



343

Universidad Nacional Autónoma de México

ZES

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

6 Bo  
M...

"PATOLOGIA GERIATRICA EN CAVIDAD BUCAL"

T E S I N A

QUE PRESENTA:

GUADALUPE VALLEJO SOLORZANO

Para obtener el título de:  
CIRUJANO DENTISTA

Dirigió y Supervisó:  
C.D.M.O. BEATRIZ ALDAPE BARRIOS

MEXICO, D.F. 1995

FALLA DE ORIGEN



FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA



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.

**ESTE DIAPORAMA SE ENCUENTRA  
A SU DISPOSICION EN LA  
BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA**

**PATOLOGIA GERIATRICA EN CAVIDAD BUCAL.**

**I n d i c e**

**CAPITULO I VEJEZ**

- Definición
- Aspecto bucofacial

**CAPITULO II ESTOMATOPATIA DE LA SENILIDAD**

- Atrofia de lengua
- Varices linguales
- Queratosis friccional
- Gránulos de Fordyce

**CAPITULO III GLANDULAS SALIVALES**

- Xerostomía

**CAPITULO IV ESTOMATOPATIA PROTESICA**

- Ulceras traumáticas
- Estomatitis protésica
- Hiperplasia fibrosa
- Queilitis angular

**CAPITULO V LESIONES CANCERIZABLES EN CAVIDAD BUCAL**

- Leucoplasia
- Liquen plano
- Displasia epitelial

**CAPITULO VI TUMORES MALIGNOS EN CAVIDAD BUCAL**

- Linfoepitelioma
- Carcinoma intraepitelial ("in - situ")
- Carcinoma espinocelular
- Carcinoma verrucoso
- Porcentaje de cáncer bucal

**CAPITULO VII CASOS CLINICOS**

**CAPITULO VIII RESULTADOS**

**CAPITULO IX DISCUSION**

**CAPITULO X BIBLIOGRAFIA**

## INTRODUCCION

" GERONTOLIGIA" Proviene del vocablo griego (Gerón: Anciano y Logos: Tratado).

Es la ciencia que estudia las diferentes etapas de envejecimiento biológico, funcional, psicológico y social.

En la actualidad la capacidad profesional que se ha ido adquiriendo a través de las diversas disciplinas médicas, métodos profilácticos, recursos preventivos y el perfil humano así como su desarrollo histórico, la gerontología ha despertado numerosas interrogantes en el ser humano ya que esta aún sigue representado un misterio que nos conlleva a reflexionar.

La presencia del anciano en la sociedad actual ha sido vinculada parcialmente con su propia solución, en cuanto a su salud sus medios económicos, ocupación y su integración a la sociedad.

Durante su evolución el ser humano ha encontrado cambios estructurales en cavidad bucal propios del envejecimiento, estos cambios son graduales, acumulables e irreversibles particularmente evidentes en la piel y mucosas.

Es importante considerar los trastornos relacionados con la colocación de dentaduras completas o parciales y la frecuencia de lesiones o factores iatrogénicos predisponentes.

Son de gran importancia las lesiones con morfología alterada más propensas a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencias normal; no siempre desarrollan un cáncer a partir de sus células sino que estas pueden sufrir alteraciones atípicas y terminar en un cáncer "in - situ" básicamente hay dos tipos de lesiones malignas:

- a) Carcinomas de origen epitelial
- b) Sarcomas de origen mesenquimatoso

Tienen gran importancia clinicopatológica por la tasa de mortalidad tan alta por estas lesiones. Cronológicamente estas lesiones aparecen en personas de más de 60 años en un 90%.

Generalmente los tejidos bucales y bucofaríngeos pueden presentar cualquier tipo de lesión maligna que no presente características propias de esa localización pues son asintomáticos en las primeras fases.

En este trabajo se pretende aportar al cirujano dentista una idea generalizada sobre las lesiones que frecuentemente encontramos en cavidad bucal de pacientes geriátricos para evitar diagnósticos erróneos, brindar la mejor solución al problema para que el pronóstico de estos pacientes sea óptimo.

## ENVEJECIMIENTO

Proceso mediante el cual una persona comienza su decadencia física, mental, y social lo que significa la consumación de su periodo de vida.

El inicio de la vejez puede fijarse al rededor de los 60 años de edad, es decir, al término de la madurez es entonces cuando la línea ascendente se transforma en descendente con una meseta intermedia que intenta encontrar la línea básica en el punto muerto fisiológico, aunque puede ser interrumpida por una causa patológica.

### EL PROCESO DE LA SENECTUD.

El envejecimiento y la senectud, con su progresiva inestabilidad y degeneración, no se han modificado considerablemente por la intervención de la ciencia moderna. Poco se sabe acerca del origen de la senectud y no existe un concepto claro acerca de la verdadera naturaleza del envejecimiento.

