelio escamoso estratificado de la mucosa oral forma una superficie continua que protege a los tejidos adyacentes de la cavidad bucal, la cual funciona como una barrera mecánica.

Los movimientos de masticación y deglución mantienen a las partículas de alimentos y a los agrupamientos bacterianos en movimiento, y por medio del flujo de la saliva son llevados hacia atrás para ser deglutidos mediante la acción de succión en la cual participan la lengua, los labios, los carrillos y el paladar.<sup>2</sup>



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



De acuerdo con Squier y colaboradores, los cambios más significativos que se producen en el nivel microscópico en la mucosa oral del adulto mayor incluyen:

- Atrofia del epitelio superficial, principalmente en el nivel del dorso de la lengua.
- Incremento en la queratinización.
- Aplanamiento de la unión entre el epitelio y el tejido conectivo.
- Disminución en el número de células y degeneración de las fibras del tejido conectivo.
- Agrandamiento varicoso de las venas del vientre de la lengua.
- Aumento de la cantidad de glándulas sebáceas (puntos de fordyce).
- Atrofia progresiva de las glándulas salivales menores.
- Disminución en el número y la densidad de las terminaciones nerviosas sensitivas, especialmente en encía y lengua, en donde se registra una disminución de los corpúsculos gustativos.

Esta serie de modificaciones es parcialmente la causante de la sensación de ardor, pérdida del gusto y problemas de adaptación de las dentaduras completas que refieren con cierta frecuencia los pacientes de edad avanzada.<sup>2</sup>

La mucosa oral presenta atrofia en los adultos mayores, con adelgazamiento del epitelio y un aumento general del contenido de colágena en los tejidos



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



subyacentes. Respecto a la queratización, mientras unas zonas la presentan aumentada, otras las contienen disminuida. También son frecuentes en los adultos mayores las lesiones en las comisuras labiales, producidas por *Candida albicans*.

La mucosa que soporta la base protésica se conserva favorable cuando es estable, lo que mejora la salud hística, cuando se somete al descanso nocturno.<sup>3</sup>

Un problema que involucra a la síntesis de proteínas es la disminución del grosor de la mucosa bucal, que sufre cambios muy parecidos a los de la piel, por una disminución en la microvasculatura. La disposición celular cambia, lo que debilita la mucosa, y esto representa a un factor de riesgo para infecciones, desgarros, lesiones precancerosas y cancerosas de la cavidad oral.

La mucosa oral también puede mostrarse seca, lo cual puede deberse, no al envejecimiento, sino más bien a otras razones como pueden ser: la deshidratación por baja ingestión de líquidos, la respiración bucal y enfermedades o tratamientos farmacológicos.

Como el envejecimiento se acompaña por escasez del epitelio oral y cambios en el grado de queratización, el uso de prótesis dentales es causa frecuente de lesiones a nivel de la mucosa oral.<sup>13</sup>



## 4 Alteraciones del desarrollo de la región oral

### Tejidos blandos

#### 4.1 Apéndice del frenillo



Es un fragmento superfluo de tejido mucoso localizado desde el frenillo labial del maxilar superior. No tiene función conocida, pero es frecuente y se cataloga como un rasgo hereditario autosómico dominante. Figura 3

Figura 3 Apéndice del frenillo<sup>22</sup>

El apéndice del frenillo se confunde ocasionalmente con la hiperplasia fibrosa adquirida causada por lesión o irritación local y por ello se extirpa a veces y se somete a estudio anatómico-patológico.<sup>8</sup>

#### 4.2 Gránulos de Fordyce

Es un acumulo de glándulas sebáceas que aparecen en diversas localizaciones dentro de la cavidad oral. Aun que se observan con mayor



frecuencia en la mucosa yugal de ambos lados y en el berlón del labio superior, pueden presentarse en otras localizaciones intraorales, incluso en la encía. Los gránulos son estructuras maculopapulosas múltiples, nequeñas, de color amarillento y aspecto miliar,

Figura 4 Gránulos de Fordyce<sup>23</sup>



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



que miden de 1 a 2 mm de diámetro. Puesto que se ha estimado que al menos un 80% de los adultos presentan gránulos de fordyce en alguna, se considera normal la presencia de glándulas sebáceas en esta área.<sup>8</sup> Figura 4

### 4.3 Leucodema

Es una alteración de epitelio oral caracterizada por la acumulación intracelular de líquido en la capa de células espinosas. Su etiología es desconocida. Tiene una alta frecuencia en algunos grupos raciales que no se considera como enfermedad, sino más bien una variante de la normalidad.<sup>8</sup>

#### Clínica

Afecta la mucosa yugal de ambos lados, aunque también pueden estar afectados los bordes laterales de la lengua. La mucosa afectada es asintomática y presenta un aspecto membranoso difuso y translúcido, de color blanco grisáceo. Figura 5



Figura 5 Leucodema. Estrias blancas en mucosa yugal.<sup>24</sup>

#### Tratamiento

Suele incluirse en el diagnóstico diferencial de las leucoplasias. Por su localización bilateral, frecuencia de aparición y la alteración de su aspecto bajo tensión, se identifica, por lo general, por la clínica y no requiere biopsia. No necesita tratamiento.<sup>8</sup>



## Lesiones óseas benignas

### 4.4 Torusmandibular y palatino

El torus es una excrecencia ósea, no neoplásica, de crecimiento lento, que se manifiesta habitualmente antes de los 30 años. El torus palatino es el más común, con una prevalencia de hasta un 20% en la población, mientras que la incidencia de torus mandibular es inferior al 8%. El primero corresponde a un crecimiento de la apófisis palatina del maxilar superior presentándose en sentido anteroposterior en la línea media del paladar. El torus mandibular se manifiesta en la parte interna de la mandíbula generalmente en la región premolar. Frecuentemente aparece de forma bilateral.

#### Clínica

Son asintomáticos, de crecimiento lento, aunque algunos casos la mucosa que los cubre puede ulcerarse debido a un traumatismo. Radiológicamente pueden manifestarse como lesiones radio-opacas difusas.<sup>7</sup>Figura 6



b) Torus palatino<sup>26</sup>



a) Torus mandibular<sup>25</sup>





## **Tratamiento**

En general no requieren tratamiento, a menos que causen interferencia con la dentadura.<sup>7</sup>

## **5 Infecciones de los dientes y del hueso**

### **5.1 Caries dental**

Es una enfermedad infecciosa de distribución universal, su naturaleza es multifactorial y de carácter crónico que si no se detiene su avance natural, afecta todos los tejidos dentarios y provoca una lesión irreversible.

La caries dental se inicia cuando, algunos microorganismos son retenidos por mecanismos específicos de adherencia en las superficies de mucosas. En contacto con determinados nutrientes estos microorganismos se relacionan con la película adherida a través de una matriz de polisacáridos y conforman un sistema donde crecen, maduran, se multiplican y generan ácidos como producto del metabolismo de los hidratos de carbono.<sup>9</sup>

Conforme avanza la edad, aumenta la frecuencia de la caries dental debido, entre otros factores, al cambio en los hábitos dietéticos y áreas de reincidencia del tejido.<sup>3</sup>

En los adultos mayores generalmente, la caries dental se desarrolla en zonas cervicales, contornos y bordes de obturaciones o restauraciones antiguas, y áreas fracturadas o desgastadas. Sin embargo, a medida que avanza la resorción ósea y la retracción gingival, queda expuesto el cemento de la superficie de la raíz y es posible que tales zonas se vean afectadas.<sup>2</sup>



En los pacientes de edad avanzada con dentición natural es recomendable el cepillado frecuente con una pasta fluorada como un recurso preventivo a la incidencia de caries en las regiones restauradas, coronal y radicular.<sup>2</sup>

Mención aparte merece la caries que presentan los ancianos irradiados debido a procesos tumorales malignos de cara y cuello; en ellos es mayor la incidencia de caries dentales cervicales.<sup>3</sup>

## 5.2 Caries Radicular

En el área interproximal la retención es baja; por lo tanto, se requiere la presencia de una biopelícula dental adherente. El ambiente es de una anaerobiosis relativa. En actividad las caries proximales presentan un alto porcentaje de *Streptococcus mutans*, *Lactobacillus*, *Actinomyces naeslundii* y *A. viscosus*. También *Veillonella* y *A. israelii*.<sup>9</sup>

En la actualidad, la prevalencia de la caries radicular, se ha visto aumentada en el grupo poblacional de la tercera edad. El problema de la aparición de la caries radicular adquiere particular gravedad en aquellos pacientes que poseen reconstrucciones extensas, en los que fueron rehabilitados con prótesis fija o removible, y en los que los dientes pilares sobre los que se soportan las prótesis, poseen tratamiento endodóntico.<sup>13</sup> Figura 8



Figura 8 Caries dental<sup>27</sup>



Muchos tratamientos de emergencia para el alivio del dolor se originan por la progresión acelerada y no detectada a tiempo de la caries radicular en el adulto mayor. Generalmente la eliminación del proceso infeccioso va acompañada de procedimiento de mayor complejidad.<sup>13</sup>

### 5.3 Enfermedad periodontal

Esta debe estar correctamente controlada antes de cualquier procedimiento protésico. Realizar un examen periodontal exhaustivo, mediante la ortopantomografía para corroborar, mediante un análisis radiográfico, el diagnóstico general e individual de los dientes remanentes y determinar las decisiones conducentes a exodoncias, endodoncias, tratamiento periodontal y rehabilitación posterior. Figura 9



Figura 9 Periodontitis crónica generalizada<sup>28</sup>

Los tejidos gingivales padecen los mismos caminos mencionados en otras áreas afines de la cavidad bucal, es decir, pierden queratina, por lo cual se adelgazan. El tejido conectivo, especialmente en el ligamento periodontal, se observa menor cantidad de células y fibras. En pacientes de edad avanzada es frecuente que a causa de la pérdida dentaria, la distribución de la carga oclusal se realice sobre un menor número de dientes remanentes y en una dirección diferente al eje axial del diente natural, con efectos excesivos e



inadecuados, cuyo resultado es un aumento del espacio del ligamento periodontal.<sup>3</sup>

Si se considera que la relación entre el diente y el periodonto es variable durante el proceso eruptivo, se describen cuatro etapas:

**Etapas I Y II.** La corona clínica es menor que la corona anatómica

**Etapas III.** La corona clínica coincide con la corona anatómica.

**Etapas IV.** La corona clínica es mayor que la corona anatómica.

Los pacientes geriátricos se ubican en las etapas III Y IV. También se considera en este proceso eruptivo la distancia entre el fondo del surco gingival hasta el nivel de la cresta ósea que se define como el espesor, espacio o ancho biológico, incluyendo la variación promedio por etapas (cuadro 1).

