



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

---

---

PREVALENCIA DE CANDIDIASIS EN ADULTOS MAYORES  
PORTADORES DE PROSTODONCIAS TOTALES

**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**

Presenta:

**ADRIANA**

**PACHECO**

**VILLEGAS**

*Conrado Lupercio Chávez*  
DIRECTOR: C.D. CONRADO LUPERCIO CHÁVEZ

MÉXICO, D. F.

2005

m. 342859

## ***Agradecimientos***

Dedico este trabajo y mi carrera profesional con amor, respeto y admiración a:

Mis padres: Adriana Villegas López y Jorge Ignacio Pacheco López.

Ma. Concepción Cruz Lovera y Herminio Chávez Velásquez.

Por creer en mi y por su gran cariño, apoyo y esfuerzo incondicional.

GRACIAS.

Marco A. Chávez Cruz: Por su gran amor, motivación y apoyo que me brindo sin escatimar esfuerzo alguno.

GRACIAS.

A mi Hija: Michelle E. Chávez Pacheco: Por ser la fuerza que me impulsa a seguir.

GRACIAS.

A mis Hermanas: Marcela Pacheco Villegas, Alejandra Ponce de León,  
Luz Maria Chávez Cruz.

Por estar a mi lado apoyándome a cada segundo.

GRACIAS.

A mi Tía Rosi: Por todo el apoyo que me brindó y por ayudarme a cumplir el sueño de verme titulada.

GRACIAS.

A mi mejor Amiga Yenny: Por su gran amistad, cariño y confianza.

GRACIAS.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por mi formación profesional y por permitir portar el título con gran orgullo.

GRACIAS

## ÍNDICE

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Antecedentes Históricos.....</b>	<b>3</b>
<b>Protocolo .....</b>	<b>7</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>9</b>

## CAPÍTULO I

### 1.-Consideraciones Generales

1.1 Definición .....	11
1.2 Sinonimia .....	11
1.3 Epidemiología .....	11
1.4 Aspectos Micológicos .....	12
1.5 Factores de Virulencia .....	16
1.6 Aspectos Histopatológicos .....	17

## CAPÍTULO II

### 2.-Etiología

2.1 Etiología .....	18
2.2 Descripción de Factores Etiológicos .....	21

## CAPÍTULO III

### 3.-Clasificación de Candidiasis

3.1 Clasificación Taxonómica .....	26
3.2 Clasificación Clínica .....	27

3.3 Manifestaciones Clínicas .....	28
3.4 Clasificaciones Clínicas de Candidiasis Bucal .....	30

## **CAPÍTULO IV**

### **4.-Candidiasis Bucal Formas Agudas**

4.1 Forma Pseudomembranosa .....	33
4.2 Forma Eritematosa .....	34

## **CAPÍTULO V**

### **5.- Candidiasis Bucal Formas Crónicas**

5.1 Forma Pseudo membranosa .....	36
5.2 Forma Eritematosa .....	36
5.3 Candidiasis Atrófica Crónica o Estomatitis Protésica .....	36
5.3.1 Clasificación de Newton .....	38
5.4 Candidiasis Hiperplásica Crónica (Candidiasis Leucoplásica) .....	39
5.5 Forma Nodular .....	41

## **CAPÍTULO VI**

### **6.-Candidiasis Asociadas con Otras Lesiones**

6.1 Queilitis Angular .....	42
6.2 Lengua Romboidal Media .....	43

## **CAPÍTULO VII**

### **7.-Diagnóstico Diferencial**

7.1 Leucoplasia .....	44
7.2 Liquen Plano .....	45
7.3 Nevo Blanco Escamoso .....	46
7.4 Infección Herpética .....	47
7.5 Hiperplasia Epitelial .....	48
7.5.1 Papiloma Plano .....	48
7.5.2 Estomatitis Nicotínica .....	49
7.5.3 Eritoplasia .....	50
7.5.4 Carcinoma Epidermoide .....	51
7.6 Quemaduras .....	52
7.7 Mordeduras .....	53

## **CAPÍTULO VIII**

### **8.- Pruebas de Laboratorio .....54**

## **CAPÍTULO**

### **9.- IX Tratamiento**

9.1 Tratamiento Farmacológico .....	55
9.2 Tratamiento Medicina Alternativa .....	60
9.3 Tratamiento Homeopático .....	61
9.4 Tratamiento de Acupuntura .....	62

<b>10.- Anexo .....</b>	<b>63</b>
<b>11.- Glosario .....</b>	<b>64</b>
<b>12.- Resultados .....</b>	<b>69</b>
<b>13.- Conclusiones .....</b>	<b>73</b>
<b>14.- Bibliografía .....</b>	<b>74</b>

## INTRODUCCIÓN

La práctica de la Odontología Geriátrica exige un amplio conocimiento de las manifestaciones clínicas dentales en el adulto ya que la cavidad oral como el resto del organismo no escapa al paso de los años. La edad provoca cambios en las estructuras buco dentales que conforman el proceso de envejecimiento oral. Sin embargo, la edad puede tener varios significados en odontología:

❖ La edad como factor de tiempo significa que los ancianos han estado expuestos a un factor etiológico o de riesgo durante mas tiempo que una persona más joven.

❖ La edad como fenómeno biológico significa que la calidad de vida de los tejidos orales cambia como consecuencia de la edad cronológica. La enfermedad no es provocada por la edad, pero la reacción a dichos factores es diferente por el envejecimiento. No siempre el envejecimiento supone un aspecto negativo sobre el desarrollo de la enfermedad oral.

❖ La edad como norma social significa que frecuentemente definimos a las personas como ancianas o adultos mayores en función de su aspecto exterior y no de su estado funcional o de otras actitudes.

Es importante señalar que la valoración oral geriátrica debe ir unida a la valoración de salud general y funcional de los adultos mayores, siendo sus relaciones dinámicas sin embargo las condiciones generales del paciente de edad avanzada suelen ser evaluadas independientemente de la salud buco dental.

Una metodología de valoración oral geriátrica debe incluir todos los aspectos de salud oral.

Las enfermedades bucales producidas por hongos del género *Cándida* son una de las enfermedades infecciosas más comunes de la cavidad oral y que son frecuentes en personas de cualquier edad pero más comúnmente en ancianos, lactantes, personas debilitadas y personas con factores predisponentes generales (sistémicos) o locales.

La *Cándida albicans* es el agente causal de la mayoría de micosis orales ya que es un hongo levaduriforme, unicelular, saprofito, comensal y oportunista que se encuentra comúnmente en la población general en diferentes regiones del cuerpo así como en la cavidad bucal, sin causar enfermedad.

Sin embargo su cambio de agente comensal a patógeno depende de una serie de factores predisponentes (locales o sistémicos) para el desarrollo de una enfermedad oportunista llamada candidosis; ya que el uso de protodoncias totales indica un porcentaje de prevalencia de esta misma en adultos mayores.

La especie más importante desde el punto de vista médico odontológico como agente etiológico de infección es la *C. albicans*, aunque de la cavidad bucal han sido aisladas otras especies como son:

*C. krusei*, *C. Zeylanoidesi*, *C. Tropicalis*, *C. Seudotropicalis*, *C. Stellatoidea*, *C. Glabrata*, *C. Parapsilosis* y *C. Guillermondii*.

❖ C.= Genero Candida



## ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CANDIDIASIS

La Candidiasis es una de las enfermedades micóticas que se conoce desde la antigüedad, Hipócrates en su obra "Epidemics" describe en niños recién nacidos y pacientes debilitados se presentaban placas blanquecinas en la boca a lo que se denominó "Estomatitis aftosa".

El sueco Rosen Van Rosentein (1771) es el primero en dividir la enfermedad en categorías basándose en la severidad y distribución de las lesiones. El descubrió las lesiones con una apariencia "de membrana de cebo" y categorizó las manifestaciones como "las que aparecen primero sobre los labios, encías lengua, mucosas de los carrillos, paladar, úvula y adenoides son las más fáciles de curar son más difíciles de curar cuando descienden a la laringe, estomago e intestinos."

En Francia fueron descritas varias variedades clínicas por Veron y Berg en 1835.

En 1844 Bennet y 1853 Robin aíslan el hongo y proponen de nueva cuenta que la enfermedad es propia de pacientes debilitados.

En 1849 Wilkinson describió la candidiasis vaginal sin embargo fue hasta 1875 que Haussman, demostró que el microorganismo causal de la candidiasis bucal y vaginal era el mismo.

El nombre del agente etiológico ha pasado por diversos géneros y especies de los más importantes están *Oidium albicans* (Robin 1853), *Monilia albicans* (Bonoderm y Hansen en 1868) hasta 1932 cuando Langeron y Talice lo clasifica como *Candida albicans*

Zenker es acreditado por el primer reporte de Candidiasis Sistémica en 1862.

Dentro de la clasificación en 1887 Audrey fue el primero que describe a la Cándida en dos formas morfológicas.

Propone el nombre de Cándida del latín "toga cándida" el cual se refiere a las túnicas blancas que llevaban los candidatos del senado Romano; Albicans también viene del latín "albicare" el cual se refiere a "hacia el blanqueamiento". Zopf en 1890 denomina al hongo de la estomatitis candidiasica como "monilia albicans" nombre que gana gran aceptación, lo que condujo al termino "moniliasis" para denominar las infecciones por el hongo de la estomatitis candidiasica. Existe una discusión en cuanto al uso del termino Candidiasis o Candidosis; Odds (1988), indica que cada termino es aceptable, aunque el sugiere que el mas apropiado es el termino candidosis. Rippon(1982) sugiere que la diferencia de la terminología esta basada geopolíticamente ya que candidiasis es un termino claramente Americano y el termino Candidosis es esencialmente Europeo.

Se decidió utilizar el termino Candidosis debido a que se refiere a parásitos y el termino Candidiasis esta relacionado a bacterias.<sup>3</sup>

## ***ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA GERIATRÍA***

La Geriatria es una rama de la Medicina Interna. Es decir, su conocimiento requiere el dominio de la segunda. El interés por los cambios que ocurren con el envejecimiento pueden rastrearse hasta tiempos de Aristóteles, su estudio sistemático y científico es relativamente nuevo.

La Biología del envejecimiento tiene una historia reciente, prácticamente iniciada en el presente siglo. En efecto, uno de los primeros estudios publicados sobre el tema data de 1904, cuando Mechnikov "Premio Nóbel de Medicina".<sup>20</sup>

Expone una teoría del envejecimiento e introduce por primera vez el término de Gerontología.

En tanto, el término Geriatria aparece por primera vez en Estados Unidos en 1909, en la obra de L. Nacer, *Geriatrics*.

Geriatria y Gerontología son frecuentemente confundidas. Para abordar el entendimiento de sus semejanzas y diferencias, algunas definiciones son:

- **GERONTOLOGÍA:** Del griego *Geronto*= anciano, y *logos*= tratado; es el estudio de la vejez. Entendemos esto como el conjunto de conocimientos y estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad. Por lo tanto, la Gerontología abarca las aportaciones de todas las disciplinas científicas, filosóficas, artísticas, etcétera, sobre el envejecimiento.
- **GERIATRÍA:** Del griego *Geron*= vejez, y *tría*= curación; es la rama de la Medicina Interna, que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez. La Geriatria es una parte de la Gerontología.
- **ANCIANO:** Basado y surgido en la Asamblea Mundial del Envejecimiento en Viena, Austria (organizado por la OMS en los 80), México adopta la definición de "toda persona de 60 y más años".

Así, de acuerdo con estas definiciones, el estudio del envejecimiento social es gerontológico, en tanto que el del envejecimiento biológico es geriátrico. Las actitudes socioculturales, las manifestaciones en el arte y la historia del envejecimiento, forman parte de la gerontología.

La Geriátría tiene como lugar de nacimiento la Gran Bretaña: desde la década de los 30 se empezó a practicar un tipo de medicina hospitalaria diferente y especialmente enfocada a los ancianos, pero no fue sino hasta mediados de los 40 cuando se inicia formalmente la geriátría como especialidad médica.

A partir de entonces la geriátría ha ido extendiéndose de manera progresiva por el mundo.

En México la Geriátría inicia un impulso , notorio, en la década de los 70. Reconocido pionero en nuestro país es el Dr. Arturo Lozano Cardoso. No obstante, es hasta inicios 1993 cuando el Consejo Universitario de la UNAM, aprueba el plan académico propuesto por el Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo, y se inicia formalmente el Curso de Geriátría, como subespecialidad de la Medicina Interna. Como puede verse, la historia académica en la UNAM de la Geriátría mexicana, es muy reciente.

La geriátría, es la más joven de las especialidades médicas.....