Sin embargo, la clásica imagen estereotipada del anciano inútil, decrepito, enfermizo y desamparado se encuentra en proceso de cambio. Las aportaciones de la investigación científica acerca de la senectud obedecen a un objetivo excesivamente ambicioso y, por supuesto, imposible de cumplir con la profundidad deseada.

Algunos aspectos, y muy concretamente los referentes a los mecanismos implicados en el envejecimiento celular y subcelular, son motivos de exhaustivos estudios en todos los continentes, y existe una abundante bibliografía que permite profundizar en la apasionante ruta de las investigación de los mecanismos íntimos de envejecimiento humano, rutas que distan mucho de estar totalmente dilucidadas, a pesar de los espectaculares avances de esta disciplina durante los últimos años.

## ASPECTO BUCOFACIAL.

Es el estudio de los cambios que se producen por la edad en los tejidos bucales. El término gerodontología proviene del griego: gero, viejo; odontos diente, y logos, tratado.

Los dientes difieren en dos aspectos de otras partes del esqueleto:

1.- La corona dentaria está en contacto directo con el medio externo al cuerpo.

2.- El intercambio químico activo que forma parte de la fisiología básica del hueso no es aplicable a los dientes.

Si se comparan las modificaciones que se verifican en los dientes en relación con la edad y las que se producen en el esqueleto, en aquéllos faltan por completo los fenómenos análogos a la osteoporosis senil. Se han hecho observaciones utilizando isótopos marcados, pero no se ha comprobado que se asemejan a los fenómenos típicos del proceso de senectud del esqueleto en general.

La odontoestomatología tiene un largo pasado, durante el cual sus profesionales han adoptado los descubrimientos científicos de diversos campos en beneficio de la comunidad y ellos mismos han sido pioneros en otros conocimientos. Desde luego, los éxitos y fracasos de nuestros predecesores, sus avances técnicos, sus ideas éticas y su servicio a la comunidad fueron afectados por el desarrollo del ambiente social y la perspectiva científica de su tiempo.

### \* Estructuras Dentales.

A) Formación de dentina secundaria

B) La raíz se transparenta mostrando así proceso de envejecimiento.

\* Pérdida de dientes.

A) Degeneración de las estructuras.

Atricción.

Bruxismo (hábito de masticación continua).

B) Mucosa Bucal

Pérdida de la elasticidad con resequedad y atrofia, tendencia a hiperqueratosis.

\* Encía

A) Pérdida de coloración normal

B) Apariencia edematosa

C) Visiblemente delgada absorbida

D) Tejido muy sensible.

\* Estructuras Parodontales.

A) Modificación del parodonto y hueso alveolar

B) Emigración epitelial

C) Incidencia patológica

Más del 95% de los pacientes con enfermedad parodontal son ancianos.

\* Saliva

A) Disminuye la función de las glándulas relativa o absolutamente (Xerostomía).

\* Lengua

A) Generalmente se presenta Glositis atrófica probablemente por una compleja deficiencia de vitamina B.

\* Labios

A) Presentan Queilitis que se observa como una deshidratación asociada a una deficiencia de vitamina B.

## II ESTOMATOPATIA DE LA SENILIDAD

A lo largo de su evolución el ser humano ha hospedado gran variedad de microorganismos potencialmente patógenos. La relación entre el huésped sano y su microflora bucal propia representa un sistema biológico equilibrado, el cual permite la supervivencia de ambos.

Las desarmonías se compensan cuando la capacidad biológica de adaptación del organismo es grande y los tejidos son resistentes; en otros casos, esta falta de resistencia tisular conduce a descompensación y origina trastornos.

Las características patógenas de la microflora normal no se manifiestan sino hasta que algo altera el equilibrio de relación huésped-parásito. Los miembros de la microflora bucal parecen ser incapaces de causar enfermedad, a menos que se introduzcan en áreas desprotegidas como lesiones o en razón de trastornos generales que favorecen el parásito.

Algunos miembros de la flora bucal tiene enzimas que atacan a los polisacáridos y las proteínas de las células huésped, como es el caso de la hialuronidasa, una enzima que facilita la diseminación de la infección. Las infecciones respiratorias, las caries dental y las enfermedades parodontales provocan un aumento de la hialuronidasa. Algunas bacterias gingivales forman una enzima que contribuye a la desintegración de las fibras colágenas.

### VARICES LINGUALES

- \* Alteración del tejido conectivo.
- \* Aumenta con la edad.
- \* Más frecuente en mujeres.

\* Abundante en piso de boca, venas raninas y borde lateral de la lengua.

\* Tratamiento.- quirúrgico cuando hay intensa Glosidinia o si aparecen hemorragias. No necesario.