**Cuadro 1.** Niveles de inserción epitelial y de tejido conectivo.

<b>Inserción epitelial (mm)</b>	<b>Inserción del tejido conectivo (mm)</b>
I 1.35	1.08
II 1.10	1.07
III 0.74	1.06
IV 0.71	1.06

Estos datos indican que el espesor del espacio para la inserción de tejido conectivo permanece constante, y el espesor de la inserción epitelial se hace más angosto con el transcurso de los años. La pérdida de niveles de inserción normalmente es compensada con deposición adicional de cemento y aumento de fibras colágenas en el ligamento periodontal.<sup>3</sup>



## 6 Lesiones pigmentadas benignas

### 6.1 Melanosis

La melanina se produce en los meloncitos, una población especializada de células dendríticas que ocupa normalmente la región de células basales del epitelio plano en la piel y las mucosas. El aumento de número de melanocitos o de la cantidad de melanina producida por esas células, suele conducir a un aumento clínicamente visible de la pigmentación.

Según la cantidad y la distribución de la melanina presente en la piel o la mucosa, el color de la lesión oscilará entre matices de marrón, gris, negro y azul oscuro. Las diferencias de la coloración de las lesiones pigmentadas



Figura 10 Melanosis Racial oral<sup>29</sup>

tienen las siguientes explicaciones: 1) las lesiones en que la melanina confinada a las células basales tienen aspecto de color marrón; 2) las lesiones que incluyen melanina en la queratina y en el estrato de las células

espinosas son negras, y 3) las lesiones que presentan melanina en el tejido conjuntivo tienen color azul. La mayoría de las manchas melánicas orales son menores a 1 cm de diámetro y se presentan sobre la encía, la mucosa del carrillo y el paladar blando.<sup>8</sup> Figura 10

A veces se presentan pequeñas maculas pigmentadas en los labios y en las mucosas orales. La lesión del labio se denomina mancha melánica labial, y la lesión intraoral, mancha melánica oral.



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



La mancha melánica labial es asintomática, pequeña, plana, de color marrón a marrón negrozco, que se encuentra principalmente sobre el borde del bermellón del labio inferior.

## 6.2 Melanosis del fumador

El aumento de pigmentación está relacionado con un componente del humo del tabaco que estimula el aumento de la producción de la melanina.

**Clínica.** La melanosis del fumador se observa con mayor frecuencia en la parte anterior de la encía labial. Otras zonas afectadas son la mucosa del carrillo, piso de boca y el paladar blando; Cuando esta aparece en el paladar blando se puede llegar asociar con enfermedades relacionadas con el tabaco, como enfisema y carcinoma brocógeno.<sup>8</sup> Figura 11



**Figura 11** Melanosis del fumador en mucosa de la mejilla en un paciente anciano que ha fumado durante muchos años.<sup>30</sup>



**Tratamiento.** El tratamiento más eficaz es dejar de fumar, esto conducirá a la desaparición de la pigmentación en unos pocos meses. Si la pigmentación persiste después de un periodo de abstinencia del tabaco, se deberá realizar una biopsia para valorar la lesión.

### 6.3 Nevo

Es una lesión congénita de la piel o las mucosas, benigna, exofítica, habitualmente pigmentada, constituida por acumulos focales de melanocitos redondeados; según la localización de las células névicas, las lesiones específicas se clasifican en intradérmicas (mucosa), de la unión o compuestas; una forma macular, generalmente del paladar duro y formada por células fusiformes, se denomina nevo azul. Aunque los nevos intraorales pueden presentarse en varios sitios, la mayoría se encuentran en el paladar duro o en la encía. Según la distribución y la morfología de las células, los nevos se han clasificado en intramucosos, de la unión, mixtos y azules.

### 6.4 Nevo azul



Es una lesión pigmentada benigna, se presenta como una pápula cupuliforme o una macula plana de color azul oscuro situada en la piel o la mucosa. Dentro de la cavidad oral el nevo azul suele presentar en el paladar duro.<sup>8</sup>Figura 12

**Figura 12 Nevo azul.** Se localiza en línea media del paladar duro.<sup>31</sup>



## 6.5 Leucoplasia

Es una lesión precancerosa oral, blanca de la mucosa oral, que no se puede identificar con cualquier otra lesión bien definida. Aparece después de los 40 años, y tiene una incidencia mayor alrededor de los 50 años con un predominio en el sexo masculino. En su etiología se han implicado diversos factores como el tabaco, el alcohol y el papiloma-virus (HPV).

**Clínica.** Pueden aparecer aisladas o difusas, frecuentemente como lesiones múltiples capaces de extenderse a la orofaringe. La coloración oscila entre diferentes tonalidades de blanco, amarillo y gris, que se combinan uniformemente o en forma moteada con fondo eritematoso. Tiene una superficie lisa, a veces con finas fisuras o rugosa. Se distinguen dos tipos de leucoplasia: la de tipo homogéneo y la de tipo no homogéneo. La leucoplasia homogénea, se describe como una lesión blanca, uniforme, con una superficie suave o áspera. La leucoplasia no homogénea incluye: 1) eritroleucoplasia, lesión blanca que incluye áreas eritematosas; 2) leucoplasia nodular, lesión con nódulos o gránulos de color rojo o blanco, y 3) Leucoplasia verrugosa, lesión exofítica con bordes irregulares o desflecados.



Los sitios de mayor predilección son la mucosa yugal, mucosa retrocomisural, lengua, piso de boca, paladar duro y encías; Las leucoplasias deben biopsiarse para detectar la presencia de atipias celulares.<sup>12</sup>Figura 13

Figura 13 Leucoplasia. Zona ventral de la lengua.<sup>32</sup>





**Tratamiento.** Se deben eliminar los factores causales. En las leucoplasias asociadas a un factor irritativo local pueden desaparecer cuando este es eliminado. Entre las diferentes modalidades de tratamiento se incluyen la extirpación quirúrgica, la cirugía con láser de dióxido de carbono, y el tratamiento con beta- carotenos y retinoides.<sup>12</sup>

## 6.6 Eritroplasia

También llamada eritroplaquia, fue un término empleado por primera vez por Queyrat para describir una lesión roja, aterciopelada, situada en el glande del pene de hombres ancianos. Literalmente, el termino significa “mancha o placa roja”. El término se usa para describir lesiones mucosas rojas de la cavidad oral que no tienen causa aparente.

**Clínica.** La eritroplasia oral, suele ser una lesión asintomática que aparece principalmente en hombres mayores que fuman cigarrillos. Pueden localizarse en el piso de boca, superficie lateral y ventral de la lengua, paladar blando y mucosa del carrillo.



**Figura 14 Eritroplasia.**  
Área roja ligeramente nodular.<sup>33</sup>

**Tratamiento.** En todas las lesiones de eritroplasia se tiene que realizar una biopsia, para determinar su naturaleza exacta. El tratamiento depende de un estudio histopatológico específico en cada caso. La displasia y el CIS se tratan mediante extirpación local.<sup>8</sup> Figura 14



## 7 Infecciones orales

### Infecciones víricas

#### 7.1 Virus del herpes I (VHS-1)

Los dos tipos clínicos más importantes de infecciones por herpes simple oral recidivante son, según la localización de las lesiones, el herpes labial recidivante y el herpes intraoral recidivante. El herpes labial afecta los labios, mientras que el herpes intraoral involucra el declive del paladar duro o la encía del maxilar.

En el aspecto clínico las lesiones labiales afectan la piel y se caracterizan por la formación de vesículas llenas de líquido, forman úlceras y se resuelven en forma de lesiones costrosas de color pardo. Las lesiones intraorales se manifiestan en las mucosas, tienen un aspecto punteado con una base roja o blanca y desaparece lentamente.

La infección por el virus del herpes simple tipo 1 es más frecuente en niños y adultos jóvenes, aproximadamente el 10 % tienen un antecedente de herpes labial. Los síntomas son alteraciones efectivas, del humor, de la memoria y

de la conducta. La encefalitis hemorrágica necrosante se produce y es más grave en las regiones inferior y medial de los lóbulos temporales y en circunvoluciones orbitofrontales. Puede haber cuerpos de inclusión víricos intranucleares de Cowdry.<sup>18</sup>Figura 15



**Figura 15 Herpes simple tipo I.** Zona intraoral, paladar blando.<sup>34</sup>



## Infecciones bacterianas

### 7.2 Candidiasis

Cándida es una levadura dimórfica frecuente e inocua, que vive sin producir enfermedad en la cavidad oral hasta el 68% de los individuos sanos.<sup>14</sup>

Candidiasis hoy un término ampliamente aceptado para abarcar muchas formas clínicas de infección por miembros del género cándida. Entre los agentes infecciosos oportunistas, los miembros del género cándida suelen ser los primeros en sacar partido de cualquier reducción del sistema defensivo de la célula huésped.

