

PATOLOGIA BUCAL (EXCEPTO CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL)

EN UN GRUPO DE ANCIANOS DEL HOSPITAL

HERMANO PEDRO DE BETHANCOURTH,

ANTIGUA GUATEMALA.



TESIS PRESENTADA POR

BYRON HIGINIO PORRAS Y PORRAS

ANTE EL TRIBUNAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

PREVIO A OPTAR AL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

GUATEMALA, JULIO DE 1974

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

D4
04

(150)

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

DECANO: DR. JORGE MARTINEZ SOLARES
VOCAL PRIMERO: DR. JUAN LUIS PEREZ BRAN
VOCAL SEGUNDO: DR. ANGEL RODOLFO SOTO GALINDO
VOCAL TERCERO: DR. VICTOR MANUEL CAMPOLLO ZAVALA
VOCAL CUARTO: BR. JORGE ALBERTO TELLO MOTTA
VOCAL QUINTO: BR. LUIS ARTURO ORELLANA VALLE
SECRETARIO: DR. MANUEL ANDRADE BOURDET

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN GENERAL PUBLICO

DECANO: DR. JORGE MARTINEZ SOLARES
VOCAL PRIMERO: DR. JUAN LUIS PEREZ BRAN
VOCAL SEGUNDO: DRA. ANA PATRICIA HERNANDEZ GALLARDO
VOCAL TERCERO: DRA. CANDIDA LUZ FRANCO LEMUS
SECRETARIO: DR. MANUEL ANDRADE BOURDET

DEDICO ESTE ACTO

A DIOS Y A LA VIRGEN

A MIS PADRES

AUGUSTO PORRAS ARANA (Q. E. P. D.)

RODRIGA PORRAS ARGUETA

A MI ESPOSA

BUNNY CAROL PEREZ G. DE PORRAS

A MIS HIJOS

BYRON JOSE, JOSE ANDRES Y

ANA SOFIA

A MIS HERMANOS

WILLIAM ARNOLDO, EDGAR ADOLFO Y

ELMA ARACELLI

A MI FAMILIA

IV

DEDICO ESTA TESIS

A GUATEMALA

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A TODAS LAS PERSONAS QUE HICIERON POSIBLE MI
FORMACION HUMANA Y PROFESIONAL

v

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a vuestra consideración mi trabajo de tesis titulado "PATOLOGIA BUCAL (EXCEPTO CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL) EN UN GRUPO DE ANCIANOS DEL HOSPITAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURTH, ANTIGUA GUATEMALA", conforme lo demandan los Estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar **al** título de Cirujano Dentista.

Deseo expresar mi agradecimiento a la Dra. Ana Patricia Hernández Gallardo, y Cándida Luz Franco Lemus, por la valiosa colaboración prestada en la orientación y asesoramiento de este trabajo de investigación, así como también a todas aquellas personas que directa e indirectamente contribuyeron con mi persona en el desarrollo de este trabajo de investigación.

Y a vosotros miembros de este Honorable Tribunal Examinador, aceptad mis mas altas muestras de consideración y respeto.

HE DICHO.

VI

INDICE

| | PAGINA |
|---|--------|
| SUMARIO | |
| INTRODUCCION | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 2 |
| REVISION DE LITERATURA | 3 |
| JUSTIFICACION | 40 |
| OBJETIVOS | 41 |
| METODOLOGIA | 42 |
| RESULTADOS | 57 |
| DISCUSION | 60 |
| LIMITACIONES | 64 |
| CONCLUSIONES | 65 |
| RECOMENDACIONES | 66 |
| REVISION BIBLIOGRAFICA | 67 |
| ANEXOS | |
| 1. Instrumento recolector..... | 69 |
| 2. Instructivo del llenado de la hoja de recolección de datos..... | 70 |

SUMARIO

El propósito de este trabajo fue determinar la frecuencia de patología oral, excepto caries dental y enfermedad periodontal, presente en los ancianos internados en el Hospital "Hermano Pedro de Bethancourth" de la ciudad de Antigua Guatemala.

Se estudiaron total de 90 ancianos. Se investigaron sus expedientes clínicos, su historia médica y se les efectuó examen oral.

Se determinó que el 87.7% de los ancianos presentan patología oral de tejidos blandos. La única patología oral importante por su frecuencia fue vârices linguales (86.7%). Se encontró únicamente un caso de estomatitis por contacto secundario a prótesis (1.1%). No se encontró ninguna otra patología. Se atribuyen estos hallazgos al hecho de que los ancianos internados en esta institución cuentan con servicios odontológicos, educación en salud y nutrición adecuada.