#### LEUCOEDEMA

\* Modificación del aspecto de la mucosa yugal.

\* Toma color blanco grisáceo, semejante clinicamente a un edema.

\* Asintomático.

\* Se produce por irritación crónica de la mucosa.

\* No predilección por sexo.

\* Más frecuente en raza negra.

\* El tratamiento consiste en eliminar la causa irritante.

*QUERATOSIS FRICCIONAL*

\* Respuesta queratinizante de la mucosa ante la acción de agentes traumáticos.

\* Múltiples manchas blancas que no desaparecen al raspado

\* No es cancerizable.

\* Desaparece eliminando la causa.

*GRANULOS DE FORDYCE*

\* Numerosas granulaciones amarillas que se ven por transparencia por debajo del epitelio.

\* Asintomáticas.

\* Mucosa yugal, en toda la mucosa de la boca.

\* Glándulas Cebáceas de aspecto y disposición normal.

\* No requieren tratamiento.

### III GLANDULAS SALIVALES.

En general los trastornos en las glándulas salivales se puede esquematizar en inflamaciones, litiasis, sialosis y tumores además de las disfunciones.

#### \* XEROSTOMIA.

Molestia frecuente en la senectud estados de sequedad bucal debido a una secreción salival disminuida (hiposalia) o ausente (asialia). Se debe a una atrofia gradual de los componentes:

- a) El parénquima se esclerosa.
- b) Las células secretorias de los acinos y de los canalículos se atrofias.
- c) Los acinos glandulares disminuyen el número y padecen degeneración grasa y acumulación de tejido linfoide.

Como consecuencia se observan modificaciones cualitativas de la secreción glandular:

- a) El poder enzimático disminuye en un 75%.
- b) La concentración de sodio y potasio aumenta a partir de los 45 años de edad.
- c) la viscosidad salival aumenta.

La xerostomía obedece a numerosos factores locales o generales como abuso de alcohol y tabaco, aplasia de glándulas salivales o neoplasias de la cavidad bucal. Entre las enfermedades generales destacan la diabetes, el síndrome de Sjögren u otras colagenosis.

## IV ESTOMATOPATIA PROTESICA.

Previo al estudio teórico y aplicación de procedimientos técnicos que anteceden a la rehabilitación protésica de la edentación es importante considerar los trastornos relacionados con la colocación de dentaduras y la frecuencia de lesiones o factores iatrogénicos predisponentes por esta causa.

## ULCERAS TRAUMATICAS.

\*Lesiones ocasionadas por prótesis mal ajustadas y bordes dentarios cortantes.

\*Zona eritematosa cuyos límites corresponden a los del agente que produce la agresión y después aparece como una ulceración cubierta por fibrina con bordes enrojecidos y agrandados muy dolorosas.

\*Tratamiento eliminar la causa traumatizante, si en diez días no hay alivio se plantea la biopsia excisional.

## ESTOMATITIS PROTESICA (CANDIDA ALBICANS)

\*Se encuentra presente en el 50% de los individuos pudiendo adquirir caracteres patógenos en presencia de factores predisponentes locales y generales es fácil su presencia por alojarse y ocultarse en lugares propicios para su desarrollo, relacionado por presencia de prótesis completas,

\*Clínicamente se observa enrojecida y afecta básicamente paladar duro.

\*La zona afectada contiene numerosas elevaciones papilares que en algunos puntos tiene excrecencias papilares que en algunos puntos

cubiertos por epitelio leucoplásico con inflamación crónica del tejido conjuntivo subyacente.

\*El diagnóstico se realiza al desprender la placa leucoplásica y comprobar que queda una superficie sangrante.

\*El tratamiento es a base de antimicóticos como la nistatina.

#### QUEILITIS ANGULAR.

\*Manifestaciones inflamatoria erosivas, ulcerada y costrosas situadas en las comisuras bucales.

\*la causa de atribuye a enfermedades sistémicas y deficiencias nutricionales.

\*Disminución de la distancia maxilomandibular, prótesis desajustadas o estímulos irritantes, Asociada a *Candida albicans* como sobre infección.

\*Tratamiento antimicóticos (nistatina).

#### HIPERPLASIA FIBROSA

\*Irritación crónica por prótesis mal ajustada.

\*Asintomática.

\*Crecimiento lento

\*Unilaterales y bilaterales, solitarias con posibilidades de ser múltiples.

*\*Proliferación de tejido conectivo y fibroso.*

*\*Tratamiento quirúrgico.*

#### LESIONES CANCERIZABLES DE LA CAVIDAD BUCAL

Las lesiones precancerosas, éstas son un tejido de morfología alterada, más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal.