# **PREVALENCIA DE CANDIDIASIS EN ADULTOS MAYORES PORTADORES DE PROSTODONCIAS TOTALES**

## **PROTOCOLO**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Investigar el índice de prevalencia de la Candidiasis en el adulto mayor portadores de prostodoncias totales como consecuencia de problemas sistémicos predisponentes, una mala higiene bucal, polifarmacia y factores iatrogénicos.

### **OBJETIVO :**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Valorar y cuantificar clínicamente la presencia de Candidiasis en 100 pacientes adultos mayores de 60 años en adelante portadores de prostodoncias totales en la Facultad de Odontología.

#### **OBJETIVO ESPECÍFICO**

Identificar el factor etiológico con mayor recurrencia que desarrolla la prevalencia de la Candidiasis.

## **JUSTIFICACIÓN:**

Detectar la presencia de Candidiasis antes y/o durante de la colocación de prótesis totales para llevar a cabo una rehabilitación exitosa y evitar el contagio a nivel sistémico.

## **HIPÓTESIS:**

### **Hipótesis de trabajo**

El uso de protodoncias totales mal ajustadas aunado a hábitos de mala higiene y factores predisponentes locales y generales esta asociada a la presencia de Candidiasis bucal.

### **Hipótesis Nula**

El uso de protodoncias totales mal ajustadas aunado hábitos de mala higiene y factores predisponentes locales y generales no esta asociada a la presencia de Candidiasis bucal.

## **METODOLOGÍA:**

La investigación que se pretende realizar tiene como directriz principal el bienestar de los adultos mayores y uno de los factores que inciden son los aspectos de hábitos de higiene bucal ya que ahí podría desencadenar un problema sistémico ; para llegar a este fin nos ubicaremos utilizando una metodología inductiva reflexiva basada en un instrumento de investigación llamado encuesta y de un estudio descriptivo y observacional, que se aplicará a los adultos mayores de 60 años o más que acuden a la Clínica de Prostodoncia Total de la Facultad de Odontología perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México.

La encuesta arrojará los resultados en forma cuantitativa y cualitativa que llevarán al campo de la comprobación de las hipótesis antes planteadas y que tendrán como variables de investigación; como influyen las prótesis mal ajustadas en el desarrollo de la Candidiasis en este sector de la población, así como el surgimiento de variables derivadas como lo son; polifarmacia, toxicomanías, los malos hábitos de higiene bucal y enfermedades sistémicas que influyen y potencializan los factores que desencadenan Candidiasis en este grupo de pacientes y como variables derivadas tenemos; el sexo del paciente, edad y localización.

La presentación de los resultados se darán a conocer mediante una serie de gráficas que contemplen las variantes cumpliendo así la parte cuantitativa de esta investigación.

Se pretende efectuar una descripción mediante encuestas aplicadas y la observación clínica en pacientes adultos mayores (de 60 años a más) que acuden a la Clínica de Prostodoncia Total en la Facultad de Odontología

mediante el uso de una muestra estadística, cuya unidad de análisis incluye la Clínica de Prostodoncia Total (ambos turnos). Para poder determinar la prevalencia de Candidiasis y poder determinar los factores que influyen en la misma.

La hipótesis de trabajo que se plantea es causal, en virtud de que se propone de manera tentativa factores que serían la causa del fenómeno estudio las variables son cualitativas, ya que su valor consiste en categorías de clasificación.

**Población:** Adultos Mayores de 60 años a más, Clínica de Prostodoncia Total (ambos turnos).

**Muestra:** Se seleccionara de manera aleatoria a 100 pacientes con estas características ya mencionadas en dicha clínica.



# **CAPÍTULO I**

## **1.-Consideraciones Generales**

### **1.1 DEFINICIÓN**

La Candidiasis o Candidosis es la infección micótica bucal más frecuente, causada por diversas especies de levaduras oportunistas del género *Candida*, en especial *Cándida albicans*, presentando una variedad de cuadros clínicos, afectando primordialmente mucosas (boca, vagina), piel uñas y de manera excepcional otros órganos como pulmones, intestinos, etc. De un modo general, la Candidiasis puede ser definida como "la enfermedad del paciente enfermo", ya que siempre va a precisar de uno o varios factores facilitadores para provocar patología en la boca.<sup>20</sup>

### **1.2 SINONIMIA**

Candidiasis, Monoliasis, Muguet, Algodoncillo, Trush, Blastomicosis, Perleche.

### **1.3 EPIDEMIOLOGÍA**

Epidemiológicamente la Candidiasis es un padecimiento cosmopolita y sin duda una de las micosis que más se presentan en todo el mundo aunque presenta variaciones dependiendo de las poblaciones analizadas, ya que se ha reportado que la mitad de la población general presenta alguna especie de *Cándida* en su flora oral, mientras que en sujetos adultos portadores sanos la prevaencia de *Cándida Albicans* ha sido reportada de un 25 a un 45% en diferentes países por lo que la prevaencia de *Cándida* es de 17.55% y que la coloca en el tercer lugar de prevaencia de organismos patógenos de exudados orofaríngeos.<sup>22</sup>

En cuanto a edad y sexo la prevalencia es igual a todas las edades y a los dos sexos aunque es más común en lactantes y en adultos que están entre la tercera y cuarta década de su vida así como a ancianos relacionados con procesos patológicos y siempre y cuando se presenten factores de oportunismo o inmunosuprimidos.<sup>3</sup>

El hábitat y fuente de infección es el hombre mismo y algunos animales homeotérmicos, la vía de entrada se dice que es endógena, es decir que el individuo tiene el hongo en algún sitio del cuerpo y de ahí invade otros tejidos cuando hay la oportunidad.<sup>3,4</sup>

El periodo de incubación es incierto ya que es una enfermedad oportunista y endógena y es prácticamente imposible determinar este periodo.

Hay factores predisponentes específicos y más frecuentes como son:

Factores fisiológicos como el cambio de pH en la cavidad oral; enfermedades o procesos debilitantes como son: Diabetes, Tuberculosis, Desnutrición, etc; Inmunodeficiencias primarias o adquiridas como Leucemias, Linfomas, Sida y Síndrome de Sjogren; Iatrogénicos como tratamientos prolongados con antibióticos, corticoides y citotóxicos, anticonceptivos orales y dispositivos intrauterinos; Miscelánea como dermatitis inflamatorias previas, mal estado de la dentadura (prótesis mal adaptadas), resinas utilizadas en prótesis que se adhieren a una temperatura de 37°C durante 120 minutos.<sup>3,4,21</sup>

#### **1.4 ASPECTOS MICOLÓGICOS**

Una de las micosis oportunistas más frecuentes es la Candidiasis, que es producida por el género *Cándida albicans*; dentro del género de *Cándida* incluye nueve especies de hongos, que son: *C. albicans*, *stellatoidea*,

tropicalis, krusei, parapsilosis, zeylanoides, guilliermondii, pseudotropicalis, glabratas.

La *Cándida albicans* es el agente causal de la mayoría de micosis orales ya que es un hongo levaduriforme, unicelular, saprofito carece de clorofila, comensal y oportunista que se encuentra comúnmente en la población general en diferentes regiones del cuerpo así como en la cavidad bucal, sin causar enfermedad. Sin embargo su cambio de agente comensal a patógeno depende de una serie de factores predisponentes (locales o sistémicos) para el desarrollo de una enfermedad oportunista llamada Candidosis.

La *Cándida* es un microorganismo que pertenece a la familia Cryptococcaceae; *C. albicans* suele presentarse como una célula oval levaduriforme de 2 a 4 micras, con paredes finas; sin embargo, en tejidos infectados también se han identificado formas filamentosas de longitud variable, con extremos redondos de 3 a 5 micras de diámetro y pseudohifas, que son células alargadas de levadura que permanecen unidas entre sí; crece por gemación y que forma yemas gemantes ; se puede presentar en forma de levadura(espora), levadura con pseudohifas o en forma de largas hifas individuales que sufren formas tabicadas ramificadas.

Las levaduras o blastosporas son microorganismos eucarióticos, las cuales se reproducen asexualmente por un proceso específico de división celular conocido como gemación. Este proceso de división implica la producción de nuevo material celular proveniente de la superficie de la blastospora. Cuando el brote o yema ha crecido y se encuentra en su tamaño óptimo, se suscita la división celular y se forma un tabique o septo entre las dos células.

La forma filamentosa del hongo (hifa), es una estructura microscópica tubular, la cual contiene múltiples unidades celulares divididas por septos y puede surgir a partir de blastosporas o de hifas existentes.

Esta crece continuamente por extensión apical.



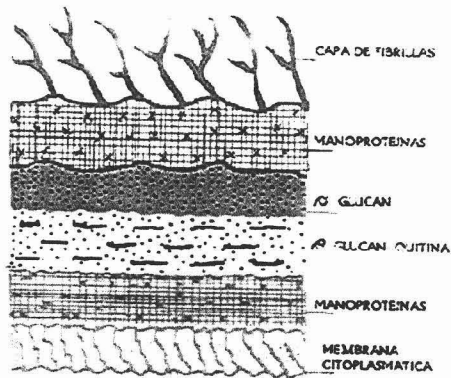
La apariencia microscópica de todas las especies de *Cándida* es similar; todas las levaduras son Gram positivas, pero en algunas ocasiones la forma de las blastosporas puede variar de ovoide a elongada o esférica. Microscópicamente, *C. albicans* presenta dimorfismo, el cual es una transformación de la forma ovoide de las blastosporas (levaduras) gemantes a hifas. En contraste con otras especies de *Candida*, *C. albicans* tiene una marcada tendencia a formar esporas grandes de pared gruesa, denominadas clamidosporas, la clamidospora tiene un diámetro de 7 a 8 micras y casi siempre se origina en el extremo del pseudomicelio. Es una importante característica morfológica en la identificación de *C. albicans*. Asimismo, tiene la capacidad para producir tubos germinales. Un tubo germinal se define como una extensión filamentosa de una célula levaduriforme que mide alrededor de la mitad del ancho y tres a cuatro veces el largo de la célula. El tubo germinal de *C. albicans* ha sido descrito como un tubo sin constricción en el punto de origen y tiene una apariencia similar a "espejo de mano".

La composición química de *C. albicans* está representada por 20-40% de proteínas y 30-50% de polisacáridos, mientras que la proporción de lípidos es variable. La fracción lipídica va a depender de la cepa, edad del cultivo, condiciones ambientales y del origen de la fuente de carbono.

La pared celular de *C. albicans* está compuesta principalmente por los polisacáridos Manán, Glucán y Quitina. Aunque la síntesis de los componentes de la pared celular está dinámicamente influenciada por las condiciones de crecimiento y por los estadios metabólicos. El polisacárido Manán representa aproximadamente entre 15.2% y 22.9% del peso seco y poco más de 40% de los polisacáridos de la pared celular del hongo.

El D-Glucán  $\beta$ -1-3 y el D-Glucán  $\beta$ -1-6 constituyen entre 47% y 60% del peso seco de la pared celular. Otros componentes han sido reportados, tales como proteínas en cantidades que oscilan entre 6% y 25%, lípidos entre 1% y 7% y Quitina entre 0.6% y 9% del peso de la pared celular.

Estudios ultraestructurales de la pared celular de *C. albicans* han demostrado una compleja microarquitectura. La pared tiene un espesor variable y está compuesta por varias capas, las cuales se han puesto de manifiesto por diferencias en la densidad electrónica. El número de capas y su morfología varían; esta variación está relacionada con varios factores tales como: la etapa de crecimiento celular, la forma de crecimiento (como levadura o como tubo germinal), la capa seleccionada para su estudio. La mayoría de los investigadores han descrito cinco capas dentro de la pared celular, las cuales son (de adentro hacia afuera): Manoproteínas,  $\beta$ -Glucán-Quitina,  $\beta$ -Glucán, Manoproteínas y una capa de fibrillas.



## 1.5 FACTORES DE VIRULENCIA

Además de su facilidad para crecer y multiplicarse, el mayor factor de virulencia de este microorganismo es la capacidad de adherirse tanto a células del hospedero como a otros microorganismos incluso a materiales inertes.

La adherencia se debe a características químicas y estructurales de la pared celular. El compuesto químico que permite la unión es la manoproteína, mientras que la estructura es una capa fibrilar que recubre la pared. La formación de pseudohifas y la rapidez con que puede variar su morfología son características de agresividad.

Sherwood demostró que la *Cándida* puede emitir largos filamentos capaces de invadir hacia la profundidad de los tejidos si en esas zonas hay mayor cantidad de nutrientes a ese fenómeno se le conoce como tigmotropismo. Es sensible a los compuestos yodados y halógenos como el cloro.