**Clínica.** En la cavidad oral la cándida albicans tiene lugar en la superficie de la mucosa, donde adoptan varias formas clínicas. Estas pueden ser blancas y se pueden eliminar fácilmente mediante raspado, mientras que otras no. Algunas otras tienen un aspecto rojo brillante, lo cual se debe a atrofia y erosión del epitelio y a una intensa inflamación del tejido conjuntivo subyacente. La candidiasis es el prototipo clásico de una infección oportunista.

Se trata de un microorganismo comensal de la cavidad oral que se convierte en patógeno cuando existen los factores predisponentes apropiados.<sup>8</sup> Figura 16



**Figura 16 Candidiasis.** Zona intraoral, paladar blando y dorso de la lengua.<sup>35</sup>



Algunas de las causas frecuentes de esta forma de candidiasis son: uso prolongado de antibióticos, que trastorna el equilibrio de la flora oral; uso de corticoides sistémicos, que induce inmunosupresión; infección por el VIH; xerostomía crónica debida a radioterapia, quimioterapia o medicación; Síndrome de Sjögren y diabetes mellitus. El diagnóstico de candidiasis puede confirmarse mediante frotis citológicos de la seudomembrana teñidos con PAS.

**Tratamiento.** El tratamiento con medicación antifungica es eficaz para aliviar los síntomas y la mayoría de las infecciones en 1 o 2 semanas. Si las lesiones no experimentan una regresión inmediata, el paciente puede estar gravemente inmunosuprimido y albergar otras especies de cándida, Estos pacientes pueden necesitar medicamentos más potentes que los derivados azólicos habituales, como por ejemplo anfotericina B.<sup>8</sup>

### 7.3 Queilitis angular

Es un trastorno proliferativo o ulcerado, rojizo y marcado por una o varias fisuras profundas que se extienden desde los ángulos de la boca. Por lo general, las lesiones son bilaterales, so sangran y se limitan al bermellón y la superficie cutánea. Aunque se han citado factores, como la disminución de la



dimensión vertical de las dentaduras protésicas, anemia ferrotípica y vitamina B como factores predisponentes o al ser asociados con el desarrollo de esta lesión, una de sus causas fundamentales es infección por *C.albicans*.<sup>4,14</sup> Figura 17

Figura 17 Queilitis angular.<sup>36</sup>



**Tratamiento.** El tratamiento consiste en identificar los factores predisponentes y erradicar la infección local. Las pomadas antifungicas solas o en combinación con antibióticos, si existe infección bacteriana, suelen ser eficaces para tratar la queilitis angular.<sup>8</sup>

## 7.4 Estomatitis por prótesis dental

El enrojecimiento difuso del paladar que se aprecia bajo las prótesis dentales ha supuesto un problema diagnóstico durante años. Sus causas parecen ser multifactoriales: las principales son traumatismo protésico, placa dentobacteriana e infección candidiasica.

El uso continuo de dentadura protésica se considera como un factor de riesgo, al igual que el tabaquismo, así como también la utilización de prótesis mal ajustadas. La reacción inflamatoria puede deberse a: 1) invasión tisular por microorganismos; 2) efecto de toxinas micóticas, 3) hipersensibilidad al hongo, 4) bacterias, o 5) ácidos carboxílicos producidos por microflora de la placa de la prótesis dental.

**Clínica.** Se produce bajo dentaduras protésicas totales o parciales y es más frecuente en mujeres. Las lesiones suelen limitarse al paladar y rara vez o nunca afectan a la cresta mandibular.

Las lesiones son totalmente asintomáticas o bien pueden presentar una pequeña molestia y sequedad oral, molestias que se pueden describir como quemazón. El tejido palatino aparece rojo brillante, algo edematoso y granular.<sup>14</sup> Figura 18



**Figura 18. Estomatitis protésica.**  
Lesión en zona del paladar dura.<sup>37</sup>



**Tratamiento.** Su tratamiento incluye la corrección de los defectos de la prótesis, higiene oral y de la prótesis y tratamiento antifúngico.<sup>14</sup>

## 8 Trastornos mediados por procesos inmunitarios.

### Trastornos mucosos y cutáneos

#### 8.1 Liquen plano

Es una enfermedad caracterizada por pápulas de color blanco, cuyo rasgo principal lo sustituyen las estrías de Wickham. Es un estado precanceroso con una doble patogenia de lesión inflamatoria y lesión queratinizante; las lesiones orales comúnmente anteceden a las cutáneas y clínicamente se puede distinguir una forma atrófica y una erosiva.

La descripción clásica del liquen plano incluye la presencia de líneas irregulares y forma de red de color blanco que sobresalen muy poco de la mucosa normal, y su distribución con tendencia a la simetría, adopta en ocasiones forma circular o anular, dejando así siempre un centro erosionado. La localización más frecuente es en la zona posterior de la cara interna de



los carrillos, lengua, labios, paladar duro, velo palatino y piso de boca.

El tratamiento consiste en reequilibrar el componente psicosomático, la diabetes y los traumatismos en el caso de que existan. Se aconseja suprimir los irritantes locales de cualquier tipo, los focos sépticos y las

**Figura 19 Liquen plano.** Lesión reticular en la mucosa del labio inferior. Se observan estrías blancas conocidas como estrías de Wickham.<sup>38</sup>



enfermedades generales.<sup>2</sup>Figura 19

## 8.2 Pénfigo vulgar

Forma parte de un grupo de enfermedades dermatológicas en las que se produce descamación epitelial debido a anticuerpos que atacan al desmosoma del sistema de cohesión intercelular.

**Clínica.** Es más frecuente entre los 40 y 60 años de edad. Fármacos como la penicilina y la presencia de neoplasias maligna preexistente parecen producir lesiones idénticas a las de la forma común del PV. Las lesiones intraorales aparecen con mayor frecuencia en el paladar blando, donde presentan una breve fase.

**Tratamiento.** Requiere dosis altas y prolongadas de prednisolona, entre 150 y 360 mg diarios durante 6 a 10 semanas.<sup>8</sup>Figura 20



**Figura 20 Pénfigo vulgar.** Lesión en la mucosa del labio inferior.<sup>39</sup>



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



---

## 9 Lesiones del tejido conjuntivo

### Tejido fibroso

#### 9.1 Fibrosis alveolar

Es una lesión causada por una respuesta a la reabsorción del reborde óseo. Se localiza en el borde anterior del maxilar, principalmente en la zona de los incisivos superiores. Se caracteriza por la presencia de un tejido alveolar flácido enrojecido, asintomático y se asocia a un trauma oclusal sobre el proceso alveolar. Se identifica como un tejido blando y de un color natural a un tejido granuloso con color intenso.

**Tratamiento.** No se recomienda realizar la extirpación quirúrgica, ya que se puede perder el único reborde capaz de sostener una prótesis dental. Se realiza una técnica protésica. Es importante fibrosar el tejido con soluciones de glucosa periódicas antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento protésico.<sup>11</sup>

#### 9.2 Hiperplasia fibrosa inflamatoria

Antiguamente conocida como épulis fisurado, la hiperplasia fibrosa es la proliferación del tejido conjuntivo fibroso asociado con inflamación crónica en respuesta a una lesión crónica.

Las prótesis mal ajustadas con rebordes de longitud excesiva que irritan el tejido vestibular tras reabsorberse el tejido alveolar pueden estimular la proliferación fibroblástica y la síntesis de colágeno.<sup>8</sup>





**Clínica.** El tejido hiperplásico forma lobulillos o pliegues y puede llegar a presentar fisuras en el reborde donde la prótesis contacta con el tejido, en la



**Figura 21 Hiperplasia fibrosa inflamatoria.**<sup>40</sup>

base de las depresiones lineales la mayoría de estas lesiones son eritematosas, blandas, flácidas y móviles como se muestra en la figura 21. La localización más frecuente es a lo largo de los bordes de la prótesis. Figura 21

**Tratamiento.** Las lesiones disminuyen de tamaño al retirar o modificar la prótesis, debido a la disminución de la inflamación. El componente fibroso permanente ya formado se mantendrá, produciendo una zona irregular e inestable de tejido blando. Para que una prótesis resulte funcional y satisfactoria debe extirparse por completo toda masa fibrosa residual antes de su fabricación.<sup>8</sup>

## 10 Trastornos de las glándulas salivales

### Enfermedades mediadas por procesos inmunitarios



**Figura 22 Paciente con Xerostomía aguda.** Muestra un aumento de la viscosidad salival.<sup>41</sup>

#### 10.1 Xerostomía

Es la disminución del fluido salival, y está relacionada directamente con los pacientes de la tercera edad. Figura 22.

Se debe a una atrofia gradual de todos sus



componentes:

- El parénquima se esclerosa.
- Las células secretorias de los acinos y de los canalículos se atrofian.
- Los acinos glandulares disminuyen en número y padecen degeneración de grasa y acumulación de tejido linfoide.

Como consecuencia, se observan modificaciones cualitativas de la secreción glandular:

- El poder enzimático disminuye en un 75%, afectando especialmente a la amilasa.
- La concentración de sodio y potasio aumenta a partir de los 40 a 45 años de edad, aunque no siempre pueden encontrarse modificaciones del cociente Na/K.
- La viscosidad salival aumenta; sin embargo, en este punto no existe unanimidad de opiniones.

La xerostomía se debe a factores locales o generales. Entre los primeros el abuso de alcohol o tabaco, la aplasia de glándulas salivales o neoplasias de la cavidad oral.

**Síntomas de la Xerostomía.** Cuando la disminución de la saliva es moderada, además de la sequedad una sensación de ardor o quemazón, especialmente en el nivel de la lengua.<sup>2, 3.</sup>



Cuando la disminución de saliva es mayor, además del ardor, puede aparecer dolor.