INTRODUCCION

La patología bucal constituye un problema de salud que ha sido estudiado en nuestro país en diferentes grupos. Sin embargo, en pocas oportunidades se ha hecho con especificidad en grupos etarios definidos. Un grupo de personas que se encuentra, por diversas razones, predispuesto a presentar enfermedad en la cavidad bucal son los individuos que están en la tercera edad (de 60 años en adelante) (7).

Con el fin de identificar la frecuencia de las diferentes entidades patológicas que pueden presentarse en los ancianos en nuestro país, se investigaron a los ancianos que se encuentran internados en el Hospital "Hermano Pedro de Bethancourth", de la ciudad de Antigua Guatemala. En esta Institución, que se caracteriza por ser benéfica. Se buscó la patología de la cavidad oral en la totalidad de ancianos (100 a 125), no habiendo necesidad de realizar ningún procedimiento especial para confirmar los diagnósticos encontrados (biopsias, radiografías, etc.). Se excluyeron del estudio caries y enfermedad periodontal, por saberse de antemano que de este tipo de afecciones su índice de prevalencia es alto. Los resultados obtenidos podrán servir de base para futuros estudios y para la elaboración de estrategias de salud acordes a la patología existente en nuestro medio en esa edad (2,3,9).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la actualidad la literatura e investigación sobre la patología oral del anciano guatemalteco, a pesar de que existe es escasa. La mayor fuente de información la constituyen estudios realizados en el extranjero. Sin embargo, a pesar de ser ésta utilizada frecuentemente como referencia, las condiciones de Guatemala seguramente influyen sobre la frecuencia de las lesiones, por lo que se formuló la siguiente pregunta: Cuál es la frecuencia de las diferentes lesiones bucales que se presentan en los ancianos del Hospital "Hermano Pedro"?

Con el fin de crear programas y recursos humanos odontológicos adecuados, fue necesario conocer cuál es la lesión más frecuente en ellos. El estudio de un grupo de ancianos, los internados en el Hospital "Hermano Pedro", permitirá aplicar los resultados a la mayoría de ancianos que aquí permanecen y comparten sus mismas características. (3,9,11).

Cuál es la frecuencia de las diferentes lesiones bucales (exceptuando caries y enfermedad periodontal) que se presentan en los ancianos del Hospital "Hermano Pedro"?

REVISION BIBLIOGRAFICA

A) Obras Sociales del "Hermano Pedro":

"Obras Sociales del Hermano Pedro" es el nombre que lleva una Institución ubicada en la Ciudad de Antigua Guatemala, a 45 Kilómetros de la Ciudad Capital de Guatemala, que se dedica a ayudar al prójimo. Dicha institución es dirigida por Fray Guillermo de orden Franciscano, y uno de sus programas de beneficencia contempla la atención de un asilo de ancianos, personas mayores de 60 años, que por su misma edad están propensos a diferentes lesiones de la cavidad oral.

La presente investigación se realizó en la institución que se denomina "Obras Sociales del Hermano Pedro". Dicha institución se encuentra en la ciudad de Antigua Guatemala, en el local donde anteriormente funcionaba el Hospital del Hermano Pedro. La institución fue fundada en el año de 1982 por Fray Guillermo Bonilla Carvajal de origen Costarricense, Padres Franciscanos y Grupo Tenerife. El local que ocupa la institución fue construido en tiempos de la colonia, y constituía la iglesia de San Pedro. La misma fue destruida por el terremoto de 1976, y 10 años después reconstruida por ADVENIAT y el pueblo católico de Alemania. La Institución cuenta con diferentes proyectos, todos con una connotación en la ayuda al prójimo, que incluyen catequesis, centro de

recuperación nutricional, panadería, hogar de inválidos "San Miguel Febres Cordero", clínicas médicas, hogar de ancianos y de niños inválidos (9).

Los fondos para el mantenimiento de la institución provienen de ayuda de Instituciones Nacionales y extranjeras, Gobierno de Guatemala, personas caritativas y del producto de la venta de diferentes artículos que elaboran niños, mujeres y hombres que ahí residen (9).

B) Anciano:

La asamblea mundial del envejecimiento en 1982 en Viena Austria concluyó que se le denomina anciano a la persona de 60 años o más, dividiéndose en tres grupos:

Viejo - joven: de 60 a 74 años.