## 1.6 ASPECTOS HISTOPATOLÓGICOS

Al exámen microscópico se observa una reacción inflamatoria superficial localizada, con ulceración o erosión de la superficie. La ulcera esta cubierta por una capa gruesa de desechos celulares, fibrina y exudado inflamatorio y gran número de hifas, en la que se observan grandes cantidades de levaduras y filamentos miceliales cortos con ramificación rudimentaria. Esta pseudomembrana imparte el aspecto característico listado blanco a las lesiones de la mucosa y en los sitios en se quita mediante raspado o masticación de alimentos, la mucosa inflamada queda como una placa eritematosa de acuerdo a su aspecto histológico esta afección se describe como pseudomembranosa; cuando hay escamas blancas más adherentes que se observan en el tipo crónico la exploración revela la formación de colonias de pseudohifas y esporas grandes y pequeñas (Blastosporas y a veces clamidosporas) en las células queratinizadas se presenta hiperplasia del epitelio.

## CAPÍTULO II

### 2.- Etiología

#### 2.1 ETIOLOGÍA

La Candidiasis es una clásica enfermedad oportunista que requiere forzosamente de factores predisponentes, la mayoría de veces se origina de manera endógena, se atribuye a dos procesos:

❖ Por el desequilibrio de la flora microbiana, que hace que se incremente la presencia de levaduras, esto se puede ver a cambios de pH, acumulo de nutrientes como el glicógeno o por disminución de la flora bacteriana por antibióticos.

❖ Por enfermedades o procesos que influyen en la respuesta inmune sobre todo a nivel celular.

Los casos exógenos siempre se inician por el ingreso al organismo de grandes cantidades de levaduras por contaminación de catéteres, sondas, etc. que se inoculan directamente los microorganismos al torrente circulatorio.

Se ha atribuido la patogenicidad a algunas toxinas de tipo proteolítico; esto comprueba que dos variedades de la misma especie puede tener diferente virulencia.

El agente causal de la Moniliasis o Candidiasis es la *C. albicans*. Para que este hongo se convierta en patógeno de la cavidad bucal tienen que coincidir una serie de factores tanto sistémicos como locales entre ellos están según los criterios de los siguientes autores:



Según *Budtz-Jorgensen*

❖ *Factores sistémicos*

- Edad: Infancia, vejez, embarazo.
- Alteraciones endocrinas: Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo.
- Trastornos nutricionales: Deficiencias en Fe (Fierro), Vitamina B12.
- Enfermedades : Leucemia Aguda.
- SIDA.

❖ *Factores locales*

- Xerostomía: Síndrome de Sjogren, irradiación, empleo de drogas, etc.
- Antibióticos de amplio espectro.
- Corticoides.
- Leucoplasia. Cáncer bucal.
- Prótesis (estomatitis protésica).
- Tabaco.
- Alcoholismo

Según *Ceccotti*:

❖ *Factores generales*

- Diabetes.
- Antibioticoterapia de amplio espectro y prolongada.
- Corticoterapia (actuando como inmunosupresor).
- Cánceres diseminados.

- Inmunosupresión (hereditaria: agammaglobulina; adquirida: inmunosupresores en trasplantes, terapia antineoplásica, SIDA).

❖ *Factores locales*

- Prótesis removibles (estomatitis subplaca).
- Xerostomía.
- Sialorrea (comisural).
- Grandes fumadores.
- Disminución de la dimensión vertical (comisural).
- Falta de higiene.
- Medicación antibiótica o corticoides locales .
- En el recién nacido (contagio por candidiasis vaginal de la madre, niñeras, chupones contaminados. El escaso desarrollo de las glándulas salivales la favorece).

Según *López* consideran como factores predisponentes o favorecedores todas aquellas circunstancias que rompen el equilibrio entre el huésped y el hongo y los agrupan en factores fisiológicos (edades extremas), factores predisponentes generales y factores predisponentes locales.

❖ *Factores predisponentes generales*

- Endocrinos: diabetes, hipotiroidismo, etc.
- Enfermedades malignas: hemopatías, carcinomas, etc.
- Deficiencias inmunitarias: SIDA, neutropenias, trasplantados o afecciones congénitas como: síndromes de endocrinopatía familiar, enfermedad de Sjogren.

- Toxicomanías: alcohol, tabaco, marihuana, drogas parenterales, etc.
- Iatrogénica: tratamientos antibióticos, corticoterapia, quimiorradioterapia, antidepresivos, etc.
- Otros: factores alimentarios: desnutrición, mala absorción, carencias vitaminas (vit. A); síndrome de Sjogren; estados terminales de enfermedades consuntivas.

❖ *Factores predisponentes locales*

- Xerostomía.
- Mala higiene oral (incluyendo el tabaquismo).
- Mal estado bucodental.
- Uso de medicamentos corticoides, antibióticos, etc.
- Mal estado de la prótesis.
- Alteración de la dimensión vertical.
- Traumatismos: mordisqueo, irritación crónica, prótesis, ortodoncia, etc.

## 2.2 DESCRIPCIÓN DE FACTORES ETIOLÓGICOS

### EDAD

Más frecuentemente en recién nacidos y en ancianos. El recién nacido no tiene muy desarrollada su flora bucal, lo cual unido con una disminución de la producción de saliva, hace que sean factores que predispongan al desarrollo de la Candidiasis. En el anciano hay también una disminución fisiológica de la producción salival, unido a una serie de condiciones que favorecen la aparición de este hongo, como son: la pérdida de la dimensión vertical por el desgaste de sus dientes naturales o por la abrasión de los artificiales,

así como su pérdida, que facilita un babeo comisural y una retención salival, excelente caldo de cultivo de los hongos. Los mecanismos de defensa están alterados así como su régimen alimenticio y alteraciones sistémicas. La colonización de la cavidad bucal por *Cándida* se incrementa en los ancianos por la mayor predisposición en el uso de prótesis, lo cual se incrementa también en los pacientes de edad avanzada.

## **ALTERACIONES ENDÓCRINAS**

Como son:

### **DIABETES**

Las especies de *Candida*, sobre todo *C. albicans*, han sido aisladas en mayor número de las cavidades orales de individuos diabéticos en comparación con los no diabéticos. El mecanismo patogénico por el cual la diabetes predispone a la Candidiasis oral incluye la presencia de una alta concentración de glucosa en la saliva, junto con una baja secreción salivar. La secreción de saliva en estos pacientes presenta un pH inferior al normal, lo que aumenta la actividad proteolítica de las especies de *Candida* al aumentar las fosfolipasas *Candidiásicas* extracelulares.

### **TRANSTORNOS NUTRICIONALES**

El déficit nutricional y vitamínico provoca alteraciones de las defensas del huésped y de la integridad de las barreras epiteliales, favoreciendo la colonización micótica.

## **INMUNODEFICIENCIAS**

Cuando hay una baja o una descompensación inmunitaria.

## **RADIACIÓN**

La radiación de cabeza y cuello afectan las mucosas de la boca y obstruyen las glándulas salivales grandes y pequeñas dando lugar a la Xerostomía.

La exposición a radiaciones de cabeza y cuello aumenta la destrucción de las células tumores y minimizan el daño a las células normales, presentando un cambio en la microflora normal y en donde predominan organismos gram negativos y hongos.

## **XEROSTOMÍA**

La Xerostomía disminución del flujo salival que provoca la disminución de el pH y favorece la entrada del microorganismo oportunista, afectando el equilibrio de la microflora normal, y se presenta con mas frecuencia en pacientes que presentan el síndrome Sjogren estos a su vez causan trastornos fibrosantes de las glándulas salivales a causa de la aplasia de una o varias glándulas salivales y puede ser reacción colateral de la administración de fármacos, en el anciano se debe a una disminución común de la actividad general glandular los síntomas son boca seca, lustrosa y se irrita o lesiona con facilidad , peden aparecer fisuras y pliegues dolorosos que sangren fácilmente, hay dificultad para masticar y para ingerir alimentos secos, hay atrofia de las papilas.

## **SÍNDROME DE SJOGREN**

Afección autoinmune inflamatorio-degenerativa. Secreción insuficiente de las glándulas salivales, lagrimales, sudoríparas y glándulas del estomago; la tríada clásica de signos y síntomas consta de Xerostomía, queratoconjuntivitis seca y artritis reumatoide aparte de sequedad y ardor de la mucosa bucal la lengua carece de papilas y es lisa y brillante, hinchazón de la parótida y se presenta bilateral.

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

La aplicación de tratamientos prolongados con antibióticos de amplio espectro como corticoides e inmunosupresores, citotóxicos o fármacos que producen Xerostomia, provocan alteraciones de equilibrio de la flora, estados de sequedad bucal y disminución de las defensas y contribuyen a la proliferación de Cándida. Las drogas antitumorales son diseñadas para ser tóxicas a las células neoplásicas, sin embargo, no distinguen entre las células malignas de las normales.

## **TOXICOMANIAS**

El uso de irritantes de mayor uso son el tabaquismo y el alcoholismo que alteran la captación utilización y metabolismo de los nutrientes; teniendo irritación local en el epitelio lo cual hace que disminuya la secreción salival, en el alcoholismo hay un alto contenido de azúcares en el alcohol.

## **PRÓTESIS**

Las prótesis mal adaptadas por cualquier causa, y el déficit de higiene son causantes de estados inflamatorios de la mucosa bucal ya que la parte interna de la prótesis se encuentra en contacto con la mucosa y esta presenta frecuentemente irregularidades y micro porosidades que albergan a los microorganismos y son sitios que son difíciles de limpiar por medio de limpieza mecánica o química.

## **CÁNCERES**

Se altera al defensa bucal inespecífica que incluye la barrera epitelial, la interacción microbiana, el flujo salival, su efecto de dilución y sus componentes antimicrobianos convirtiéndolo a infecciones por cándida ya que el ambiente bucal donde la renovación epitelial ocurre continuamente y en humedecida por el flujo constante de secreciones, la capacidad de un organismo para adherirse a la superficie es un factor importante en la colonización y enfermedad.

Tanto unos factores como otros son necesarios, pero aun no se conoce el mecanismo por el que la cándida se desarrolla en un momento dado.

## CAPÍTULO III

### 3.-Clasificación de Candidiasis

#### CLASIFICACIÓN

El género Cándida incluye un variado número de especies, pero solamente alguna de ellas pueden ser oportunistas, sobresaliendo *C. albicans*, la que dependiendo de la topografía de donde se aíse, se puede encontrar entre un 60 hasta un 85%.

#### 3.1 CLASIFICACIÓN TAXONÓMICA

CLASE : Deuteromycetes

SUBCLASE: Blastomycetidia

ORDEN : Criptococal

FAMILIA : Criptocaceae

GENERO : Candida

ESPECIES : albicans,

tropicalis,

stellatoidea,

krusei,

parapsilosis,

pseudotropicalis

guillemondii,

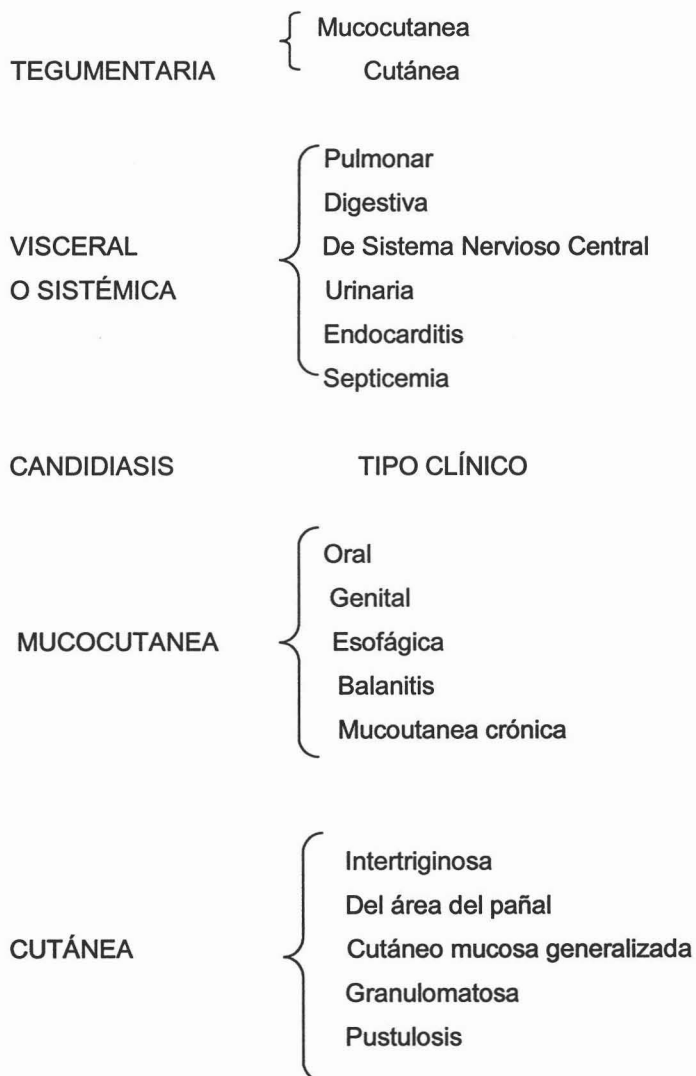
zeylanoides,

glabrata(esta ultima esta sujeta a discusión por no

presentar propiedades similares a la del genero Candida.3



### 3.2 CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE CANDIDIASIS



VISCERAL  
O SISTEMICA

Pulmonar  
Gástrica  
Peritoneal  
Endocardica  
Meningea  
Septicemica

### 3.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE CANDIDIASIS

CANDIDIASIS

TIPO CLÍNICO

MUCOCUTANEA

Oral.-Placas blanquecinas, eritema periférico de la lesión  
Genital.-Vulvovaginitis, leucorrea abundante blanco amarillenta viscosa, fétida, ardor, prurito  
Esofágica.-Placas blanquecinas bordes eritematosos, disfagia, nauseas vomito, ardor  
Balanitis.-Eritema, pústulas pequeñas leucoplacas