Con mayor propiedad, también podrían llamarse lesiones fácilmente cancerizables, por cuanto no siempre desarrollan un cáncer a partir de sus células, sino que éstas pueden sufrir transformaciones atípicas más fácilmente que las normales y terminar en un carcinoma "in situ".

Aunque en algunas situaciones mediante los signos físico clínicos no es posible establecer un estadio precoz, que indique una degeneración de forma certera, sabemos que hay cierto tipo de afecciones de la cavidad bucal que llevan implícito el concepto de la potencialidad de su malignización, por lo que deben considerarse lesiones precancerosas o premalignas.

Todas estas lesiones tienen varias características en común: la persistencia de agentes irritantes sobre la mucosa. ya sea vivos (estomatitis de repetición), físicos (radiaciones, mordiscos, papel de cigarrillos, etc.). químicos (condimentos, etc.). Esta mucosa lesionada reacciona de distintas maneras, dependiendo del agente causante (virus, cándida, prótesis inadecuadas, entre otros) y el propio estado de la mucosa (hipovitaminosis, por ejemplo).

Además es necesario evaluar la predisposición individual a padecer cáncer y el potencial polivalente para reaccionar que tiene la mucosa bucal; así, una candidiasis puede desarrollar una leucoplasia; el liquen plano puede ser queratósico; las úlceras traumáticas pueden desarrollar una leucoplasia y ser asiento de cándida; la fibrosis bucal submucosa tiene zonas de leucoplasia y de eritoplasia, y hay leucoplasias asentadas en zonas eritematosas.

Las primera reacción de la mucosa es inflamatoria inespecífica, y son el terreno, el agente causal y la predisposición los que condicionan el cuadro posterior.

#### LIQUEN PLANO.

\*Enfermedad dermatológica que afecta a las mucosas.

\*Edad adulta predilección por el sexo femenino en el transcurso de la menopausia.

\*Son líneas irregulares en forma de red color blanco no desprendibles al raspado y tienen un rasgo principal: las estrías de Wickham.

\*Sobresale poco de la mucosa normal y adopta forma circular o anular.

\*Localización: en la región posteroinferior de la mucosa yugal, lengua, labios, paladar duro, velo palatino y piso de boca.

\*Etiología desconocida.

\*Tratamiento: No existe específico y en casos graves se administran corticoesteroides, es benigno pero puede desencadenar carcinoma epidermoide.

#### DISPLASIA EPITELIAL.

\*La importancia de la displasia en la mucosa no está bien definida pues son los primeros cambios displásicos signos microscópicos en el desarrollo de un carcinoma subsecuente aunque se puede encontrar displasia y atipia celular en condiciones no neoplásicas sobre todo en proximidad a lesiones inflamatorias, ulcerativas o quemaduras.

## TUMORES MALIGNOS DE LA CAVIDAD BUCAL

Se denomina cáncer bucal a la neoplasia originadas en el revestimiento mucoso de la cavidad bucal; tiene gran importancia clínico patológica, ya que aunque su tasa de morbilidad no es demasiada alta, sino es su tasa de mortalidad.

En lo que toca a la etapa cronológica, el 90% de estos tumores aparecen en personas de más de 40 años, siendo el promedio de edad por encima de los 60 años.

Los carcinomas de células escamosas de la lengua y del labio son las lesiones más frecuentes: ambos representan casi el 50% de los tumores malignos de la cavidad bucal. seguidos por el piso de la boca, en donde la localización es del 16%, y de la mucosa alveolar, con un 12%.

Generalmente, los tejidos bucales y bucofaríngeos pueden ser asiento de cualquier tipo de tumores malignos, la mayoría de los cuales no presentan ninguna característica propia de esa localización debido a ser asintomáticos en sus primeras fases. Según las cifras de la Sociedad Estadounidense del Cáncer, la tasa de supervivencia a los cinco años de un carcinoma, que se diagnostica cuando su tamaño no llega a 1 cm., es menos peligroso (50%); mientras que sólo alcanza un 17% de curación aquellos que son mayores de los 3cm. en los momentos del diagnóstico. En consecuencia, interesa tanto evaluar la localización y la extensión del cáncer como determinar su grado de malignidad.

En esta entidad orgánica son frecuentes las lesiones que, sin ser propiamente tumores, presentan características, macroscópicas que suponen una neoplasia; su identificación depende no sólo del diagnóstico histológico, sino también del conocimiento preciso de su aspecto y de sus caracteres clínicos.

Básicamente existen dos tipos de tumores malignos: a) los carcinomas de origen epitelial, y b) los sarcomas de origen mesenquimatoso. Los primeros se originan por malignización del epitelio de la cavidad bucal e incluyen el carcinoma de células escamosas, el adenocarcinoma, el linfopitelioma y el melanoma. Los segundos pueden producirse a partir de tejido óseo, cartilaginoso, muscular, conectivo fibroso o de fibras nerviosas, tejido graso y elementos linfoides y endoteliales.