Viejo: de 75 a 84 años.

Viejo - viejo: de 85 años en adelante.

Por lo anterior, se puede decir entonces que el envejecimiento de un individuo denota un proceso fisiológico que comienza con la concepción y los cambios vinculados con las características para la especie, a todo lo largo del ciclo de vida.

La literatura odontológica sobre este tema ha sido tomada de otros países, brindando información acerca de trastornos orales que se presentan con más frecuencia durante el

envejecimiento. Estos se relacionan además, con factores estructurales, fisiológicos, psicológicos los que interrelacionados, determinan el curso y la extensión de una enfermedad y el éxito o fracaso de un tratamiento.

El proceso de envejecimiento, ocurre a nivel general en todo el cuerpo, puesto que afecta aspectos como la capacidad funcional disminuida y del metabolismo la actividad y proliferación a nivel celular, el cual se evidencia con signos macroscópicos como deshidratación, atrofia, fibrosis, reducción de la elasticidad, disminución de la capacidad reparativa y descenso de la vascularidad en los tejidos.

La cantidad de problemas relacionados al proceso de envejecimiento frecuentemente se relaciona a los hallazgos observados a nivel de cavidad oral. Y debido a la importancia fundamental es interesante conocer estas manifestaciones que serán descritas de la siguiente manera: (3,13,14)

Signos observados en los tejidos blandos

1- Labios.

a- Resequedad del bermellón de los labios.

b- Pérdida de elasticidad.

c- Estreches del borde del bermellón.

2- Mucosa bucal:

Es afectada principalmente la superficie por resequedad, lo cual origina:

a- Cambios atróficos.

Tejido delgado con menor elasticidad y vascularidad.

En el paladar disminuye la queratinización .

Encía, carrillos y labios se queratinizan.

b- Hiperqueratosis blanca (leucoplasia).

Ocasionada por irritación, sea esta química o mecánica.

3- Lengua:

a- Inflamación de la lengua (glositis atrófica).

b- Lengua brillante y desnuda.

c- Papilas atrofiadas.

d- Várices sublinguales.

e- Reducción en la sensación de los sabores.

f- Pérdida de la sensación táctil en la cavidad bucal.

4- En las glándulas salivares se observan las siguientes variaciones:

a-Disminución en las función de las glándulas salivares.

b- Xerostomía: Ausencia total de salivación (14).

Para explicarse la vejez existen las siguientes teorías:

a) Mutación: sugiere que las células somáticas experimentan mutaciones espontáneas durante su reproducción. Las cuales pueden ser mínimas pero pueden producir cambios en el ácido desoxirribonucléico, DNA, que causan el deterioro irreversible en la actividad funcional celular (8,13,14).

b) Inmunológica: afirma que las células mutantes estimulan reacciones inmunológicas las cuales, por sí mismas, lo degradan y se destruyen.

c) Estrés: postula que el estrés diario produce un desgaste en la células y tejidos orgánicos, y este esfuerzo excesivo puede acortar la vida del organismo.

d) Eslabonamiento cruzado: sostiene que el envejecimiento se produce por un eslabonamiento cruzado de proteína y moléculas de ácido nucleico. Lo cual altera las moléculas originales haciéndolas incapaces de realizar su función (2-6).

e) Radical: afirma que los radicales libres en el núcleo o en el citoplasma actúan sobre el ácido desoxirribonucléico, DNA, y esto ocasiona que aparezcan células hijas afectadas las cuales experimentan proliferación celular.

f) Colágena: sugiere que a mayor edad hay mayor incremento de colágeno y éste se eslabona cruzado, lo que produce que se arruguen y aumente la anoxia tisular.

g) Integrada: reúne los aspectos de las otras, indicando que

la causa principal del envejecimiento es el eslabonamiento cruzado de algunas moléculas lo cual induce al aumento del estrés, que produce cambios bioquímicos que aumentan el eslabonamiento cruzado. Este último proceso interferiría con el metabolismo y el recambio regular de células lo que puede dar lugar a reacciones inmunes.

h) Muerte celular programada: sugiere que todas las células tienen un lapso de vida finito, y que morirán no importando qué tan favorable pueda ser el ambiente en ese momento (2-8).

C) Biología del envejecimiento:

C.1) Tejido Conjuntivo:

El componente celular de dicho tejido disminuye con la edad, en tanto que el contenido fibrilar aumenta. El metabolismo de los tejidos declina con el tiempo, por lo cual se piensa que la acumulación de fibras se debe a una reducción de la remoción mas que al aumento de su producción.