CUTÁNEA

Intertriginosa.-Placa eritematosa  
escamosa, borde eritomatoso  
Del área del pañal.-Placa  
eritematoescamosa, vesículas,  
pústulas, costras  
Cutáneo mucosa generalizada.-  
Lesión diseminada  
Granulomatosa.-Nodulaciones,  
deformación, resequedad  
Oncomicosis.-Uña oscura, deformada  
Inflamación, desprendimiento  
Pustulosis

VISCERAL  
O SISTÉMICA

Pulmonar.-Tos, expectoración, mucoide  
sanguinolienta diseñe, fiebre  
Gástrica.-Gastritis  
Peritoneal.-Diarrea  
Endocardica.-Endocarditis  
Meníngea.-Meningitis  
Septicemica

### **3.4 CLASIFICACIÓN CLÍNICA DE LA CANDIDIASIS BUCAL**

Según el Centro de Colaboración de Manifestaciones Bucales de la Infección por el VIH, perteneciente a la OMS, que radica en Copenhage, se clasifica en 4 tipos:

1. Eritematosa.
2. Hiperplásica.
3. Pseudomembranosa.
4. Queilitis angular (estomatitis comisural).

*Santana las clasifica en:*

1. Candidiasis Pseudomembranosa aguda.
2. Candidiasis hiperplásica crónica.
3. Perleche (queilitis angular).
4. Granuloma crónico moniliásico.

Existen otras clasificaciones como la de *Grinspan* basada en la intensidad y forma de presentación; la de *Lehner* y la de *Holmstrup* y *Axell*.

*Clasificación de Grinspan:*

1. Formas agudas.
2. Formas subagudas.
3. Formas crónicas.

*Clasificación de Lehner.*

1. Candidiasis aguda pseudomembranosa.
2. Candidiasis aguda atrófica.
3. Candidiasis crónica hiperplásica.
  - Candidiasis oral crónica (Candida-leucoplasia).
  - Síndrome candidiásico-endocrino.
  - Candidiasis crónica mucocutánea localizada.
  - Candidiasis crónica difusa.
4. *Candidiasis crónica atrófica.*
  - Estomatitis por prótesis.
  - Queilitis angular.

A esta clasificación, *Shafer* le hizo algunas modificaciones:

1. Candidiasis agudas.
  - Candidiasis bucal pseudomembranosa aguda o muguet.
  - Candidiasis bucal atrófica aguda.

Candidiasis crónicas.

Candidiasis bucal atrófica crónica.

- Estomatitis protésica o palatitis subplaca.
- Queilitis angular.
- Glositis atrófica crónica.

Candidiasis bucal hiperplásica crónica.

Candidiasis mucocutánea crónica.

- Candidiasis mucocutánea familiar crónica.
- Candidiasis mucocutánea crónica localizada.
- Síndrome de Candidiasis en endocrinopatías.
- Candidiasis mucocutánea crónica difusa.

*Clasificación de Holmstrup y Axell:*

1. Forma aguda.

- Pseudomembranosa.
- Eritematosa.

2. Forma crónica.

- Pseudomembranosa.
- Eritematosa.
- Atrófica Crónica o Estomatitis Protésica
- Leucoplasia-candidiasis (Plaque-like) o en placa
- Forma nodular.

3. Candidiasis asociada con otras lesiones.

- Queilitis angular.
- Glositis romboidal media.
- Estomatitis por prótesis.

NOTA: Se tomo como referencia la clasificación de Holmstrup y Axell.

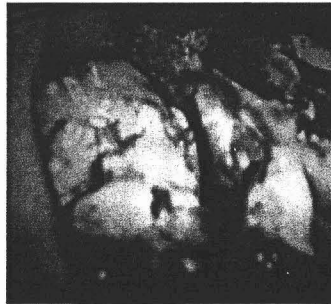
## CAPÍTULO IV

### Candidiasis Bucal Formas Agudas

**4.1 Candidiasis Pseudomembranosa:** Se conoce bajo el nombre de "muguet" o "algodoncillo", Candidosis bucal o trush". Se denominan así unas lesiones que recuerdan las gotas de yogourt o leche coagulada. Aparece en niños o en adultos. Clínicamente se manifiesta por la aparición de unas manchas blancas en toda la boca, especialmente en surcos, mucosa yugal, lengua, paladar, amígdalas, etc., que se desprenden fácilmente al pasar una gasa, dejando en la zona en la que se asentaba una superficie eritematosa, enrojecida. Se acompaña de halitosis. Es una infección superficial de las capas superiores del epitelio mucoso , compuesta de células epiteliales descamadas, células de inflamación, fibrina, levaduras elementos miceliales en forma de hifa, leucocitos, tejidos neuróticos, queratina y restos alimenticios. En el adulto cursa igual que en el niño y suele aparecer tras un tratamiento con antibióticos, corticoides o en trasplantados renales y en inmunodeprimidos.

En la actualidad hemos de prestar especial atención a esta lesión, ya que puede ser la manifestación inicial de un SIDA. Clínicamente aparecen las manchas blancas en toda la superficie bucal, siendo más frecuente en paladar. Suelen ser indoloras y provocan halitosis. La sintomatología más

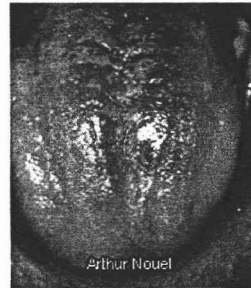
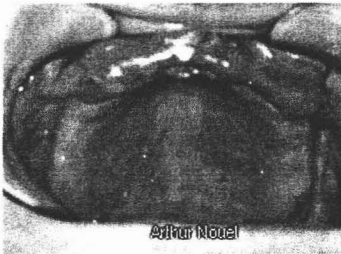
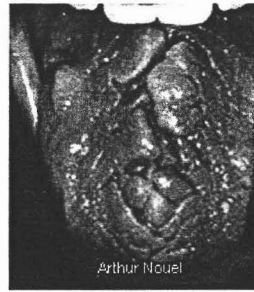
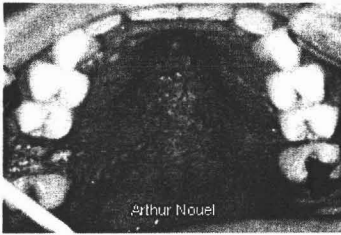
común es ardor y dolor.



**4.2 Candidiasis Eritematosa (atrófica) Aguda:** También conocida como lengua dolorosa antibiótica, glositis antibiótica. Tras un tratamiento con antibióticos, el enfermo sufre una depapilación de la mucosa lingual, acompañada de la imposibilidad de ingerir alimentos ácidos, picantes y calientes; disfagia y pérdida del espesor de la lengua. Esta forma es muy poco frecuente, y no es consecuencia de la eliminación de las manchas de una forma pseudomembranosa, ya que los enfermos no refieren en ningún momento la presencia de los acúmulos blanquecinos. Ambas formas se curan con tratamiento específico en varios días, si no son tratadas o no curan, darán origen a las formas crónicas. Las zonas principalmente afectadas son superficie dorsal de la lengua y la mucosa bucal. Con la presencia de dolor y sensación de quemazón ardor y mal sabor de boca . El diagnóstico puede ocultarse por el uso vigoroso de enjuagues bucales u cepillado dental justo antes de la consulta.



***Candidiasis Eritematosa (atr6fica) Aguda***



## **CAPÍTULO V**

### **5.-Candidiasis Bucal Formas Crónicas**

**5.1 Candidiasis Pseudomembranosa:** cursa igual que en la forma aguda, diferenciándose por la persistencia del cuadro.

**5.2 Candidiasis Eritematosa:** sobre la mucosa bucal, especialmente sobre las mejillas y sobre el paladar, aparecen unas zonas enrojecidas, bien delimitadas, ligeramente dolorosas al contacto con los alimentos, que pueden acompañarse de formas pseudomembranosas, por lo que pueden ser una forma evolutiva de las anteriores. En la lengua cursa con depilación en áreas. Son muy frecuentes en pacientes con SIDA.

#### **5.3 Candidiasis Atrófica Crónica ó Estomatitis Protésica**

También llamada Estomatitis Subplaca. Respecto a la etiología de esta lesión, se han estudiado ampliamente los factores traumáticos, tóxicos, microbiológicos, alérgicos y sistémicos.

Bustz-Jogensen y Bertman consideran que el factor predominante de la estomatitis es el trauma causado por la prótesis, y que existen ciertas correlaciones entre el factor y la presencia de microorganismos, especialmente de la *Cándida albicans*. El trauma es un factor predisponente y donde la *Cándida albicans* es determinante inductora de la Estomatitis Simple o Granular así como de la Queilitis Angular y Glositis. Esta posición ha sido confirmada por Van Reenana 1973 quien sostiene que el número de bacterias tiende a aumentar con los años de uso de las prótesis.

Las observaciones de Nyquist 1952 demuestra diferentes formas de trauma como causantes principales de la incidencia de estas estomatitis, los tipos de traumatismos fueron: 1.-Poca estabilidad de la base, 2.-Oclusión Céntrica, 3.-Excéntrica traumática.

En 1969 Carison y colaboradores demostraron que la colocación y el uso de dentaduras completas interfieren rápidamente durante la primera semana con la flora normal de la boca desdentada. Descubrieron que en las prótesis se produce la colonización de los estreptococos mutans y sanguis, sugieren que el aumento de la concentración de estos microorganismos se relaciona con la presencia de una superficie sólida y apropiada para la colonización bacteriana, se dice que los componentes de resinas acrílicas pueden ser alergenicos por naturaleza. Estos también pueden producir una respuesta en combinación con la flora bucal o como resultado de una formación incompleta de los componentes durante la polimerización, es decir, la existencia de monómero residual en cantidad excesiva por deficiente polimerización. Las características clínicas son que la mucosa subyacente a la dentadura se torna muy roja, hinchada, lisa o granular y dolorosa. Con frecuencia se observan focos puntiformes múltiples de hiperemia, por lo general en el maxilar. Es común que haya una fuerte sensación de ardor. El enrojecimiento de la mucosa esta bien delimitado y se restringe al tejido que esta en contacto con la prótesis. Es una reacción inflamatoria de los tejidos bucales que esta en contacto inmediato o situado junto a una prótesis móvil. Suele aparecer en los tejidos blandos situado por encima del paladar duro y generalmente se caracteriza por una área intensamente enrojecida, 37

brillante y ligeramente tumefacta, algunas veces se nota una sensación viscosa al pasar un dedo sobre la superficie. La lesión suele ser generalizada y difusa, afectando todos los tejidos en contacto con dentaduras, pero en algunos casos se presentan en formas de placas, localizadas en lesiones aisladas. Los síntomas son variables, algunas veces es asintomático aunque el enfermo se queja de sensibilidad, sequedad, sensación de ardor hasta un verdadero dolor.



### 5.3.1 CLASIFICACIÓN NEWTON

En 1962, Newton estableció la siguiente clasificación de la estomatitis protésica:

TIPO I.- PUNTOS DE HIPEREMIA.-Es una inflamación simple localizada, incluye puntos de hiperemia e inflamación difusa de un área limitada de la mucosa palatina.

TIPO II.- ERITEMA DIFUSO.- Es una inflamación simple mas generalizada, incluye un eritema difuso en la mayor parte o en la totalidad de la mucosa de soporte.

TIPO III.- INFLAMACIÓN GLANULAR O HIPERPLASIA PAPILAR.- Inflamación papilar donde la mucosa presenta ya un aspecto granulado o nodular.