#### LINFOEPITELIOMA

\*Variedad del carcinoma espinocelular.

\*Hay presencia de células mal delimitadas que dan aspecto simple de masa protoplasmática con muchos núcleos.

\*Células de tamaño intermedio dispuestas en masas muy compactas o en hileras unidas de forma laxa.

\*Pueden aparecer aisladas.

\*Núcleos pálidos, redondos y ovalados con nucleolos visibles en ocasiones se producen focos de diferenciación espinocelular.

\*Origen: zonas ricas en tejido linfoide como amígdalas y tercio posterior de la lengua.

\*Acentuado pleomorfismo celular.

\*Inflamación crónica y aumento de la vascularización.

### CARCINOMA "IN SITU"

\*Etiología desconocida.

\*Aspecto clínico variable.

\*La zona afectada puede aparecer como una ligera elevación, ser plana o incluso deprimida.

\*Superficie de aspecto granuloso o aterciopelado.

\*Adopta forma de manchas brillantes, atróficas de color rojo mas intenso que la mucosa circulante.

\*Pronóstico: La mayoría de los carcinomas "in situ" no sometidos a tratamiento se convertirán en carcinomas invasores con mayor rapidez. Con el adecuado tratamiento el pronóstico es bueno, dado que no hay linfáticos en el epitelio el carcinoma "in situ" no metastiza.

\*Después de tratamiento, el paciente se considera de riesgo elevado y debe ser vigilado de cerca.

### CARCINOMA VERRUGOSO

\*Etiología: Se asocia con el hábito de mascar tabaco o aspirar rapé.

\*La lesión va precedida de una zona de prolongada leucoplasia y evoluciona de modo asintomático comparado con el carcinoma epidermoide.

\*Suele originarse en el surco bucomaxilar, mucosa bucal adyacente y mucosa alveolar, ocasionalmente en lengua o labio.

\*Edad promedio: 60 años, proporción entre hombre y mujeres depende de la situación geográfica y costumbres locales.

\*Puede crecer hasta alcanzar tamaños considerables.

\*Se caracteriza más por la propagación lateral extensa que por la invasión en profundidad.

\*Se presenta en maxilar y mandíbula.

\*Presenta destrucción progresiva del hueso subyacente.

\*Los índices de supervivencia son relativamente mejores que en otros tipos de cáncer bucal.

\*Tratamiento: excisión quirúrgica.

\*Índice de recidivas, relativamente elevado.

#### CARCINOMA ESPINOCELULAR

Es un tumor constituido por una infiltración subepitelial de células epiteliales malignas que forman islotes, columnas o hileras irregulares. Las células tumorales pueden ser semejantes a las de distintas capas del epitelio escamoso estratificado o la de algunas de ellas.

Una importante característica del carcinoma espinocelular localizado en la cavidad oral es la influencia que el emplazamiento de la proliferación primitiva ejerce en la evolución clínica. Por esta razón, el pronóstico no puede apoyarse exclusivamente en las características histológicas.

La mayoría de los carcinomas espinocelulares producen grandes destrucciones locales y riesgos de muerte debido a la invasión de las estructuras vecinas, en especial las vías linfática con formación de depósito secundarios en los ganglios del cuello es un rasgo variable; se observa con frecuencia en los carcinomas de la lengua, de la faringe y de las amígdalas, pero rara vez en el carcinoma de los labios. Al interpretar éstas y otras características del carcinoma labial conviene tener en cuenta la posibilidad de que se origine en la piel y no en la mucosa.

## BIBLIOGRAFIA

FRANKS , A.ST. Y HEDEGARD BJORN  
ODONTOLOGIA GERIATRICA  
EDITORIAL LABOR  
MEXICO, 1976

FREEDMAN , KENNETH A.  
MANAJAMENT OF THE GERIATRIC DENTAL PATIENT  
EDIT. QUINTESSENCE PUBLISHING CO.  
USA , 1994

GRINSPAN, DAVID  
ENFERMEDADES DE LA BOCA  
EDIT. MUNDI ,S.A.C.I.F.  
ARGENTINA , 1986

MONTALVO. MORENO J.J. .  
PATOLOGIA ORAL Y MAXILOFACIAL. TRATADO DE GERIATRIA Y ASISTENCIA GERIATRICA  
EDIT. SALVAT  
BARCELONA 1986

MORRIS , M.H.

ODONTOLOGIA PARA ANCIANOS  
EDIT. EL ATENEO  
BUENOS AIRES ARGENTINA , 1981

OSAWA , DEGUCHI JOSE Y.  
ESTOMATOLOGIA GERIATRICA  
EDIT. TRILLAS  
MEXICO ,1994

PINDBORG , J.J.

ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL

EDIT. SALVAT

MEXICO, 1968

SHAFER , W.G., HINY M.K. LEVY B.M.

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

EDIT. INTERAMERICANA

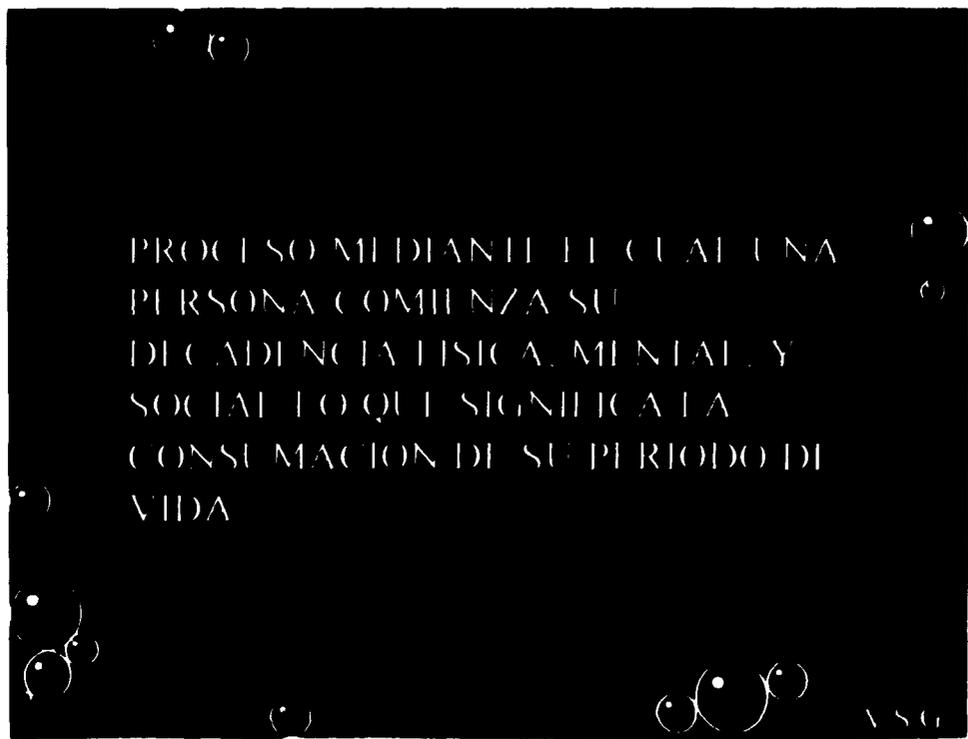
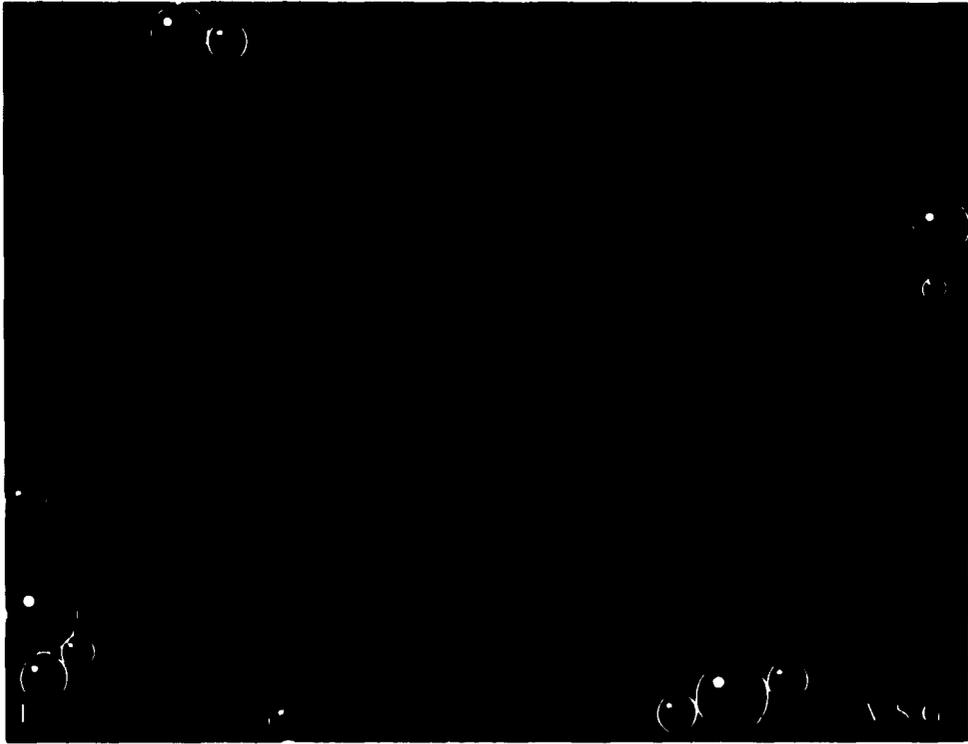
3a EDICION

MEXICO 1977

## DISCUSION

Es de gran importancia conocer los cambios físico-fisiológicos que tiene la cavidad bucal por causa del envejecimiento, estos cambios son normales, es esencial conocer los cambios patológicos para poder diferenciarlos de los cambios normales y poder diagnosticar adecuada y oportunamente las patologías propias de esta etapa de la vida.