El envejecimiento produce un efecto de menor elasticidad en los tejidos. A medida que se reduce el volumen del líquido intersticial, se puede reducir la vascularidad, por lo tanto se afecta la cicatrización de las lesiones, y este tejido en la cavidad oral, tienen importantes consecuencias sobre el

tratamiento dental del paciente (2,5,8).

C.2) Piel:

Esta muestra más cambios que cualquier otro tejido, debido a que se encuentra expuesta. Arrugas, pigmentación, pérdida de elasticidad y adelgazamiento de la piel, aparecen con la edad, pero estos varían de un individuo a otro y de acuerdo al grupo racial. El tejido conjuntivo está menos vascularizado y las fibras elásticas aumentan en número y grosor, las áreas expuestas muestran un mayor índice de degeneración de colágeno y elastina, si se compara con la piel protegida (2).

La permeabilidad disminuye al igual que la absorción, y estos cambios pueden ser similares en la cavidad oral (13).

C.3) Sistema cardiovascular:

El efecto puede ser la reducción para una sobrecarga ocasional, el cambio arterial más significativo es la Arteriosclerosis la cual es inevitable y peculiar del envejecimiento humano. Frecuentemente existe tortuosidad, dilatación, asimetría y aumento del tejido conjuntivo y acumulación de colágeno en la íntima y en la media. Es importante señalar que la Endocarditis bacteriana se presenta frecuentemente después de los 50 años, aunque no se tenga

antecedentes de enfermedad cardiaca (2,5,8).

C.4) Sistema Nervioso:

El metabolismo cerebral es tal, que cualquier alteración en la concentración de oxígeno, o del flujo de metabolitos, afecta rápidamente a las neuronas. También son comunes los cambios arterioscleróticos en los vasos sanguíneos cerebrales.

C.5) Sentidos Especiales:

a) Vista:

La pérdida del tejido adiposo orbitario da la impresión de un ojo hundido, produciendo laxitud de los párpados y redundancia de la piel; el líquido ocular disminuye y el campo visual se restringe. Puede haber lagrimeo por cuerpos extraños en la córnea o estrechamiento del conducto lagrimal. En el anciano el cristalino pierde su capacidad para modificar su forma y enfocar objetos cercanos, sus núcleos se esclerosan y se vuelven opacos produciendo visión borrosa y limitada (2,8,7).

b) Oído:

La pérdida progresiva se manifiesta de manera inevitable al avanzar la edad, de manera que la comunicación hablada no es fácil. Frecuentemente el paciente anciano experimenta

fatiga auditiva, la cual produce tinnitus después de una comunicación breve (13,4).

c) Gusto:

A mayor edad disminuye la capacidad para saborear, las papilas circunvaladas se atrofian, disminuyendo la cantidad de éstas; es probable la atrofia de otros receptores gustativos con la pérdida gradual de las papilas fungiformes (4).

d) Sistema Muscular:

Un efecto importante es la disminución de la capacidad de los músculos para hipertrofiarse con el ejercicio, y mayor tendencia a atrofiarse de éstos cuando se suspende. El tiempo de reacción se divide en premotora y motora, se ha demostrado que este retraso se debe al envejecimiento de la sinapsis y no a la velocidad del impulso a lo largo del axón (2-7).

e) Sistema esquelético:

Puede haber Osteoporosis, reducción de la corteza del hueso, como cambio directo de la edad. La calidad del hueso cambia al aumentar el tamaño de los cristales inorgánicos y la densidad de la red de colágeno, en tanto que disminuye el volumen de agua. A veces se reactiva el crecimiento en el cartilago y en el hueso produciendo Osteofitosis u

Osteoclerosis, estos cambios afectan mandíbula y maxilar (2,8).

f) Articulaciones:

Una manifestación del envejecimiento fisiológico es la artritis hipertrófica. La matriz cartilaginosa se forma de colágeno y una sustancia fundamental compuesta de glucosaminoglucanos (GAG). El condroitin sulfato constituye la mitad de los GAG en el hueso, disminuyendo esta proporción con la edad, en tanto que el contenido de colágeno aumenta. En el aspecto funcional las articulaciones pierden movilidad a medida que la edad aumenta (2,4).

g) Sistema Endócrino:

Probablemente el cambio endócrino más importante con la edad es la menopausia, en la que se afectan músculos, glándulas y actividad mental. Los cambios en cualquier sitio en particular del organismo pueden deberse a envejecimiento intrínseco, o a efectos de estos cambios sobre un sistema a distancia.