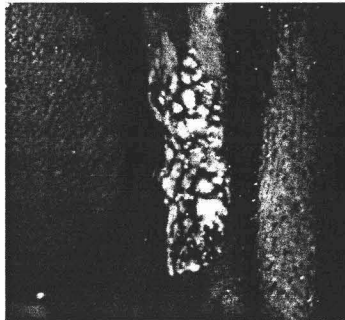
Ahora bien, los distintos autores obtienen cifras muy contradictorias en la investigación de esta levadura; que van desde los resultados de *Budtz-Jorgensen*, que describen que el 60 % de los pacientes con prótesis superior, con más de 60 años, presentan inflamación del área de soporte asociada con la presencia de *C. albicans*, hasta un reciente trabajo de *Theilade* que encuentra menos del 10 % de pacientes con *C. albicans*. *Ceballos* ha encontrado el 34.27 % de Cándidas en portadores de prótesis. *Ceballos* y *Macfarlane* coinciden en que estos hechos pueden ser por la falta de higiene y el desajuste que sufre la prótesis con el paso del tiempo, lo cual crea las condiciones locales favorables para la retención de alimentos indispensables para el desarrollo de las levaduras. También *Ceballos* y otros creen que la Candidiasis es un factor sobre añadido al proceso y no la causa desencadenante.

Según *Shafer*, la enfermedad se caracteriza por enrojecimiento, edema, granulación palatina y aparición de sensaciones subjetivas diversas como hormigueo, quemazón o prurito, referidas todas ellas al área de soporte de la prótesis.

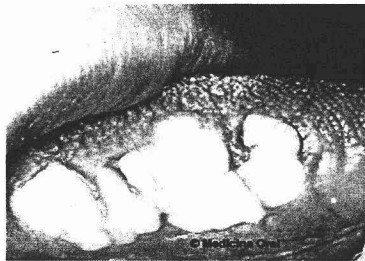
## 5.4 CANDIDIASIS LEUCOPLASICA

***Leucoplasia-candidiasis:*** También llamada Candidiasis Hiperplásica Crónica. Esta forma de presentación es una de las que plantean mayores problemas diagnósticos ya que es una reacción hiperplásica. Aparece sobre todo como una formación retrocomisural, generalmente de forma triangular de base anterior, bilateral, o en forma de parches o placas alargadas o radiadas que no se desprenden con el raspado.

Algunos investigadores indican que es una lesión premaligna. Las características clínicas consisten en lesiones en forma de placas de color blanco persistente y elevado que se adhieren con firmeza en la boca principalmente en la mucosa del carrillo labios y lengua. Se encuentran hifas en la parte superficial del epitelio, pero la mayor parte de las hifas crecen formando ángulos rectos en relación a la superficie, afecta todo el dorso de la lengua en un patrón que se denomina Glositis romboidea media; por lo general es asintomático. Esta se localiza en la parte anterior de las papilas circunvaladas, con una superficie de color blanco, a veces se puede presentar de color rojo, liso, nodular. En este sentido, puede confundirse a la hora del diagnóstico con el liquen plano. Son indoloras. Al palpar encontramos una consistencia dura similar a la de una leucoplasia. Puede sufrir ulceraciones en su superficie, por lo que hay que realizar el diagnóstico diferencial con una lesión cancerosa.



**5.5 Forma nodular:** Es la forma más rara de presentación y que comporta mayores problemas diagnósticos. Suele localizarse en la región retrocomisural, sobre la que aparecen unas formaciones nodulares, endurecidas, que no alteran la coloración de la mucosa y que, a veces, están recubiertas de una capa queratósica adherida, dando la impresión que se está ante una lesión leucoplásica, de la que clínicamente es muy difícil de diferenciar.



## CAPÍTULO VI

### 6.- CANDIDIASIS ASOCIADAS CON OTRAS LESIONES

**6.1 Queilitis angular: también conocida como boquera, "perleche" o "candidiasis angular".** Puede aparecer en personas que tienen una pérdida de dimensión vertical, a causa, en parte, de la humedad continua que se produce en las comisuras. La Queilitis angular se presenta en pacientes que tienen el hábito de humedecer los labios y depositar pequeñas cantidades de saliva en las comisuras labiales.

Omán y colaboradores en 1985 clasificaron a la Queilitis en cuatro tipos básicos según el grado de su avance incluyendo la profundidad y número de fisuras:

TIPO 1.- Caracterizado por un solo surco limitado a la comisura labial.

TIPO 2.- Lesión más extensa y con un surco más profundo, existe eritema, y está limitado solo al borde del surco lesionado

TIPO 3.- Lesión formada por varias rugas o surcos que parten de la comisura labial hacia la piel adyacente, la cual presenta enrojecimiento alrededor de las rugas afectadas

TIPO 4.- Sin rugas pero existe una zona eritematosa en la piel adyacente a las comisuras labiales.

En la forma fisurada, aparecen unas finas grietas que siguen los pliegues comisurales, cubiertos de una débil capa cremosa y que, al limpiarla con una gasa, deja un fondo nacarado brillante.



Pueden aparecer elementos vegetantes sobre la lesión descrita. La forma retrocomisural es muy difícil de deslindar, en la mayoría de los casos, de la forma comisural pura. Suele ser bilateral, a diferencia de la leucoplasia, y puede asentar sobre ella, agravando su pronóstico. Puede ulcerarse haciendo más difícil el diagnóstico que, por lo general, será siempre histológico. Produce molestias, especialmente matinales. La forma vegetante puede evolucionar a una papilomatosis bucal florida.



**6.2 Lengua romboidal media:** hay una serie de lesiones linguales que, tradicionalmente, se han achacado a la Candida, pero que no están suficientemente explicadas ni su etiología, ni su relación con ellas. Estas son: lengua romboidal, depapilación en áreas, lengua depapilada, lengua vellosa, lengua pilosa negra. En paladar pueden aparecer unas lesiones que son copia de las linguales y se las conocen como lesiones de calcado.



## **CAPÍTULO VII**

### **7.-Diagnóstico Diferencial**

La palabra diagnóstico supone identificación de la enfermedad existente, se deben de tomar en cuenta las características de la enfermedad que la distingue de otros fenómenos patológicos. Constituye una cadena lógica de deducción y diferenciación cuya base es el interrogatorio del paciente , la exploración física y los estudios de laboratorio indicados. La importancia de un buen diagnóstico es que tanto el paciente como el dentista se beneficia del tratamiento lógico y eficaz; los estudios diagnósticos, ordinarios o especiales reducen al mínimo las reacciones generales indeseables, desagradables y a veces graves, educando al paciente para que conozca mejor los objetivos generales y los detalles del tratamiento para una mejor cooperación. La función diagnóstica es una responsabilidad en el ejercicio de la Odontología.

#### **7.1 LEUCOPLASIA**

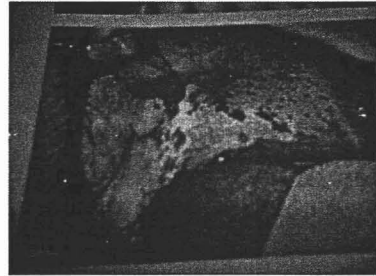
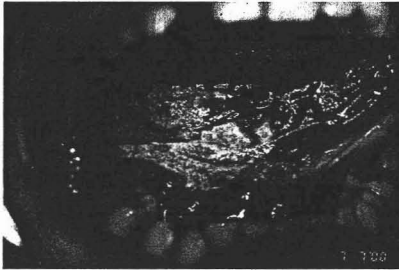
**DEFINICIÓN:** Término clínico que significa placa blanca de la mucosa que no se desprende al frotar y no posee características clínicas de alguna otra enfermedad. Se considera una entidad premaligna.

#### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:**

Se describen varias formas clínicas que van desde máculas blancas no palpables, translúcidas, o placas lisas, rugosas hasta placas papilomatosas, nodulares con fisuras e inclusive pueden formarse úlceras en su superficie, asintomático no se separa al frotar, es mas frecuente en hombres.

## DIAGNÓSTICO:

- ❖ Placa blanca.
- ❖ Ubicación cualquier área de la mucosa bucal, más frecuente en mucosas rebordes que recubren rebordes residuales, lengua y labios, comisura de los labios.
- ❖ Asociada a factores etiológicos como: tabaco, alcohol, traumatismos locales, sífilis deficiencias vitamínicas y nutricionales, hormonales, candidiasis, Virus Papiloma Humano.



## 7.2 LIQUEN PLANO

**DEFINICIÓN:** Dermatitis autolimitada de evolución crónica y origen desconocido, con frecuentes manifestaciones bucales que muchas veces preceden a las cutáneas y en ocasiones constituyen la única expresión de la enfermedad, es bilateral. El blanco principalmente son las células basales del epitelio.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

- ❖ Placas blancas en forma de red, encaje o reticular (estrias de Wickham), no se desprenden al frotar. Durante la exploración si se toca la zona afectada se produce dolor y hemorragia, en la mayoría de los casos no se puede diagnosticar sin biopsiar el tejido.
- ❖ Puede observarse en las placas zona atrófica o ampollar-erosiva. Por esto se clasifica en las formas Hipertrófica, Atrófica y Ampollar -Erosiva, siendo ésta última la que presenta mayor sintomatología de ardor y dolor presenta mayor sintomatología de y dolor.

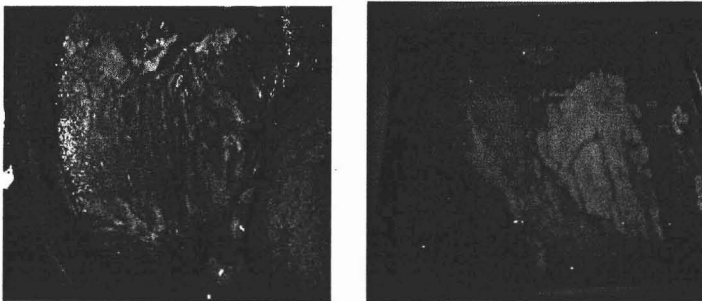


## 7.3 NEVO BLANCO ESCAMOSO

**DEFINICIÓN:** Denominado también gingivoestomatitis de pliegues blancos y nevo oral epitelial es un trastorno hereditario relativamente raro que se manifiesta como una lesión blanca de la mucosa oral.

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Las lesiones son asintomáticas, blanquecinas y a menudo plegadas, las lesiones pueden ser extensas y tener diversas localizaciones, incluyendo mucosa bucal, lengua, encías, paladar y suelo de la boca, el diagnóstico se logra por lo general mediante la combinación de sus rasgos histopatológicos, el aspecto clínico y los antecedentes familiares del paciente.



## 7.4 INFECCIÓN HERPÉTICA

Es una infección que se presenta en la población anciana y en individuos inmunosuprimidos, en pacientes con enfermedades malignas, linfoides o hematopoyéticas eje. Leucemia, en pacientes bajo tratamiento citotóxico o inmunosupresores o pacientes con dosis altas de radiación o esteroides o con trasplante de órganos



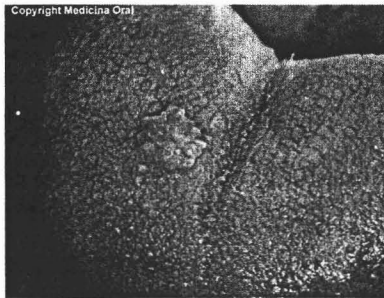
## 7.5 Hiperplasia Epitelial.

### 7.5.1 PAPILOMA PLANO.

**DEFINICIÓN:** Proliferación papilar exofítica benigna del epitelio plano estratificado cuya etiología no ha sido totalmente aclarada.

#### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.**

Es una lesión papilar exofítica que suele medir menos de 1 cm., puede ser sésil o pediculado, blanco (queratinizado) o rosado (no queratinizado), la mayoría de las lesiones son solitaria y se presentan comúnmente en el paladar blando uvúla, superficie ventral y dorsal de la lengua, encías y mucosa oral, las proyecciones papilares pueden ser largas y digitoformes, o cortas, redondeadas o romas.

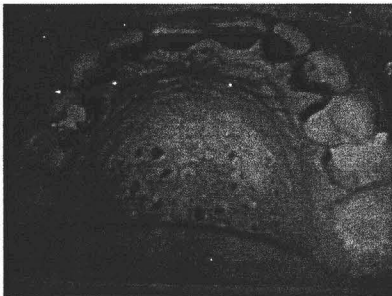


## 7.5.2 ESTOMATITIS NICOTÍNICA.

**DEFINICIÓN:** Cambio blanco difuso del paladar y/o de la mucosa bucal causado por una combinación de hiperqueratosis y acantosis, que contiene frecuentemente múltiples nódulos umbilicados pequeños; se encuentra en grandes fumadores, afecta principalmente al paladar duro.

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El paladar de los pacientes suele ser más blanco de lo normal y presenta múltiples pápulas circulares pequeñas con centros rojos umbilicados diminutos en el paladar blando. El fondo blanco puede tener una superficie áspera y estar figurado y arrugado las lesiones también pueden presentarse en la mucosa, especialmente en el lado donde se sostiene el cigarrillo.