La patología bucal geriátrica no es lo suficientemente conocida por lo que es importante que en base a los adelantos científicos y técnicos desarrollados actualmente, se promueva su aplicación y se dinamice su conocimiento, ya que de esta forma el cirujano dentista estará capacitado para atender al paciente geriátrico íntegramente sin necesidad de tener que remitirlo o prolongar su mejoría por desconocimiento de la patología bucal geriátrica.



## ESTRUCTURAS DENTALES

Formación de dentina secundaria

Formación de un paciente mostrando el proceso de envejecimiento

Perdida de dientes

Degeneración de la estructura

Atrofia

Brushing (hábito masticatorio continuo)

## MUCOSA BUCAL

Perdida de la elasticidad con resequeidad y atrofia, tendencia a hiperqueratosis

## ENCIA

Perdida de coloración normal, apariencia edematosa y variablemente de lipida o absorbida

## ESTRUCTURAS PARODONTALES

Modificación del parodonto y hueso alveolar  
emigración epitelial e incidencia patológica  
frecuente en más de 95% de los pacientes con enfermedad parodontal son ancianos.

## SALIVA

De muer y la funcion de la glanda salivaria  
o alafata Xero toma

## LENGUA

Origen de la lengua y su estructura  
y el desarrollo de la lengua y el desarrollo de  
la lengua B

## LABIOS

Presencia de la lengua y el desarrollo de la  
de la lengua y el desarrollo de la lengua  
y el desarrollo de la lengua B

## VARICES LINGUALES

- CARA VENTRAL
- ALTERACION DE TEJIDO CONECTIVO
- AUMENTA CON LA EDAD
- MAS FRECUENTE EN MUJERES
- ABUNDANTE EN PISO DE BOCA, VENAS RANINAS Y BORDE LATERAL
- TRATAMIENTO NINGUNO

7

VSG

## LEUCOEDEMA

- MODIFICACION DEL ASPECTO DE LA MUCOSA YUGAL
- COLOR BLANCO GRISACIO
- IRRITACION CRONICA DE LA MUCOSA ASINTOMATICO
- FRECUENTE EN RAZA NEGRA
- TRATAMIENTO ELIMINAR LA CAUSA

8

VSG

## QUERATOSIS FRICCIONAL

- RESPUESTA QUERATINIZANTE DE LA MUCOSA ANTE LA ACCION DE AGENTES TRAUMATICOS
- MÚLTIPLES MANCHAS BLANCAS QUE NO DESAPARECEN AL RASPADO
- DESAPARECE ELIMINANDO LA CAUSA NO CANCERIZABLE

## GRANULOS DE FORDYCE

- NUMEROSAS GRANULACIONES AMARILLAS QUE SE VEN POR TRANSPARENCIA DE BAJO DEL EPITELIO
- GLANDULAS CEBACEAS NORMALES
- ASINTOMATICAS
- NO REQUIERE TRATAMIENTO

# GLANDULAS SALIVALES

11

VSG

## XEROSTOMIA

- ESTADO DE SEQUEDAD BUCAL DEBIDO A HIPISALIA O ASIALIA
- ETIOLOGIA ATROFIA GRADUAL DE LOS COMPONENTES
- FACTORES LOCALES ALCOHOL TABACO APLASIA DE GLANDULAS O NEOPLASIAS EN CAVIDAD BUCAL

12

VSG

- FACTORES GENERALES DIABETES  
ACCION DE FARMACOS, HIPNOTICOS  
TRANQUILIZANTES, ESPASMOLITICO  
S, DIURETICOS.
- TRATAMIENTO ENJUAGUE BUCAI  
SALIVA ARTIFICIAL MAYOR  
INGESTION DE AGUA

## ESTOMATOPATIA DE LA SENILIDAD

# ESTOMATOPATIA PROTESICA

14

VSG

## ULCERAS TRAUMATICAS

- ◆ LESIONES OCASIONADAS POR PROTESIS Y BORDES DENTARIOS CORTANTES
- ◆ ZONA ERIEMATOSA QUE DESPUES APARECE COMO ULCERA CUBIERTA POR FIBRINA
- ◆ MUY DOLOROSA TRATAMIENTO ELIMINAR LA CAUSA