El adulto mayor tiene dificultad para hablar, masticar y deglutir. Necesita ingerir líquidos mientras come. Lo mismo ocurre durante el sueño, cuando la disminución fisiológica de la secreción salival exagera la patología y obliga a reiteradas ingestiones de líquido. Ya en este estado, las mucosas se alteran; aparecen secas, enrojecidas; fisuras, grietas, escamas y costras en los labios son alteraciones que se observan con frecuencia. La composición salival se modifica, pasando de serosa a mucinosa.<sup>2</sup>

Causa frecuente de molestias masticatorias y dentales en el anciano suele ser síntoma de enfermedad sistémica (diabetes, uremia, síndrome de Sjörgren, deshidratación, procesos inflamatorios crónicos, fracaso cardiaco) o efecto secundario a gran cantidad de fármacos (antidepresivos, especialmente las fenotiacinas, antihipertensivos, anticolinérgicos, diuréticos y antihistamínicos).

**Tratamiento.** El tratamiento consiste en evitar alimentos secos, alcohol y tabaco, favorecer la higiene bucal y estimular la salivación con limón o goma de mascar. Pueden utilizarse sustitutos salivales.<sup>4</sup>

## 10.2 Síndrome de Sjörgren

Es una enfermedad crónica, autoinmune, caracterizada por la sequedad de mucosas, principalmente oral (xerostomía) y ocular (xeroftalmia), debida a la disminución o ausencia de secreciones glandulares.<sup>15</sup>



Para caracterizar a un paciente con SS debe confirmarse el carácter inflamatorio de la sequedad mediante el análisis histopatológico de las glándulas salivales, en las que necesariamente, se observa un infiltrado linfoplasmocítico benigno, focal, periductal y con una magnitud importante en la mayoría de los acinos examinados.<sup>15</sup>

**Características Clínicas.** Con frecuencia se desarrolla sequedad nasal y formación de costras, con ulceración y de modo infrecuente, perforación del tabique nasal. El componente oral del SS está caracterizado por una sensación de sequedad acompañada de sed y dificultad para masticar. La boca seca también puede ir acompañada de cambios en la voz, y esta puede tornarse ronca y débil. A veces, puede disminuir la agudeza del gusto, lo cual puede o no ir asociado a la alteración del olfato. Cuando hay sequedad, existe una mayor posibilidad de desarrollar caries y enfermedad periodontal.<sup>10, 15.</sup>Figura 23



Figura 23 Características clínicas del Síndrome de Sjögren.<sup>42</sup>

**Diagnóstico.** Para distinguir la hipertrofia de las glándulas lagrimales y salivales, es necesario realizar una biopsia de labio (para examinar las glándulas salivales menores). Existen diversas pruebas disponibles para el diagnóstico del SS, estas incluyen un examen de ojos, la medida de la producción lagrimal y de la saliva, el examen de las glándulas salivales y la biopsia de las glándulas salivales menores para determinar la presencia de infiltrado inflamatorio.<sup>10,15.</sup>



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



Este último examen es el principal criterio de diagnóstico, siempre que su realización e interpretación sean adecuadas. En la mayoría de los casos, los síntomas secos son los que motivan la consulta del paciente. Sin embargo, dado que estos síntomas pueden ser subestimados, no es raro que el SS sea diagnosticado en un paciente con compromiso distinto a la xerostomía o xeroftalmia.<sup>10</sup>

**Tratamiento.** Enfocado a las manifestaciones glandulares, el tratamiento farmacológico, será dirigido a la afectación sistémica de la enfermedad. El paciente deberá evitar: áreas de fumadores, poca humedad, diuréticos y anticolinérgicos. Lubricar: utilizando lágrimas artificiales. Una recomendación es por la mañana, poner un paño o gasas húmedas sobre los ojos, durante varios minutos.<sup>8</sup>

## 11 Lesiones físicas y químicas

### 11.1 Dientes

La importancia de los dientes y la masticación en las funciones digestivas es tan conocida que ocupan casi un lugar común, en particular en ancianos y en las alteraciones del envejecimiento dental y de la masticación. Su imagen desdentada con las deformaciones de la fisonomía por atrofia mandibular y de los maxilares, es la consecuencia extrema de las modificaciones que sufren los dientes y el periodonto en el envejecimiento.<sup>5</sup>

La dentina parece más dura en algunas áreas, en otras más frágil y de color amarillo pardusco, las encías se atrofian y en consecuencia, cada vez son más notables recesiones gingivales. Como el hueso alveolar también se



atrofia en forma progresiva, aumenta la movilidad de los dientes que al final se caen.<sup>2,5.</sup>



Figura 24 Cambios de la dentina. Corte histológico.<sup>43</sup>

La forma, el color, el tamaño y diversas estructuras de los dientes representan una respuesta de adaptación a los estímulos biológicos de las necesidades; determinan la edad aproximada de una persona por medio de su dentadura y ofrece muchos signos característicos. La estructura del diente se altera simultáneamente con otros cambios del organismo, ya que los tejidos de revestimiento experimentan una adaptación proporcional. Figura 24

El borde incisal y las superficies oclusales de los dientes se van desgastando con el avance de los años y por el uso continuo; con el envejecimiento hay aumento de la densidad del hueso alveolar restante, con deshidratación y endurecimiento de los tejidos elásticos. Se ha discutido mucho acerca de las causas que ocasionan la pérdida de los dientes en los adultos mayores; según algunos investigadores este fenómeno sería enteramente natural y fisiológico; para otros, los perderían por factores patológicos y no por la edad avanzada.

En la dentadura natural las señales de la edad y del uso están representadas por la atrición y erosión de los tejidos duros.<sup>2</sup>



**Figura 25 Cambios en el esmalte.**  
Corte histológico.<sup>44</sup>

El esmalte que se encuentra en la superficie del diente se desgasta y hay obliteración por reacción de los túbulos de la dentina, que es el tejido que se encuentra inmediatamente por debajo del esmalte. Por la falta de dentición, pero así mismo por las alteraciones de los músculos y las articulaciones, la masticación no es como en jóvenes y aparecen repercusiones en las funciones digestivas y la nutrición.<sup>2,5.</sup> Figura 25

### 11.1.1 Abrasión

Se define como la pérdida patológica de tejido mineralizado dentario, provocada por acciones mecánicas anormales producidas por objetos extraños introducidos en forma repetida en la boca y que contactan con los dientes y generan la pérdida de los tejidos duros a nivel del límite amelo cementario. La principal causa de esta patología es la excesiva e inadecuada higiene dental.<sup>9,16.</sup>



**Figura 26 Abrasión dental.**<sup>45</sup>

**Clínica.** Su localización es en el límite amelo cementario, frecuentemente por vestibular y desde los caninos hasta el primer molar. Los dientes más afectados son los premolares maxilares.<sup>9</sup> Figura 26

El tipo y el grado del desgaste depende de:



- La técnica de cepillado
- El tejido dentario involucrado
- El contenido de sustancias abrasivas en la pasta dental.<sup>16</sup>

La abrasión siempre va acompañada de una recesión del margen gingival con defectos mucogingivales o sin ellos.<sup>16</sup>

### 11.1.2 Atrición

Es el desgaste fisiológico de los tejidos duros dentarios por el contacto del diente- diente, sin interposición de sustancias y elementos extraños. Un ejemplo de esto ocurre durante la deglución o el habla, y el desgaste resultante se produce en las caras oclusales y los bordes incisales.



Figura 27 Atrición dental.<sup>46</sup>

El grado de la atrición se asocia con el envejecimiento de las piezas dentarias.

Clínicamente este tipo de pérdida de sustancia se observa como formación de facetas de aspecto brillante y pulido.<sup>8</sup>Figura 27

### 11.2 Resorción ósea

Cuando hay pérdida de órganos dentarios, el alveolo que forma parte del sistema anatomofisiológico conocido como odontón pierde su función y se va resorbiendo lenta y gradualmente. Este proceso se encuentra influido por





la osteoporosis de los maxilares, que se acelera en ciertos estados carenciales, avitaminosis y en diversos trastornos endocrinos.<sup>2</sup>

Este proceso de resorción ósea se produce por la pérdida de piezas dentarias, que significa la supresión de la estimulación normal del hueso alveolar, dando origen a la formación de hueso de neoformación, que es mucho más reducido.

Por otra parte, los osteoblastos van disminuyendo de número en la zona esponjosa del hueso, a causa de la degeneración grasosa de la medula



ósea, con predominio de osteoclastos. Cuando la resorción alveolar se ha producido de forma acelerada durante la menopausia, se acompaña de osteoporosis en la ancianidad.<sup>2</sup>Figura 28

**Figura 28 Resorción ósea.** Se observa el proceso de pérdida ósea, provocando protrusión mandibular.<sup>47</sup>

## 12 Lengua

### 12.1 Glositis migratoria benigna (Lengua geográfica)



A pesar de que no se conoce su etiología, se relaciona con problemas de tipo inmune, en pacientes que padecen asma o rinitis, con problemas de estrés y con infecciones micóticas o bacterianas.<sup>11</sup>Figura 29

**Figura 29. Lengua geográfica.** Lesión localizada en el dorso de la lengua.<sup>48</sup>



Se caracteriza por la presencia de zonas descamadas generalmente redondeadas en cuyo centro hay atrofia de papilas filiformes y en la periferia tiene bordes ligeramente elevados blancos o amarillentos que se extienden por diferentes zonas de la lengua, esto ocurre a lo largo de días o semanas. Generalmente es asintomático. Cuando hay infección micótica se debe manejar con terapia antifúngica.

## 12.2 Lengua fisurada

Es una afectación en la parte dorsal de la lengua y se caracteriza por presentar múltiples canales, fisuras o surcos, cuya extensión y profundidad es muy variable. A veces, se presenta un surco central único, pero generalmente, se observan múltiples surcos paralelos. Algunos autores asocian su origen a la transmisión genética con carácter dominante autosómico, pero otros, lo relacionan con deficiencias vitamínicas. También se ha visto asociada al síndrome de MelkerssonRosenthal y según algunos autores, es una alta proporción, a la lengua geográfica.