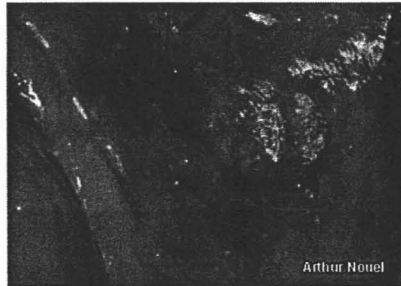


### 7.5.3 ERITOPLASIA

**DEFINICIÓN:** Placa roja de la mucosa oral causada frecuentemente por una displasia epitelial.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Lesión asintomático que aparece principalmente en hombres mayores que fuman cigarrillos pueden encontrarse en el suelo de la boca, superficies lateral y ventral de la lengua, paladar blando y mucosa del carrillo el termino eritoplasia moteada se emplea para describir una lesión roja pero que presenta placas blancas focales la lesión se contempla con alto índice como degeneración maligna y premaligna se tiene que biopsiar .



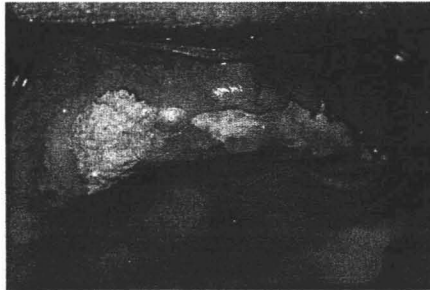
### 7.5.4 CARCINOMA EPIDERMOIDE.

**DEFINICIÓN:** Neoplasia maligna del epitelio plano estratificado que puede producir proliferación destructiva local y metástasis a distancia.



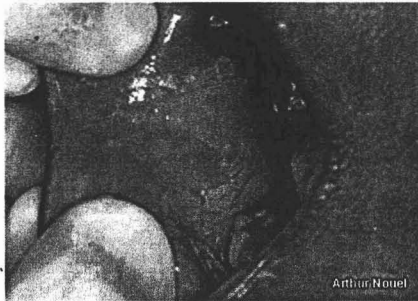
## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Es la mas frecuente en la cavidad oral, tiene diversas localizaciones en el labio inferior, bordes laterales de la lengua y solo de la boca y su factor etiológico es el consumo del tabaco y alcohol, virus, radiación, inmunosupresión, deficiencias nutricionales, irritación crónica aparece como una área indurada firme con perdida de la movilidad del tejido. En el suelo de la boca esta lesión produce fijación de la lengua e imposibilidad de abrir la boca totalmente.



## 7.6 QUEMADURAS

Lesiones blancas transitorias dolorosas pueden provocarse por instrumentos odontológicos, cera o materiales de impresión calientes ingestión accidental de alimentos o bebidas calientes, duran poco tiempo y afectan una zona pequeña, los focos más frecuentes es por alimentos y bebidas y son en el tercio anterior de la lengua y paladar. También ocurre por medicamentos como el ácido acetilsalicílico y eugenol, cuando se pone en contacto con la mucosa para combatir una pulpitis o absceso periapical. Se presentan lesiones blancas, dolorosas de forma regular, en los puntos de contacto entre el medicamento la mucosa y la encía. Los tejidos son dolorosas y las regiones blancas quemadas se pueden quitar fácilmente, dejando una zona descarnada dolorosa y sangrante.



## **7.7 MORDEDURAS**

Suele encontrarse en adolescentes y adultos jóvenes nerviosos. Puede haber traumatismo de la mucosa y de la mejilla cuando el individuo estudia o duerme. Las zonas afectadas tienen un aspecto blanco lechoso rugoso y macerado muchas veces es unilateral, a veces se observan pliegues verticales gruesos que son las cúspides de los dientes posteriores, no suele haber dolor.



## CAPÍTULO VIII

### 8.-Pruebas de Laboratorio

- *Frotis*: se realiza mediante la aposición de un portaobjetos en la lesión o raspando con una torunda o espátula. Luego se hace la extensión, se trata con una solución de KOH del 10 al 20 % y se observa mediante microscopio la presencia de hifas tabicadas características.
- *Cultivo*: mediante *Saboureaud* o agar-sangre y a las 48 hrs. se observan las colonias cremosas, brillantes y redondeadas.
- *Biopsia*: se pueden apreciar esporas que aparecen con morfología redondeada u ovoide de 3-4 micras. A veces poseen un pequeño halo claro. En otras ocasiones, se pueden apreciar hifas que se tiñen bien con la técnica de PAS (ácido periódico de Schiff), Gram o con plata-metina. Aparecen tabicadas y con pequeñas dicotomizaciones en ángulo agudo. En los raspados de las zonas con muguet se pueden encontrar restos de células necróticas, queratina, abundantes hifas en forma de red y esporas en los estratos superficiales del epitelio bucal.
- *Serología*: se utiliza la inmunofluorescencia para detectar anticuerpos anticandida. Tiene especial importancia en las candidiasis crónicas y en estudios clínicos, ya que en estas formas el frotis y el cultivo son menos concluyentes. Clásicamente se aceptan 2 serotipos, el A (*C. tropicalis*) y el B (*C. stellatoidea*), pero estudios recientes, establecen importantes novedades en función de la antigenicidad de las distintas capas de la membrana.

## CAPÍTULO IX

### 9.-Tratamiento

Ante todo, es conveniente señalar que la medida preventiva más importante es evitar la interferencia con el equilibrio de la flora microbiana y las defensas del huésped, así como se hace necesario suprimir los irritantes, tales como los alimentos demasiado calientes, ácidos y picantes; el tabaco y el alcohol. Se dispone en general de las siguientes alternativas terapéuticas:

1. Control de factores predisponentes.
2. Colutorios.
3. Antimicóticos específicos tópicos y/o sistémicos en uso tópico:
  - Derivados poliénicos: Nistatina, Anfotericina B.
  - Derivados imidazólicos: Miconazol, Ketoconazol, Clotrimazol, Econazol.
  - Derivados triazólicos: Fluconazol, Itraconazol.
4. Tratamiento sistémico: se utilizan los derivados imidazólicos y triazólicos, así como en casos muy excepcionales la Anfotericina B.

El primer apartado consistirá en extremar la higiene y controlar los factores locales y sistémicos antes mencionados. Las prótesis dentales se pueden colocar en una solución de hipoclorito sódico diluido (5-10 %) durante la noche después de haberlas cepillado enérgicamente con detergente. Si presentan depósitos calcáreos se pueden dejar unas horas en ácido acético diluido.

Si la causa detectada es local, se deberán eliminar estos factores (pérdida de la dimensión vertical, suspensión de antibiótico terapia, si es posible; adaptación de prótesis, etc.). Para el control de cualquier alteración sistémica es imprescindible la derivación a un médico. Los colutorios alcalinos (agua bicarbonatada, etc.) mejoran los cuadros leves. También se puede usar hidróxido de magnesio y gluconato de clorhexidina al 0.2 %, la violeta de genciana en solución acuosa al 0.5 a 1 % o en pincelaciones del 1 al 5 % al igual que el azul de metileno, con el inconveniente de que estos últimos manchan antiestéticamente los tejidos bucales.

## **Antimicóticos**

*Derivados Poliénicos:* Ejercen su acción antifúngica por combinarse con la membrana celular ocasionando una modificación en su permeabilidad, lo que conduce a la pérdida de los principales constituyentes celulares.

a) Nistatina: se puede emplear en suspensión, comprimidos ginecológicos(óvulos), pomadas o grageas masticables. Es fungicida y se absorbe poco por vía digestiva. Actúa básicamente por contacto directo prolongado.

Se emplea de 4 a 6 veces al día, y se debe mantener la aplicación hasta una semana después de desaparecer las lesiones. No está contraindicada ni en las embarazadas ni en los lactantes. (de 10 a 15 días aprox.).

Es importante tener en cuenta que las formas de presentación llevan lactosa y abundante azúcar y que tiene poca absorción sistémica. Así pues, es el fármaco de primera elección prácticamente en todos los casos.

b) Anfotericina B: es básicamente de uso endovenoso, pero se puede utilizar el preparado endovenoso en forma de colutorio. Tiene varios inconvenientes. Por un lado, la solución endovenosa para enjuagues es estable pocas horas después de prepararla y, por otro, la administración sistémica puede ocasionar daño en el riñón, sistema nervioso y médula ósea. Además, no se puede utilizar en mujeres embarazadas ni en niños, por lo tanto, es un medicamento de segundo orden. (en Candidiasis profunda de 4 a 12 semanas)

## **AZOLES**

Actúan inhibiendo la síntesis del ergosterol, componente esencial de la membrana celular fúngica.

- *Derivados Imidazólicos*

Se presentan en forma de gel, pomadas, suspensión o comprimidos. El de mejor acción local y también de buen uso sistémico es el Ketoconazol. Este fármaco tiene una cierta hepatotoxicidad y necesita para su acción una buena secreción gástrica (no administrar anticolinérgicos, antiácido). Hoy en día está superado por los compuestos triazólicos en el uso por vía sistémica.

Clotrimazoles: Posee propiedades antiestafilocócicas, por lo que tienen aplicación para el tratamiento de la Queilitis Angular. La posología es de 1 comprimido de 100mg durante 10 a 14 días o bien en crema al 1% en aplicación local.

Miconazol: Su aplicación es en forma de barniz aplicado en la superficie interna de la prótesis.

Ketaconazol: Se emplea cuando los agentes tópicos no han sido eficaces para tratar la Candidiasis bucal. La posología es de 200mg diarios durante 1 semana, puede ocasionar efectos secundarios como náusea, vómito y anorexia.

- *Derivados Triazólicos*

Son fármacos potentes, pero caros. Un estudio reciente aboga por la utilidad de productos más clásicos y reservar los más nuevos para casos más comprometidos o pacientes inmunodeprimidos.

Desde la introducción de los Azoles orales han aumentado las evidencias de la resistencia que desarrolla la *C. albicans* a ellos, particularmente al Fluconazol. Por ello, para minimizar el riesgo de la resistencia, la terapia tópica debe ser considerada la primera línea de elección para el tratamiento de Candidiasis bucal inicial o recurrente y no complicada. La terapia sistémica con los Azoles debe ser reservada para los casos donde la terapia tópica no haya dado resultados o para los casos más severos de Candidiasis oral que incluyan también al esófago. Fluconazol: Se puede administrar por vía oral o intravenosa, por vía oral es mejor absorbida y está influenciado por la variación de pH gástrico. La posología es de 200mg el 1er día, seguidos de 100mg diarios durante dos semanas y es el tratamiento ideal para la resistencia a medicamentos habituales.



## Itraconazol

Su posología es de 100mg diarios durante dos semanas en pacientes inmunocompetentes y de 200mg diarios en pacientes Neutropenicos y con Sida.

La solución oral de Itraconazol es una terapia útil en el tratamiento de pacientes con SIDA donde haya fallado la terapia con Fluconazol.

El tratamiento sistémico se realizará en los siguientes casos:

1. Si no conseguimos controlar las lesiones con tratamientos tópicos.
2. En la Candidiasis Mucocutánea.
3. En pacientes inmunodeprimidos.
4. Cuando se requiera realizar profilaxis en inmunodeficiencias muy graves.

Se puede usar anfotericina B (EV) o ketoconazol, fluconazol o itraconazol por vía oral o sistémica.

. Estomatitis por prótesis.

- Higiene correcta de las prótesis.
- Dejar de usar la prótesis por la noche.
- Reparar los posibles ajustes protésicos.
- Nistatina o miconazol en gel 3 a 4 veces al día en la base de las prótesis.
- Colocar la prótesis por la noche en anfotericina B, clorhexidina al 2 % o hipoclorito de 5-10 %.

## Medicina Alternativa

Pero, el tratamiento de la Candidiasis no solo se circunscribe al campo de la medicina convencional, sino también al de la medicina tradicional y natural, por lo que pueden encontrarse alternativas útiles con el empleo de los fitofármacos y apifármacos, la homeopatía y hasta la acupuntura. En el caso de los fitofármacos se pueden emplear una serie de ellos que poseen, entre otras, propiedades fungicidas como por ejemplo: el ajo, la manzanilla, el romerillo blanco, la sábila, el llantén, la cidra, la menta americana, la siempreviva, el jengibre, la canela, el hinojo, el anís, etc.<sup>27,38</sup> (Cuba, MINSAP. Guía terapéutica dispensarial de fitofármacos y apifármacos. Ciudad de La Habana; 1992). (Cuba, MINFAR. Guía de procedimientos terapéuticos de la Medicina Tradicional y Natural en las FAR; 1998).