15

VSG

## HIPERPLASIA FIBROSA

- ♦ IRRITACION CRONICA
- ♦ ASINTOMATICAS CRECIMIENTO LENTO
- ♦ SOLITARIAS O MÚLTIPLES
- ♦ PROLIFERACION DE TEJIDO CONECTIVO Y FIBROSO
- ♦ TRATAMIENTO QUIRURGICO

## ESTOMATITIS PROTÉSICA

- ♦ SE ENCUENTRA CAVIDAD BUCAL PUDIENDO ADQUIRIR CARACTER PATOLÓGICO EN PRESENCIA DE FACTORES PREDISPONENTES LOCALES Y GENERALES
- ♦ SE PUEDE ALOJAR Y OCULTAR EN LUGARES PROPICIOS PARA SU DESARROLLO RELACIONADO CON PROTÉSIS

- ◆ LA ZONA AFECTADA PRESENTA ELEVACIONES PAPIERAS CUBIERTAS POR EPITELIO EUCOPLASICO CON INFLAMACION CRONICA DEL TEJIDO
- ◆ DX SE REALIZA AL DESPRENDER LA PLACA DEJANDO UNA SUPERFICIE SANGRANTE
- ◆ TRATAMIENTO A BASE DE MICOTICOS

18

## QUEILITIS ANGULAR

- ◆ LESION INFLAMATORIA ULCEROSA Y COSTROSA SITUADA EN LAS COMISURAS BUCALES
- ◆ ENFERMEDAD SISTEMICA O DEFICIENCIAS NUTRICIONALES
- ◆ CANDIDA ALBICANS COMO SOBREENFECCION
- ◆ TRATAMIENTO ANTIMICOTICOS

19

V.S.G.



## CAPI 10

20

V.S.G.



## LIQUEN PLANO

ENFERMEDAD DERMATOLÓGICA  
QUE AFECTA LAS MUCOSAS  
EDAD ADULTA SEXO FEMENINO EN  
PERIODO MENOPAUSICO  
LINEAS IRREGULARES EN FORMA DE  
RED BLANCA, NO DESPRENDIBLE  
SOBRESALE POCO DE LA MUCOSA  
NORMAL EN FORMA CIRCULAR

21

V.S.G.



LOCALIZACION MUCOSA YUGAL  
LINGUA, LABIOS, PISO DE BOCA  
ETIOLOGIA DESCONOCIDA  
TRATAMIENTO NO EXISTE EN CASOS  
GRAVES ADMINISTRACION DE  
CORTICOSTEROIDES  
PUEDE DESINCADENAR  
CARCINOMA IN SITU

22

2506



## DISPLASIA EPITELIAL

PRIMEROS CAMBIOS  
MICROSCOPICOS EN EL  
DESARROLLO DE UN CARCINOMA  
PUEDE ENCONTRARSE AHPA Y  
DISPLASIA CELULAR EN  
CONDICIONES NO NEOPLASICAS EN  
PROXIMIDAD A LESIONES  
INFLAMATORIAS ULCERATIVAS

23

2507

# TUMORES MALIGNOS

24

## LINFOEPITELIOMA

- VARIEDAD DEL CARCINOMA  
ESPINOCELULAR
- ORIGEN EN ZONAS RICAS EN  
TEJIDO LINFOIDE COMO  
AMIGDALAS TERCIO POSTERIOR DE  
LA LENGUA
- ACENTUADO PLIOMORFISMO  
CELULAR INFLAMACION

24

V.S.G.

## CARCINOMA IN SITU

- 4 ETIOLOGIA DESCONOCIDA
- 4 SUPERFICIE DE ASPECTO GRANULOSO O ATRECIOPILADO
- 4 MANCHAS BRILLANTES ATROFICAS DE COLOR ROJO
- 4 LA MAYORIA SE TRANSFORMA EN CARCINOMA INVASOR NO DA METASTASIS - DAR SEGUIMIENTO

## CARCINOMA VERRUCOSO

- 4 ETIOLOGIA DESCONOCIDA SE ASOCIA AL HABITO DE MASCAR TABACO O ASPIRAR RAPI
- 4 LESION PRECEDIDA DE ZONA DE PROFONGADA FLUCOPIASA
- 4 INDOLORO COMPARADO CON CARCINOMA EPIDERMIOIDI

ORIGEN EN EL SUECO  
BUCCOMANE ARMI COSA  
ADYACENTE ALA TONAR AFENCO  
Y TABIOS  
PROPAGACION EN LA EXTENSA  
DESTRUCCION PROGRESIVA OSEA  
EX QUIRURGICO RECIDIVAS  
ELEVADAS