Además, se puede presentar transitoriamente durante infecciones de origen micótico que remite ante la terapia antimicótica. Esta condición facilita la presencia de microorganismos oportunistas en la cavidad oral y pueden ocasionar un cambio en la microflora oral que afecta el equilibrio



microbiológico, contribuyendo al desarrollo de otras condiciones, por ejemplo, la halitosis y se desconoce su interrelación con la microbiología de la enfermedad periodontal.<sup>11</sup>Figura 30

Figura 30 Lengua fisurada.<sup>30</sup>



### 12.3 Varices linguales



Son venas tortuosas, dilatadas, cuyo desarrollo está sujeto al aumento de la presión hidrostática, con disminución de la resistencia de sus paredes, de color azul rojizo y con escaso tejido de soporte.<sup>2</sup>Figura 31

Figura 31 Varices linguales.<sup>49</sup>

### 12.4 Lengua saburral

Esta patología es frecuente su aparición en personas de la tercera edad y se



caracteriza por localizarse sobre el dorso de la lengua, una pigmentación blanquecina que contiene restos de células epiteliales, detritus alimenticio, restos epiteliales, leucocitos, bacterias, virus, etc. Es un material que se adhiere a la lengua y su origen es la falta de higiene. Permite la colonización de otros microorganismos que producen compuestos sulfatados y la aparición de halitosis.<sup>11</sup>Figura 32

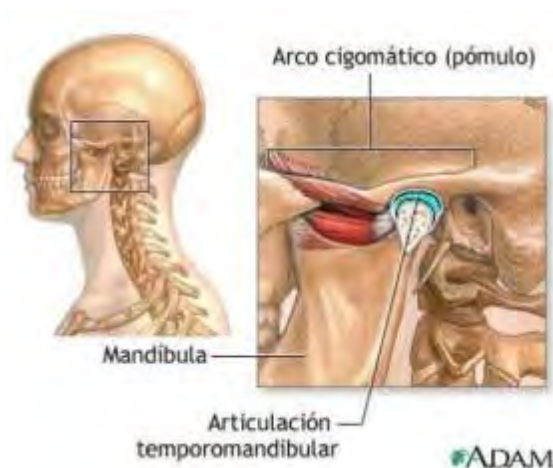
Figura 32 Lengua saburral.<sup>50</sup>



### 13 Disfunción de la Articulacióntemporo-mandibular (ATM).

Es una manifestación de subluxación articular pero es asintomático. Se produce casi simultáneamente un aplanamiento al principio y se torna más marcado después, esto es, conlleva un aplanamiento de la superficie articular, reduciéndose casi al mismo tiempo el tamaño del cóndilo mandibular, y como consecuencia de todo ello se presenta un mayor grado de relajación en los movimientos que realiza la articulación, también ocurren alteraciones del disco articular con la edad avanzada, estas obedecen a un proceso fisiológico de desgaste.<sup>3,11.</sup>

Los adultos mayores pueden llegar a reflejar una manifestación local de otras patologías sistémicas como la artritis o con frecuencia la artrosis, problemas inmunológicos que afectan también la ATM. Además, refleja una historia de patología oral como son las pérdidas dentales, los hábitos orales, la falta de rehabilitación protésica, etc.<sup>11</sup>



Los pacientes geriátricos edéntulos con frecuencia realizan movimientos de latero-protrusión cuando llegan a la posición de relación céntrica y movimientos asimétricos en la fase terminal de su ciclo masticatorio.<sup>3</sup>Figura 33

Figura 33 Localización de la articulación temporomandibular.<sup>51</sup>



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología

---



Estos cambios estructurales no presentan sintomatología, y con frecuencia se ha comprobado una disminución significativa de los síntomas de alteraciones del complejo cóndilo-disco, conforme envejecen.<sup>3</sup>

Es muy frecuente eso si encontrar en el paciente edéntulo algún grado de inestabilidad mandibular, que se refleja en clínica con la multiplicidad de posiciones céntricas y seguramente con la falta de control de los músculos masticatorios.<sup>11</sup>



## **4 Planteamiento del problema**

Hoy en día el envejecimiento es un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y desarrollan a lo largo de la vida.

Al envejecer creemos que es sinónimo de deterioro, enfermedad, abandono; y no debería ser así. Envejecer es vivir cambios en los órganos y sistemas, que con ello aumenta el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades, por lo que hay que estar preparado para enfrentar las necesidades y trazar metas para mejorar la salud del adulto mayor. Por lo que es importante generar conocimiento que responda a las inquietudes y los cambios bucales en los adultos mayores, así como determinar e identificar los cambios y necesidades del mismo.

¿Es posible identificar las necesidades de atención oral en un grupo de adultas mayores?

## **5 Justificación**

Respondiendo a las necesidades demográficas que hay hoy en día a nivel mundial en adultos mayores, siento la necesidad de complementar mi formación profesional ampliando mis conocimientos con esta revisión de la literatura y a la vez corroborar en trabajo de campo la situación de salud oral en esta población, para de esta manera apoyar de manera formativa a los cuidadores primarios que asisten una silo de adultas mayores y a su vez capacitar a las que su estado de salud les permita ser autodidactas.



## **6 Objetivos**

### **6.1. Objetivo general**

Identificar las principales manifestaciones orales en un grupo de adultas mayores del asilo “nuestra señora de Guadalupe”.

### **6.2. Objetivos específicos**

- Evaluar las necesidades de atención oral en las adultas mayores del asilo “nuestra señora de Guadalupe”.
- Diseñar estrategias de cuidados orales comunitarios para las adultas mayores del asilo “nuestra señora de Guadalupe”.
- Capacitar al personal responsable para el aseo bucal de las adultas mayores en el asilo “Nuestra señora de Guadalupe”.



## 7 Metodología

### Cronograma de actividades

<b>Día-hora</b>	<b>Actividad</b>	<b>Estrategia</b>	<b>Realizó</b>
<b>31/01/2018 11:30 am</b>	Presentación del programa a la directora del asilo.	Entrevista Solicitud de permiso para acceder al asilo.	Tesista
<b>7/02/2018 10-11:30 am</b>	Presentación	Elaboración de gafetes.	Tesista
<b>14/02/2018 10-11:30 am</b>	Se realizó la primera exploración oral y una encuesta en 6 de las pacientes.	Hojas de evaluación	Tesista
<b>21/02/2018 10-11:30 am</b>	Se realizó la segunda exploración oral y una encuesta en las pacientes que restaban.	Hojas de evaluación	Tesista
<b>28/02/2018 10-11:30 am</b>	Se realizó una exposición en 2 grupos de 6 pacientes cada uno.	Presentación en PowerPoint	Tesista
<b>07/02/2018 10-11:30 am</b>	Se realizó una exposición explicando técnica de cepillado y como realizar la higiene de las prótesis. Se capacito a la enfermera a	Cepillos dentales Gasas	Tesista y personal a cargo de las pacientes del asilo.





Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



	cargo del turno de la mañana y de la tarde, para realizar la exploración bucal de las pacientes.		
<b>14/02/2018 10-11:30 am</b>	Se entregaron los resultados obtenidos en el trabajo de investigación.	Hojas de resultados	Tesista

### 7.1 Tipo de estudio

El estudio del presente trabajo es un estudio transversal observacional prolectivo.

### 7.2 Población de estudio

- ✓ Adultas mayores del asilo "Nuestra señora de Guadalupe".



Adultas mayores del asilo "Nuestra señora de Guadalupe". FuenteDirecta



### 7.3 Selección y tamaño de la muestra

- ✓ 13 Adultas mayores del asilo “Nuestra señora de Guadalupe”.

### 7.4 Criterios de selección

#### 7.4.1 Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes que tengan capacidad de realizar actividades por sí mismas.
- ✓ Pacientes que cooperen voluntariamente.
- ✓ Pacientes en las que se pudiera realizar la exploración oral.

#### 7.4.2 Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes en estado sistémico de gravedad.

### 7.5 Definición operacional de las variables

#### Variables utilizadas en el estudio.

Variable	Definición	Unidad de medida	Tipo
<b>EDAD</b>	Años cumplidos al momento de la entrevista	Años	Numérica
<b>Alteraciones del desarrollo de la región oral</b>	Apéndice del frenillo, Gránulos de Fordyce, Leucodema, Torus mandibular, Torus palatino		Nominal



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



<b>Infecciones de los dientes y del hueso</b>	Caries, caries radicular, enfermedad periodontal.	Nominal
<b>Lesiones pigmentadas benignas</b>	Melanosis racial, nevo azul, leucoplasia, Eritroplasia.	Nominal
<b>Infecciones orales</b>	Virus del herpes I, Candidiasis, Queilitis angular, Estomatitis protésica.	Nominal
<b>Trastornos mediados por procesos inmunitarios</b>	Xerostomía, Síndrome de Sjögren.	Nominal
<b>Lesiones Físicas y Químicas</b>	Abrasión, atrición, resorción ósea.	Nominal
<b>Lengua</b>	Glositis migratoria benigna, lengua fisurada, varices linguales, lengua saburral.	Nominal
<b>ATM</b>	Disfunción de la articulación Temporo-mandibular.	Nominal
<b>Pacientes desdentadas</b>	Sin presencia de órganos dentales	Nominal

## 7.6 Método de recolección de la información

- ✓ Para poder llevar a cabo el estudio de investigación, se realizó un formato de solicitud para poder acceder al asilo “Nuestra señora de Guadalupe”, se presentó el protocolo de las actividades a realizar durante un periodo de 7 semanas.



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



- ✓ Se diseñó una hoja de evaluación para conocer el estado bucodental y sistémico de las adultas mayores, para posteriormente aplicarla a cada una de las pacientes, así como la exploración física.
- ✓ Se elaboró una base de datos en Excel para recolectar la información de las hojas de evaluación.