- Ajo: se aplica directamente sobre las lesiones (tintura 20 %).
- Manzanilla: una a 2 veces al día, tópico (crema) 20 gotas en un vaso de agua 2 a 3 veces al día; oral (tintura 20 %) una cucharada en medio vaso de agua 3 veces al día (colutorios) .
- Romerillo blanco: 40-60 gotas del extracto en medio vaso de agua 3 veces al día (colutorios). Masticar las hojas.
- Sábila: frotar la zona con la crema, el cristal o el jugo 3 veces al día.
- Llantén: una cucharada en medio vaso de agua 3 veces al día (colutorios).

El propóleo también posee propiedades antifúngicas, se puede emplear en crema o tintura una a 2 veces al día, directamente sobre las lesiones.

La propolina al 30 % sirve para la aplicación tópica y para realizar colutorios de una parte de propolina por 2 partes de agua.

La homeopatía, empleada por especialistas del mundo entero desde hace ya más de un siglo, constituye una alternativa extraordinaria; sus principios terapéuticos, extraídos de plantas, animales o minerales, son sometidos a diversas diluciones que proporcionan una inocuidad total y una gran eficacia.

Entre los remedios homeopáticos con que podemos contar para el tratamiento de la Candidiasis oral están:

- *Antimonium crudum*: Candidiasis o algodoncillo con capa blanca en toda la lengua.
- *Arsenicum album*: Muguet con exudado blanquecino de la mucosa y lengua; boca seca apergaminada y lengua punteada de blanco.
- *Belladonna*: Moniliasis caracterizada por enrojecimiento de la mucosa y lengua depapilada; si están las papilas, se encuentran rojas.
- *Bórax*: Muguet con fungosidades blancas y exudado, sialorrea, ardor, calor bucal, dolor. Este medicamento también se usa en la estomatitis subprótesis.
- *Mercurius corrosivus*: Muguet, Estomatitis, lengua hinchada y dolorida.

Auriculoterapia: boca, endocrino, Shemmen (moniliasis bucal).

Shemmen, boca, labios, bazo, endocrino (queilitis angular).

Acupuntura: E-36 (T), E-44 (SA).

E-36 Zu San Li .-Localización a 3cm por debajo del pie estando flexionado. Estando acostado el paciente se toma como referencia la prominencia tibial anterior, un dedo por abajo y uno lateral. Función: Tonifica la energía del bazo estomago, prevé enfermedades de tipo viral, alarga la vida del paciente, evita el envejecimiento prematuro, en epidemia es preventivo.

Indicaciones: Dolor, desnutrición, diabetes, enfermedades de la boca

Punción Perpendicular de .5 a 1.3 cm.

E-44 Nei Ting.-Localización en el pliegue interdigital, distal a la articulación metatarsofalangica. Función: Dispersa el calor y la humedad del estomago e intestino delgado, hace que la energía circule adecuadamente.

Indicaciones: Sangrado de encías, dolor en maxilar superior por odontalgias, desviación de boca, enfermedades causadas por hongos, inflamación de faringe.Punción: Perpendicular 5cm .

Shemmen.- Localización: Pliegue de la muñeca, en el borde radial del pisiforme.Punción:.3 a .5 cm.



**ANEXO No 1**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**  
**ENCUESTA ODONTOGERIATRICA**

Sexo \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

	Si	No
1.- El paciente vive en casa	( )	( )
2.- Padece de alteraciones sistémicas		
Diabetes	( )	( )
Hipertensión	( )	( )
Hormonales		
Cardiacos	( )	( )
Otros _____		
3.- Se queja de problemas bucales	( )	( )
4.- Toxicomanías fuma		
Ingiere alcohol	( )	( )
Frecuencia _____		
5.- Anteriormente ha utilizado prótesis	( )	( )
6.- Cuanto tiempo lleva con su prótesis _____		
7.- Ha tenido molestias con su prótesis	( )	( )
8.- Hace cuanto tiempo _____		
9.- Condiciones de la prótesis		
Ajustada superior	( )	( )
Inferior	( )	( )
10.- Tratamiento farmacológico	( )	( )
11.- Cuantos medicamentos toma al día _____		
12.- Higiene bucal : buena mala regular		
13.- Frecuencia de la higiene bucal: una dos o mas nunca		
14.- Padece de alguna alteración en los órganos bucales		
15.- Labios: _____ Mucosas: _____ Encías : _____		
Lengua: _____ Paladar: _____		
16.- Cuantas horas al día utiliza su prótesis		
de una a seis horas todo el día solo en fiestas nunca		
17.- Tipo de material: acrílico Combinada 63		

## 11.-Glosario

1.-Acantosis: engrosamiento excesivo del estrato celular intermedio que conduce al ensanchamiento y alargamiento de las crestas epiteliales.

2.-Aleatorio: Perteneciente o relativo al juego de azar. Dependiente de algún suceso fortuito.

3.-Aplasia: Carencia total o parcial de un órgano.

4.-Balanitis :Inflamación del prepucio.

5.-Blastospora: esporas que se forman por gemación pueden ser únicas o múltiples.

6.-Cepa: Grupo de organismos emparentados, como las bacterias, los hongos o los virus, cuya ascendencia común es conocida.

7.-Cualitativa: Que denota cualidad.

8.-Cuantitativa: Perteneciente o relativo a la cantidad.

9.-Clamidospora: esporas que se forman del engrosamiento del micelio, son propias de los hongos, esta formada por dos membranas bien delimitadas y mide de 10 a 12 micrones.

10.-Comensal: relación en la cual un microorganismo vive en un huésped de un modo en que ninguno recibe beneficio o daño y también se le llama colonización.

11.-Cosmopolita: Que es común a todos los países o a los más de ellos. .  
Dicho de un ser o de una especie animal o vegetal: Aclimatado a todos los países o que puede vivir en todos los climas.

12.- Dicotomizaciones : División en dos partes. Práctica condenada por la recta deontología, que consiste en el pago de una comisión por el médico consultante, operador o especialista, al médico de cabecera que le ha recomendado un cliente. Bifurcación de un tallo o de una rama. Método de clasificación en que las divisiones y subdivisiones solo tienen dos partes.

13.-Displasia epitelial: cambio premaligno del epitelio caracterizado por una composición de alteraciones celulares y arquitectónicas.

14.-Endógeno: se origina dentro del organismo, independiente mente de los factores internos.

15.-Enfermedad oportunista: infección en pacientes comprometido con un microorganismo que no causa enfermedades en huéspedes normales .

16.-Eucarióticos: Se dice de las células con núcleo diferenciado, envuelto por una membrana y con citoplasma organizado, y de los organismos constituidos por ellas.

17.-Eritema Difuso: Es una inflamación simple mas generalizada, incluye un eritema difuso en la mayor parte o en la totalidad de la mucosa de soporte.

18.-Estomatitis Subplaca: Reacción inflamatoria de los tejidos bucales que están en contacto inmediato o junto a un prótesis móvil.

19.-Hifas: filamento unidad funcional, al conjunto de ellas se denomina micelio o talo.

20.-Hiperemia: Es una inflamación simple localizada, incluye puntos de hiperemia e inflamación difusa de un área limitada de la mucosa palatina.

21.-Hiperplasia Papilar : Inflamación papilar donde la mucosa presenta ya un aspecto granulado o nodular.

22.-Indurada: Acción y efecto de endurecer.

23.-Infección: invasión y multiplicación de microorganismos en un huésped.

24.-Infección crónica: infección de larga duración.

25.-Inflamación Glandular: Inflamación papilar donde la mucosa presenta ya un aspecto granulado o nodular.

26.-Inductiva: Extraer, a partir de determinadas observaciones o experiencias particulares, el principio general que en ellas está implícito.

27.-Levaduriforme: ciertos hongos unicelulares, de forma ovoidea, que se reproducen por gemación o división. Suelen estar unidos entre sí en forma de cadena, y producen enzimas capaces de descomponer diversos cuerpos orgánicos, principalmente los azúcares, en otros más sencillos. Masa constituida principalmente por estos microorganismos y capaz de hacer fermentar el cuerpo con que se la mezcla.



28.-Micelio: conjunto de hifas que provienen de los hongos levaduriformes y se forman a partir de gemaciones de una espora.

29.-Muguet: Infección por el hongo *Candida albicans*, que produce inflamación y aparición de placas blanquecinas en las mucosas bucal y faríngea.

30.-Patógeno: microorganismo capaz de causar una enfermedad infecciosa.

31.-Patógeno oportunista: es aquel que causa enfermedad en un huésped inmunosuprimido.

32.-Pediculado: Tallo más o menos delgado que une una formación anormal, por ejemplo una verruga o un cáncer, al órgano o tejido correspondiente.

33.-Posología: Parte de la farmacología que trata de las dosis en que deben administrarse los medicamentos. Dosificación de un medicamento.

34.-Pseudo hifa: propia de los hongos levaduriformes y se forman a partir de gemaciones.

35.-Saprofita: microorganismo que vive en materia orgánica muerta solo son patógenos cuando el huésped se encuentra inmunosuprimido o presenta una enfermedad debilitante crónica.

36.-Simbiosis: relación en la cual un microorganismo vive en el huésped de modo que ambos obtienen ventajas o beneficios mutuos.

37.-Cecil: Dicho de un órgano o de un organismo: Sujeto al sustrato.

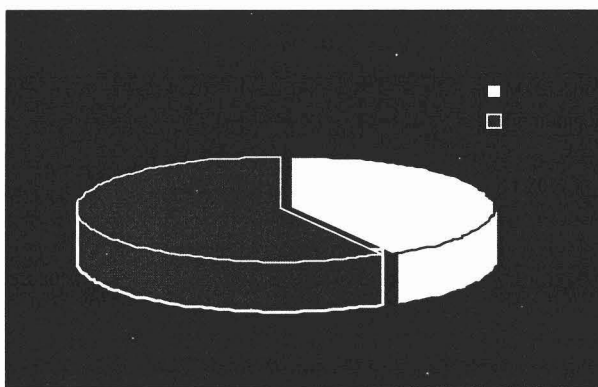
38.-Thrush: candidosis pseudomembranosa aguda.

39.-Xerostomia: disminución de flujo salival .

## 12.-Resultados

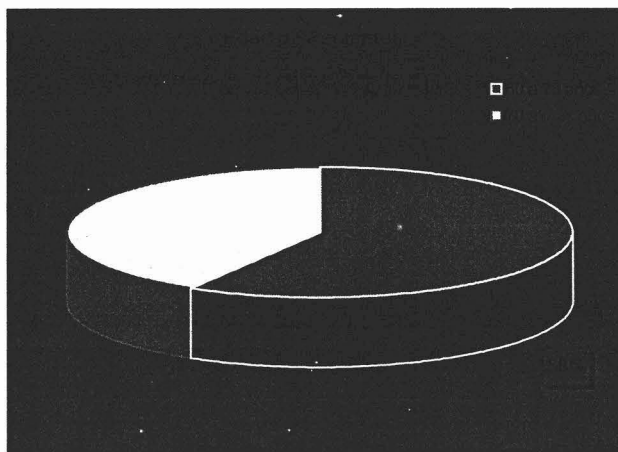
Se aplicaron encuestas y se revisaron clínicamente a 100 pacientes adultos mayores de 60 años a más que acuden a la Clínica de Prostodoncia Total (ambos turnos) para su rehabilitación.

De los cuales el 58.3% pertenecen al sexo femenino y el 41.7% al sexo masculino. (Gráfica 1).



Gráfica 1

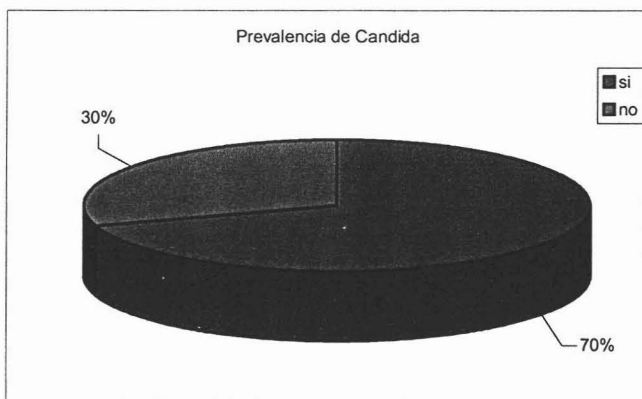
Cuyos rangos de edad abarcaron de los 60 años a más, siendo el 58% de 60 a 70 años y el 42% de 70 a más. (Gráfica 2).