## **7.7 Recursos**

### **7.7.1 Recursos humanos**

- ✓ 1 Tesista Valeria Reza Luna.
- ✓ 1 Asesora de tesis.
- ✓ 1 Enfermera del asilo.
- ✓ 1 cuidadora del asilo.
- ✓ Directora del asilo “Nuestra señora de Guadalupe”.

### **7.7.2 Recursos materiales**

- ✓ Hojas de evaluación.
- ✓ Abatelenguas
- ✓ Guantes desechables.
- ✓ Cubrebocas.
- ✓ Gasas



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



- ✓ Presentación en PowerPoint de técnica de cepillado y patologías.
- ✓ Cepillos dentales.
- ✓ Gafetes
- ✓ Colores
- ✓ Cartulina

## **7.8 Análisis estadístico**

De acuerdo al tamaño de la muestra, se realizó un análisis descriptivo utilizando Microsoft Excel.

## **7.9 Consideraciones éticas**

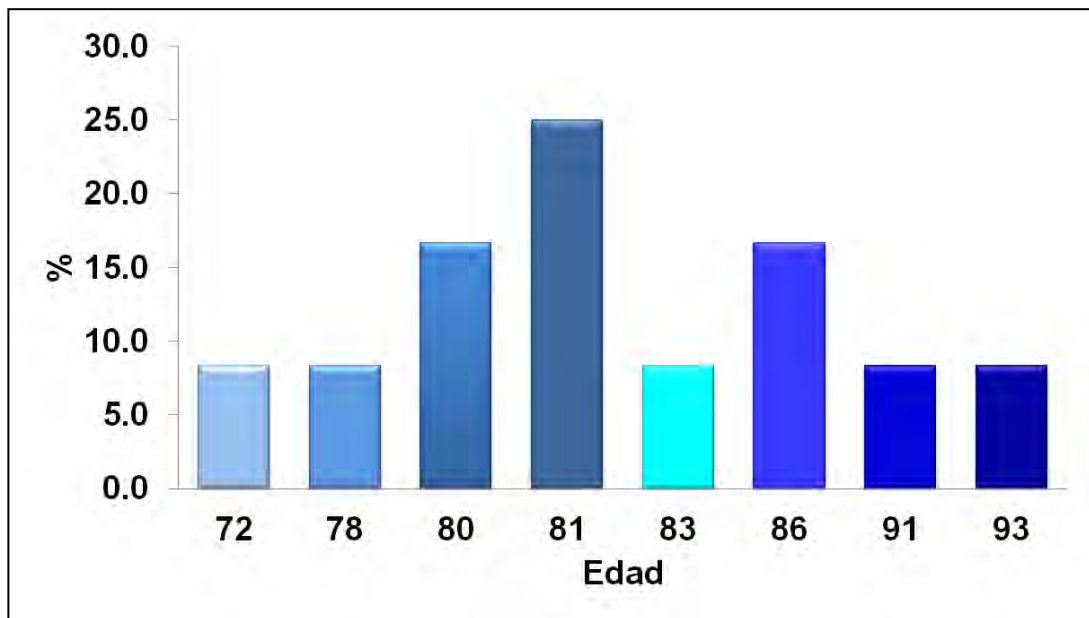
De acuerdo al reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud, en su capítulo II (de la investigación en comunidades) del artículo 30. Cuando los individuos que conforman la comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, la Comisión de Ética de Institución a la que pertenece el investigador principal podrá autorizar o no que el escrito de consentimiento informado de los sujetos sea obtenida a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad. Por lo que no hubo necesidad de utilizar un consentimiento informado de manera individual.



## 8 Resultados

En nuestro estudio la muestra estuvo constituida por 12 pacientes femeninas, con un promedio de edad de 82.6 años

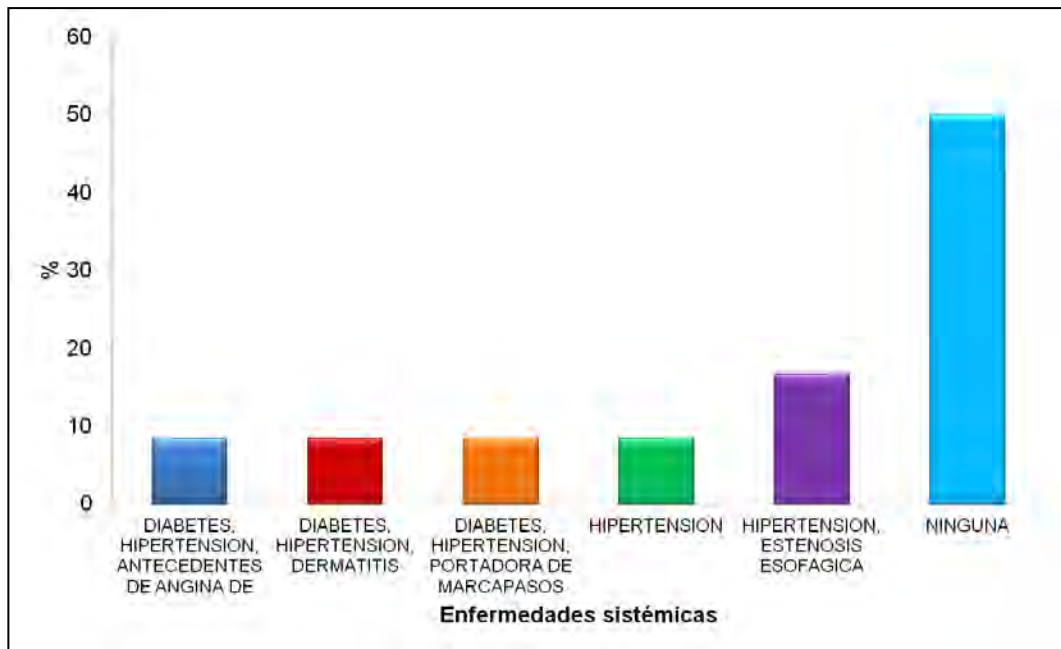
En la gráfica 1, se observa que en la distribución por años de edad hubo una mayor frecuencia de pacientes con 82 años.



Gráfica 1 Edad actual de las pacientes. Fuente directa



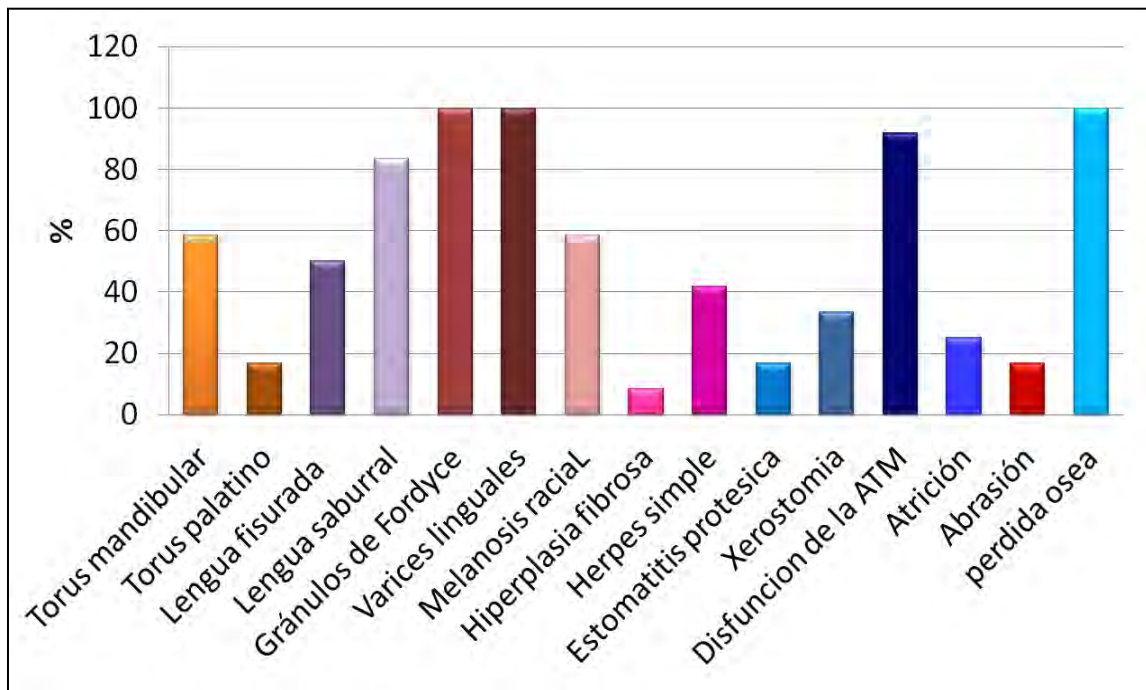
El 50% de la población padecía enfermedades sistémicas, siendo la hipertensión el padecimiento más frecuente.



**Gráfica 2 Enfermedades sistémicas presentes en las pacientes en estudio.** Fuente directa



En la gráfica 3 se describe la presencia de manifestaciones orales detectadas en la población de estudio, observando que el total de las pacientes presentaba gránulos de fordyce, varices linguales y pérdida ósea, y la de menor frecuencia fue la hiperplasia fibrosa 1(8%).