Gráfica 2

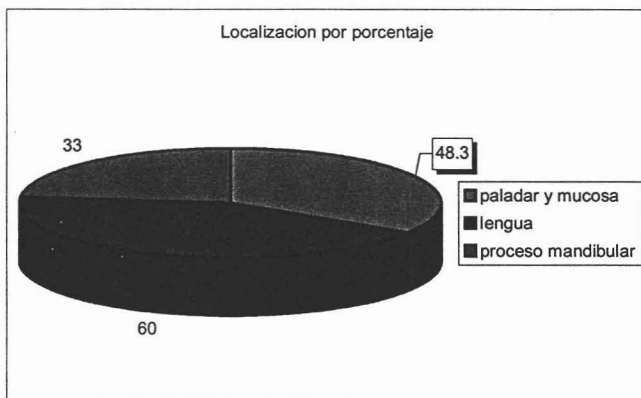
Siendo la mayor edad de 90 años obteniendo más pacientes femeninos de más de 70 años y pacientes masculinos de 60 a 70 años de edad.

Observando un promedio del 70% de prevalecia de Candidiasis y un 30% que no presento nada. (Gráfica 3).



Gráfica 3

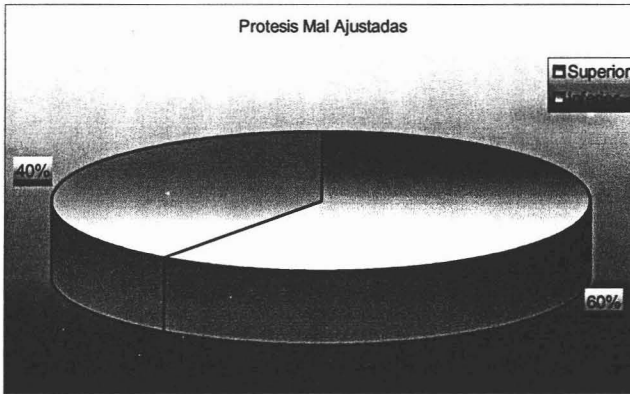
Teniendo más prevalecia el área de la lengua en un 60%, mientras que el área del paladar y mucosa presentó un 48.3% y por último el proceso mandibular junto con la mucosa adyacente presentó un 33% de prevalecia.



Gráfica 4

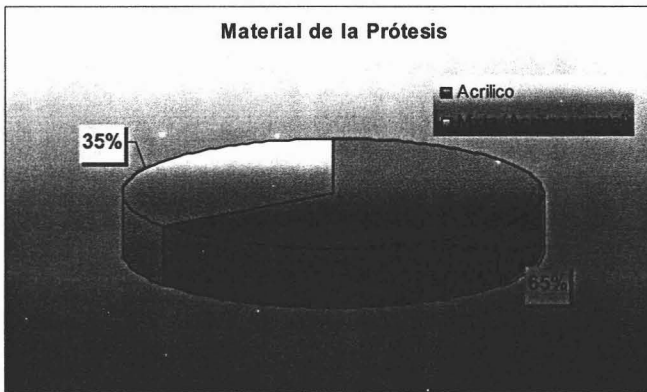
En la mayota de pacientes presentaron mas de una zona con Candidiasis

Los factores predisponentes que más se presentaron fueron: Prótesis mal ajustadas presentando el 100% y siendo la superior la más afectada en un 60% y la inferior en un 40%.(Gráfica 5).



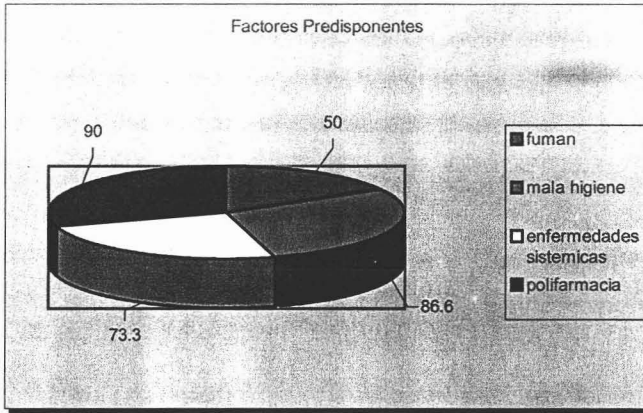
Gráfica 5

De las cuales el tipo de material que en más frecuente es el acrílico con un 65% y mixta (acrílico metal) en un 35%.(Gráfica 6).



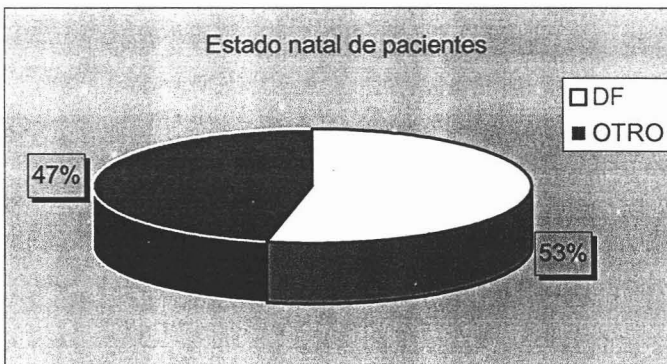
Gráfica 6

Un promedio de el 90% de pacientes presenta polifarmacia, el 86.6% presentan mala higiene, el 73.3% enfermedades sistémicas y el 50% de ellos tienen toxicomanías.



Gráfica 7

En la mayoría de los pacientes presentaron más de un factor predisponente. Se registró también el lugar de nacimiento y el 53% son del D.F. y el 47% son de otro estado como Hidalgo, Veracruz, Chiapas, Michoacán, Puebla, Guerrero.



Gráfica 8

De los cuales el 5% de los pacientes vienen de instituciones como asilos, psiquiátricos, y casas de protección social.

El 80% de los pacientes adultos mayores fueron muy cooperadores mientras que el 20% no lo fue, debido a que cursan por problemas de audición y problemas psiquiátricos (depresión, esquizofrenia).

### **13.- Conclusiones**

Los Odontólogos deben de presentar mas atención a la salud bucal de los adultos mayores ya que la Gerodontología como disciplina de la Odontología tiene el objetivo de desarrollar y conocer la salud bucal del Adulto Mayor, valorar los factores relacionados con el envejecimiento bucal y promover los cuidados Odontológicos que esta población especial necesita, para gozar de un buen estado de salud bucal. Es de gran importancia mencionar que la valoración oral geriátrica debe de ir unida a la valoración de salud general y funcional de los Adultos Mayores. La promoción de salud bucal entre los ancianos debe de ser alentada a través de campañas educativas preventivas para desarrollar un cambio en su actitud hacia su salud bucal.

Dentro de esta investigación se encontró que la mayoría de los Adultos Mayores de 60 años o más portadores de Prostodoncias Totales tienen una prevalencia significativa del 70% de Candidiasis como consecuencia de factores predisponentes como lo son las prótesis mal ajustadas, deficiencia en la higiene bucal así como enfermedades sistémicas, polifarmacia y toxicomanías que en conjunto ayudan a la proliferación de microorganismos como *C. albicans* y *dandolugar* a la Candidiasis. Por lo que se confirma la Hipótesis de Trabajo.

## **14.-BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Sapp, J. Philip. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea  
México: Editorial Harcourt, 1998 Pp 24-25,156-193, 230-231,248-250
  
- 2.- Pindborg, Jean Jorgen. Atlas a Color de Enfermedades de la Mucosa Oral. 3ra edición México: Editorial Salvat, 1981, Pp 201-204
  
- 3.- Bonifaz A. Micología Medica Básica. México: Editorial Méndez 1994, Pp 277-301
  
- 4.- Romero Caballero. Microbiología y Parasitología Humana.1ra edición México: Editorial Panamericana 1994 Pp 457-461
  
- 5.- Burket Lynch Brightman. Medicina Bucal de Burket  
México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana 1996 Pp 61-75
  
- 6.- Liebana Ureña. Microbiología Oral. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana 1997 Pp 362-368
  
- 7.- William A Nolte. Microbiología Odontológica. México: Editorial Interamericana 1985 Pp 449-553
  
- 8.- Negroni M. Microbiología Estomatología, Fundamentos y Guía Práctica.  
México: Editorial Medica Panamericana 2003 Pp 362-367



- 9.- Ozawua D. Estomatología Geriátrica. México: Editorial Trillas 1994  
Pp194-196
- 10.- Bates J.F. Tratamiento Odontológico del Paciente Geriátrico .México:  
Editorial. El Manual Moderno S.A De C.V. 1986 Pp 56,70,79,122,144
- 11.- Castellanos Suárez J.L. Medicina en Odontología Manejo Dental en  
Pacientes con Enfermedades Sistémicas 2da edición. México: Editorial El  
Manual Moderno 2002 Pp 64,67,36,119
- 12.- James W. L. Tratamiento Odontológico del Paciente Bajo Tratamiento  
Medico 5ta edición. México: Editorial Mosby 2003 Pp 628-636
- 13.- Nicola de Pietro Geriatria. México: Editorial Manual Moderno S.A De  
C.V.1985 Pp 143
- 14.- Lueckenotte Giesler A. Valoración Geriátrica. México: Editorial Mc Graw  
Hill Interamericana 1992 Pp 122
- 15.- Salgado A. Manual de Geriatria. México: Editorial Salvat 1994 Pp  
231,425-427
- 16.- Ordoñez C. Localización, Función e Indicaciones de los Puntos de  
Acupuntura. México: Editorial 1995 Pp 32,36,49
- 17.- Burket W Lester. Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento. Sexta  
edición, México: Editorial. Interamericana, Pp.49-56, 78-80, 258-260.

- 18.- Rodríguez Ma. C. Patologías más Frecuentes Causadas por Prótesis Totales. Dentista y Paciente Geriátrica 1999 Vol.8 No 90 Pp10-17
- 19.- Rodríguez Ma. C. Patologías más Frecuentes Causadas por Prótesis Totales. Dentista y Paciente Geriátrica 1999 Vol. 8 No Pp38-43
- 20.- Ngoc Thanh N. La Candidiasis Bucal Diagnostico y Tratamiento Farmacológico. Europea de Odonto-Estomatología 1996 tomo VIII No 1 Pp53-56
- 21.- Maza J.L. Adherencia de Diversas Especies de Candida a Composites Híbridos. Europea de Odonto-Estomatología 2001 Vol. XIII No 4 Pp177-180
- 22.- Gaitan L.A. Prevalencia de Portadores de Cándida sp En Oro faringe, en una Población de Adultos Mexicanos. ADM 1998 Vol. LV No 4 Pp181-185
- 23.- Fernández L. La Candidosis Bucal. Dentista y Paciente 1998 Vol.6 No 72 Pp34-36
- 24.- Campos A. Prevalencia de Cándida Bucal en Pacientes Geriátricos. ADM 1999 Vol. LVI No.6 Pp230-233
- 25.- Bernal A. Estomatitis Subprotesis. Federación Odontológica Colombiana.1998 Pp21-27

26.- Velasco E.Odontología Geriátrica, Concepto, Objetivos y Desarrollo. Europea de Odonto-Estomatología 1995 Vol.VII No 2 Pp 105-109

27- J .Patología Sistémica Oral en el Paciente Geriátrico. Europea de Odonto-Estomatología 1990 Tomo II No 2 Pp 131-136

28.- Rodríguez J. Candidiasis de la Mucosa Bucal. Revisión Bibliográfica. Rev. Cubana Estomatol.2002; 39(2) Pp1-18

29.-[http://www.bus.sld.cu/revistas/est/vol39\\_2\\_02/Est07202.htm](http://www.bus.sld.cu/revistas/est/vol39_2_02/Est07202.htm)

30.<http://odontoweb.espaciolatino.com/profesionales/galeria/patologia11.html>

31.-[http://www.infocompu.com/adolfo\\_arthur/liquen.htm](http://www.infocompu.com/adolfo_arthur/liquen.htm)

32.- [www.uv.es/.../atlas/tumoresbenignos/1.htm](http://www.uv.es/.../atlas/tumoresbenignos/1.htm)

33.-[www.infocompu.com/adolfo\\_arthur/eritroplasia.htm](http://www.infocompu.com/adolfo_arthur/eritroplasia.htm)

34.-<http://www.uv.es/derma/CLindex/CLcancer/CLprecan14.htm>

35.-[patoral.umayor.cl/~benjamin.martinez/lbc/lbc.html](http://patoral.umayor.cl/~benjamin.martinez/lbc/lbc.html)

36.-

[http://www.infocompu.com/adolfo\\_arthur/quemadura\\_medicamentosa.htm](http://www.infocompu.com/adolfo_arthur/quemadura_medicamentosa.htm)

37.-[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-363652000000300015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0001-363652000000300015&script=sci_arttext)

38.[http://www.infocompu.com/adolfo\\_arthur/ingles/candidiasis\\_vih.htm](http://www.infocompu.com/adolfo_arthur/ingles/candidiasis_vih.htm)

39.-<http://www.horinouchi.or.jp/kokugeka/monthly.html>

40.-<http://www.mycolog.com/chapter23.htm>

41.-<http://www.horinouchi.or.jp/kokugeka/library53.html>