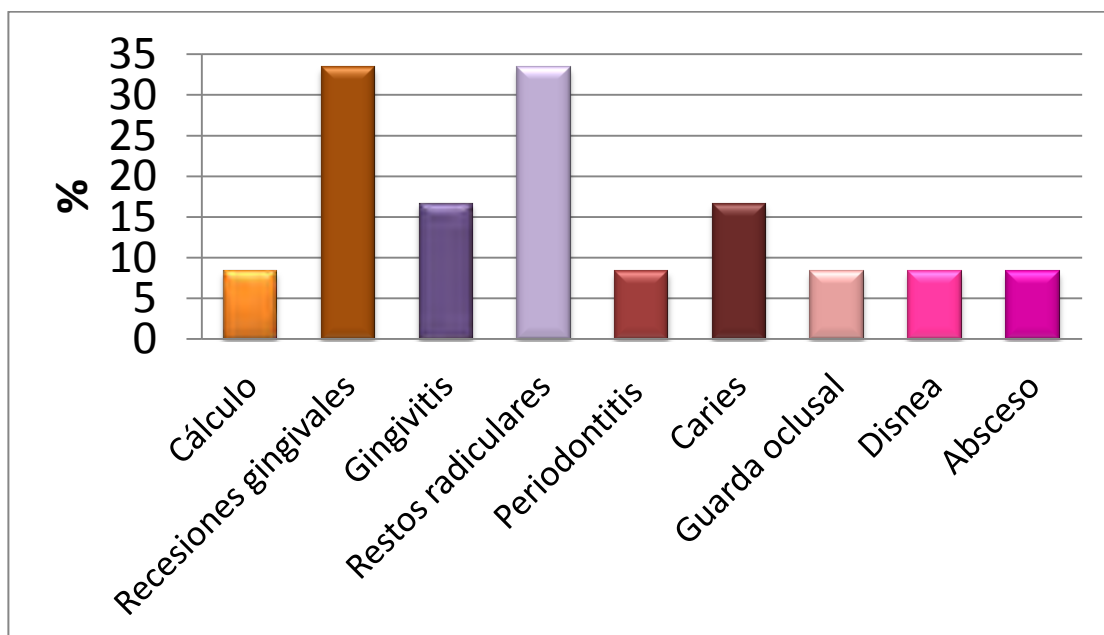


**Gráfica 3** Manifestaciones orales presentes en la población de estudio. Fuente directa





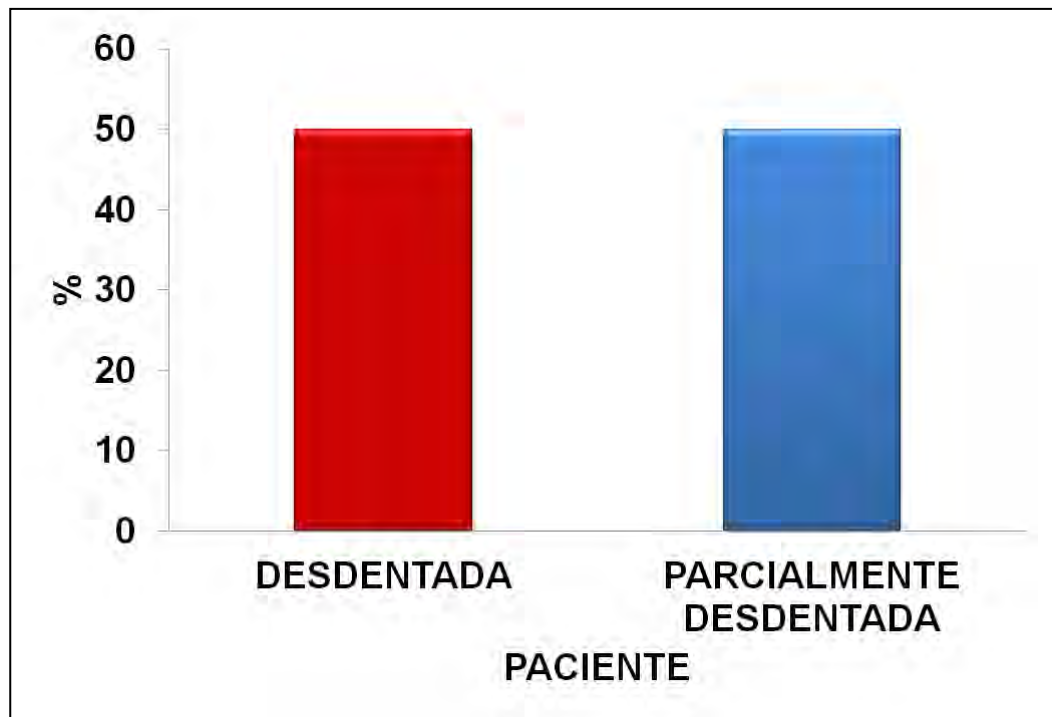
En la gráfica 4 se describen las observaciones alternas a la exploración oral, en las cuales 4 de las 12 pacientes presentaron recesiones gingivales, así mismo 4 de 12 pacientes presentaron restos radiculares.



**Gráfica 4 Observaciones detectadas en la población de estudio.** Fuente directa



El 50% de las pacientes era totalmente desdentada y el otro 50% era parcialmente desdentado.



**Gráfica 5** Porcentaje de pacientes desdentadas total y parcialmente. Fuente directa



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



Al estratificar por edad se observó que el 66.6% eran mayores de 80 años, posteriormente se analizaron las mismas variables en los dos grupos observando una mayor frecuencia en las pacientes mayores de 80 años.

Manifestación oral	≤80 años		>80 años	
	n	%	N	%
Torus mandibular	2	16.67	4	33.33
Torus palatino	0	0.00	1	8.33
Lengua fisurada	3	25.00	3	25.00
Lengua saburral	4	33.33	6	50.00
Gránulos de Fordyce	4	33.33	8	66.67
Varices linguales	4	33.33	8	66.67
Melanosis racial	3	25.00	4	33.33
Hiperplasia fibrosa	0	0.00	1	8.33
Herpes simple	2	16.67	3	25.00



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



---

<b>Estomatitis protésica</b>	<b>1</b>	<b>8.33</b>	<b>1</b>	<b>8.33</b>
<b>Xerostomía</b>	<b>1</b>	<b>8.33</b>	<b>3</b>	<b>25.00</b>
<b>Disfunción de la ATM</b>	<b>4</b>	<b>33.33</b>	<b>7</b>	<b>58.33</b>
<b>Atrición</b>	<b>1</b>	<b>8.33</b>	<b>2</b>	<b>16.67</b>
<b>Abrasión</b>	<b>1</b>	<b>8.33</b>	<b>1</b>	<b>8.33</b>
<b>Perdida ósea</b>	<b>4</b>	<b>33.33</b>	<b>8</b>	<b>66.67</b>

---

**Gráfica 6 Presencia de manifestaciones orales por grupo de edad.** Fuente directa



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



---

## 9 DISCUSIÓN

Es importante conocer, que en un alto porcentaje el adulto mayor presenta enfermedades sistémicas crónicas degenerativas, que implican el deterioro físico o mental, con problemas psicosociales asociados o derivados de tratamientos medicamentosos, los cuales requieren un manejo especial a nivel médico y odontológico.

El Dr. Sánchez García, menciona en su artículo que el estado de la dentición en los ancianos tiene repercusiones en la capacidad para efectuar sus actividades habituales y, por lo tanto, afecta la calidad de vida, con mayores consecuencias en comer y disfrutar los alimentos, así como hablar y pronunciar de modo correcto, por lo tanto el estado bucodental de cada paciente depende del estado bio-psico-social de cada paciente y esto lo pude constatar con la visita que realice al asilo “Nuestra señora de Guadalupe”.

Eumann Mesas menciona que es importante la condición general de salud, la calidad de vida, la morbilidad y la mortalidad, especialmente en adultos mayores, en este grupo, dichos problemas pueden agravarse con el avance de la edad, la presencia de enfermedades crónicas, el uso de medicamentos, la peor condición psíquica y social, la institucionalización y la presencia de problemas de salud oral, situación que pude observar de cerca al vivir esta experiencia en el asilo.



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



---

## 10CONCLUSIONES

Con base al contexto y al trabajo de investigación podemos argumentar que el adulto mayor puede presentar múltiples enfermedades orales (caries dental, enfermedad periodontal, lesiones en la mucosa oral, infecciones bacterianas, entre otras) esto se puede ver repercutido en las enfermedades crónicas o simplemente en el proceso natural de envejecimiento. En el cual ocurren cambios o modificaciones a nivel molecular, celular, tisular y orgánico que contribuyen a la progresiva disminución de la capacidad del organismo para mantener su viabilidad.

Con este trabajo puedo concluir que el adulto mayor principalmente en esta etapa de la vida, necesita de múltiples cuidados a nivel sistémico y a nivel oral, por lo que el cirujano dentista debe tener más atención a las necesidades sentidas y necesarias de los mismos. Considero que mi formación odontológica tiene carencias para responder a las necesidades odontológicas de hoy en día en esta población.



---

## 11 Referencias Bibliográficas

1. María A. CornachioneLarrinaga. Psicología del desarrollo Aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Vol. 3. 1ª ed. Córdoba, Argentina: Editorial brujas; 2006.
2. José Y. OzawaDeguchi. Estomatología Geriátrica. 1ª. Ed.Mexico: Editorial Trillas;1994.
3. José YoshinoriOzawaDeguchi, Jose Luis OzawaMeida. Fundamentos de Prostodoncia Total.1ª Ed. Mexico: Editorial Trillas; 2010.
4. Alberto Salgado, Francisco Guillen, Isidoro Ruipérez Cantera. Manual de Geriatria. 2ª Ed. Barcelona: Editorial Salvat;1990.
5. Pietro De Nicola. Geriatria. 1ª Ed. México:Editorial El Manual Moderno; 1985.
6. Sandalio Rodríguez Domínguez. La vejez: Historia y Actualidad. 1ª Ed. Salamanca, España: Editorial Salamanca; 1989.
7. Guillermo Raspall. Cirugía maxilofacial: patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. 1ª Ed. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana; 2001.
8. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2ª Ed. Madrid España: Editorial Elsevier; 2005.



9. Julio Barrancos Mooney, Patricio J. Barrancos. Operatoria dental: integración clínica. 4ª Ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2006.
10. Marilia Hernández de Ramos. Rehabilitación oral para el paciente Geriátrico. 1ª Ed. Bogotá, Colombia: Editorial Univ. Nacional de Colombia; 2001.
11. Jimmy Matiz Cuervo. Odontología geriátrica. 1ª Ed. Colombia: Editorial el manual moderno; 2016.
12. Guillermo Raspall. Tumores de cara, boca, cabeza y cuello: atlas clínico. 2ª Ed. Barcelona, España: Editorial Elsevier España; 2000.
13. Fernando Morales Martínez, TEMAS PRÁCTICOS EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. Tomo III. San José, Costa Rica: Editorial EUNED; 2007.
14. Norman K. Wood, Paul W. Goaz. Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales. 5ª Ed. Madrid, España: Editorial Elsevier España; 1998.
15. Juan Manuel Anaya, Juan Camilo Sarmiento-Monroy, Mario García Carrasco. Síndrome de Sjögren. 2ª Ed. Colombia: Editorial Universidad del Rosario; 2017.
16. Nérida Elena Cuniberti de Rossi. Lesiones Cervicales no Cariosas. 1ª Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2009.





Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



17. Copyright Organización Mundial de la Salud (OMS), 2018.  
Reservados todos los derechos,OMS. Envejecimiento. en :  
<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

Consultado el 24 de marzo 2018.

18. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. 7ª Ed. Barcelona:  
EditorialElsevier Saunders; 2007.

19. Copyright © 2017. Blog de AIESEC en México. Desarrollado por  
BALABOX.COM.<https://aiesec.org.mx/la-senectud-de-mexico-el-futuro-de-nosotros/>  
Consultado el 14 de Marzo 2018

### **Imágenes**

20. Figura 1. <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
21. Figura 2. Marilia Hernández de Ramos. Rehabilitación oral para el  
paciente Geriátrico. 1ª Ed. Bogotá, Colombia: Editorial Univ. Nacional de  
Colombia; 2001.
22. Figura 3. WilZabarburú. Tema Sencillo. Con la tecnología de  
Blogger.<http://clinicadentalasistencial.blogspot.mx/2014/11/apendice-del-frenillo.html>
23. Figura 4. Brad Neville. Patología Oral e Maxilofacial. 4ª Ed. Brasil:  
Editorial Elsevier; 2017.
24. Figura 5. Brad Neville. Patología Oral e Maxilofacial. 4ª Ed. Brasil:  
Editorial Elsevier; 2017.



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



25. Figura 6. Odontología en Ate. CASOS CLÍNICOS de interés.  
Medicina Bucal. Patología oral. viernes, 28 de noviembre de 2014.  
<http://odontodia.blogspot.mx/2015/11/torus-mandibular.html>
26. Figura 7. Alfaro L, Martínez B. Atlas de tumores de los maxilares (pdf). Ed. Ripano, Madrid, España, 2011.
27. Figura 8. <http://www.medeco.de/es/odontoestomatologia/caries/causas-de-la-caries/>
28. Figura 9. <https://www.odontoespacio.net/noticias/descubren-manera-de-revertir-la-enfermedad-periodontal-cronica/>
29. Figura 10. <http://patoral.umayor.cl/patoral/?p=1751>
30. Figura 11. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2ª Ed. Madrid España: Editorial Elsevier; 2005.
31. Figura 12. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2ª Ed. Madrid España: Editorial Elsevier; 2005.
32. Figura 13. <https://odontologia.do/que-es-la-leucoplasia-y-como-detectarla/>
33. Figura 14. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2ª Ed. Madrid España: Editorial Elsevier; 2005.
34. Figura 15. <https://es.slideshare.net/lauram9104/herpes-simple-en-boca>



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



35. Figura 16. . [http://www.clinicaabad.com/es/tratamientos/medicina-bucal-candidiasis-oral/\\_treat:24/](http://www.clinicaabad.com/es/tratamientos/medicina-bucal-candidiasis-oral/_treat:24/)
36. Figura 17. <https://candidiasisweb.com/tipos/mucocutaneas/mucosa-oral/queilitis-estomatitis-angular.php>
37. Figura 18. <http://protesisjarco.blogspot.mx/2015/04/la-estomatitis-protésica.html>
38. Figura 19. JanLindhe, ThorkildKarring, Niklaus P. Lang.Periodontologiaclinica e implantologiaodontologica / ClinicalPeriodontology and ImplantDentistryVol 1. 5a Ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2009.
39. Figura 20. <http://enfermedades-2012.blogspot.mx/2012/03/penfigo.html>
40. Figura 21. J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole, George P. Wysocki. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2ª Ed. Madrid España: Editorial Elsevier; 2005.
41. Figura 22. <https://appliedcr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41241-017-0037-5>
42. Figura 23. <https://es.slideshare.net/aandresonn/sndrome-de-sjrgren>
43. Figura 24. José Y. OzawaDeguchi. Estomatología Geriátrica. 1ª. Ed. Mexico: Editorial Trillas; 1994
44. Figura 25. José Y. OzawaDeguchi. Estomatología Geriátrica. 1ª. Ed. Mexico: Editorial Trillas; 1994



- 
45. Figura 26. <https://dentagama.com/news/dental-abrasion>
  46. Figura 27. <https://clinicadentalmurcia.com/2015/10/04/los-dientes-envejecen-si-ellos-tambien/atriccion-dental-clinica-murcia-macarena-rodriguez-santiago/>
  47. Figura 28. <https://definicion.de/resorcion/>
  48. Figura 29-30. <http://www.dermapixel.com/2014/08/glositis-migratoria-benigna-cuando-la.html>
  49. Figura 31. Brad Neville. Patología Oral y Maxilofacial. 4ª Ed. Brasil: Editorial Elsevier; 2017.
  50. Figura 32. Brad Neville. Patología Oral y Maxilofacial. 4ª Ed. Brasil: Editorial Elsevier; 2017.
  51. Figura 33. <http://disfuncion-temporomandibular.blogspot.mx/2009/10/mecanismos-de-los-movimientos-de-la.html>



## ANEXOS

### Anexo 1. Solicitud de autorización para trabajar en el asilo.

México, D.F. 31 de Enero del 2018



A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio de la presente solicito su autorización para que la alumna REZA LUNA VALERIA, estudiante de la Facultad de Odontología de la UNAM, con número de cuenta 308219711, tenga acceso y conocimiento acerca del estado de salud bucodental de las adultas mayores en la institución “Asilo nuestra señora de Guadalupe”, para la elaboración de su tesina, que tiene como tema de investigación, MANIFESTACIONES ORALES EN UN GRUPO DE ADULTAS MAYORES DEL ASILO “NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE. Realizara una evaluación de las necesidades de atención oral en las adultas mayores y con esto diseñara estrategias de cuidados orales, por ultimo capacitara a los cuidadores primarios para el cuidado de la cavidad oral de cada paciente.

Sin otro particular, agradezco su atención a la presente y aprovecho la oportunidad para mandarle un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

“POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU”

- Ciudad Universitaria, CDMX, a 31 de Enero del 2018
- 
- Mtra. Elizabeth Diana Moedano Ortiz



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



## Anexo 2. Hoja de evaluación



### MANIFESTACIONES ORALES EN UN GRUPO DE ADULTAS MAYORES DEL ASCILO "NUESTRA SEÑORA DE GUADALUPE".2018.



#### Datos generales:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	sexo
Edad			

#### Consumo algunas de las sustancias:

Alcohol	<input type="checkbox"/>
Ex bebedor	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>

#### Enfermedades sistémicas:

ASA I <input type="checkbox"/>	ASA II <input type="checkbox"/>	ASA III <input type="checkbox"/>
<b>Exploración cabeza y cuello</b>		
Agenesia mandibular	Atrofia hemifacial	Hipertrofia hemifacial
Paladar fisurado	Torus palatino	Paladar profundo
Anquiloglosia		
Sutura palatina prominente	Labio fisurado	Macraglosia
lingual corto		Frenillo
Labio doble	Lengua bífida	Foveolas labiales y comisurales
fisurada		Lengua
Glositis migratoria benigna	Gránulos de Fordyce	Lengua pilosa
Varices linguales		
Papilas foliadas hipertróficas	Melanosis racial	Línea Alba
succión de labio		Habito
Leucodema	Apendice del frenillo	Morsicatum buccarum
fisurada		Lengua

#### Lesiones más frecuentes

Candidiasis pseudomembranosa	Nevo	Estomatitis tabáquica
Herpes zoster	Úlcera traumática	Épulis fisuratum
		Liquen plano



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



S. de boca ardosa angular      Hiperplasia gingival      Herpes simple      Queilitis angular  
Lengua lisa      Granuloma piógeno      Estomatitis protésica  
Estomatitis aftosa menor      Hiperplasia fibrosa

**Lesiones de glándulas salivales:**

Xerostomía

Hiposalia

S. de Sjogren

**Valoración de Complejo Articulo Temporo-Mandibular (CATM) /  
Trastorno Temporo-Mandibular (TTM)**

Dificultad, dolor o ambos al masticar

Dificultad, dolor o ambos al bostezar

Ha percibido ruidos en las articulaciones de la mandíbula

Siente con regularidad la mandíbula rígida, dura o cansada

Dificultad, dolor o ambos al abrir la boca

Se ha quedado con la boca abierta

Crepitación

Chasquido

Tiene con frecuencia dolor de cabeza, de cuello, dientes

Desviación mandibular

¿Se observa asimetría facial?

Paciente desdentada

**Lesiones más frecuentes**

1. ATRICIÓN
2. ABRASIÓN
3. ABFRACCIÓN
4. EROSIÓN



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Odontología



- 
- 5. PIGMENTACIONES EXOGENOS
  - 6. PIGMENTACIÓN ENDOGENA
  - 7. FLUOROSIS

**Padecimiento bucal actual:**

**Padecimiento sistémico actual:**

**Observaciones:**

---

---

---

---