Es indudable que la situación de los tejidos ahora se debe en gran medida a lo que sucedió ayer (2,8).

D) PATOLOGIA MAS FRECUENTE SEGUN LA LITERATURA EXISTENTE.

D.1) HIPERPLASIA PAPILAR INFLAMATORIA;

Afecta la mucosa del paladar ocasionado por prótesis mal adaptadas, permitiendo irritación y mala higiene oral.

La lesión afecta a cualquier sexo y se presenta como numerosas proyecciones papilares edematosas, en color rojo, cercana una a otra afectando todo el paladar duro dándole un aspecto verrucoso. Muestra grados variables de inflamación pero rara vez existe ulceración (6,8,11).

El tratamiento es eliminar el agente causal y la excisión quirúrgica del exceso de tejido lo cual hace que la boca regrese a su estado normal (8).

D.2) HIPERPLASIA INFLAMATORIA (fibrosa). (Tumor por lesión de la prótesis total. Epulis fissuratum):

Es una recesión tisular que se presenta como una hiperplasia de tejido a lo largo del borde de la dentadura, que se localiza en zonas donde existe irritación crónica de cualquier tipo. Generalmente no está muy inflamada, aunque puede existir irritación e incluso ulceración en la base de dicho crecimiento. El tratamiento será la remoción quirúrgica, y luego recortar o reconstruir las prótesis totales, no se presentará la regresión (11,15).

D.3) ESTOMATITIS POR DENTADURA;

La mucosa con úlceras por prótesis total, puede relacionarse con un "síndrome de retención de sudor" en el cual existe una formación de tapones de queratina en las glándulas sudoríparas o glándulas salivares accesorias, que forzan el sudor o la saliva dentro de los tejidos vecinos ocasionando la inflamación subsecuente.

La mucosa que se encuentra bajo la prótesis dental se vuelve roja, hinchada, lisa o granular y dolorosa. Mostrando múltiples focos de hiperemia regularmente afectando el maxilar superior. Es común una sensación de quemadura, y el enrojecimiento esta bien delineado y restringido al tejido que esta en contacto con la prótesis total.

El tratamiento que puede contribuir al éxito es la aplicación de algún antimicótico, el ajuste o fabricación de las prótesis y la instrucción de una adecuada higiene oral (16).

D.4) CANDIDIASIS Y QUEILITIS ANGULAR:

La causante es la *Candida albicans* y es común que afecte boca, aparato digestivo y vagina. Es la principal enfermedad oportunista del mundo. Es una enfermedad localizada y rara vez mortal (11).

Clasificación de Candidiasis oral:

Aguda:

- Candidiasis oral pseudomembranosa aguda (Algodoncillo)
- Candidiasis oral atrófica aguda.

Crónica:

- Candidiasis oral hiperplásica crónica
- Candidiasis mucocutánea crónica
 - Candidiasis mucocutánea familiar crónica
 - Candidiasis mucocutánea localizada crónica
 - Síndrome de Candidiasis con Endocrinopatía
 - Candidiasis mucocutánea difusa y crónica.
- Candidiasis oral atrófica crónica.

Las diversas formas presentan manifestaciones orales y, en general, se caracterizan porque las mucosas están afectadas. La mucocutánea difusa crónica es la menos común, y su mayor prevalencia es en pacientes arriba de los 55 años de edad.

Son placas ligeramente elevadas de color blanquecino que se puede encontrar en mucosa y lengua, pero también se puede encontrar en paladar, encía y piso de la boca. Generalmente contienen epitelio descamado, queratina, fibrina, restos necróticos, leucocitos y bacterias entremezcladas. Las placas

se pueden eliminar con una gasa y dejar una área relativamente normal o eritematosa (11,16).

La atrófica cutánea es la única dolorosa y que puede aparecer en cualquier sitio. Para su tratamiento el uso de antimicóticos es beneficioso (clotrimazoles, Anfotericina B).

La queilitis angular, otra lesión que se ha relacionado con candidiasis, se caracteriza por resequedad y ardor en las esquinas de la boca, las cuales se deben tratar si no muestran tendencia a remisión espontánea, sin embargo, es rara la desaparición por completo. Se ha considerado que es causado por *Candida*, y otros gérmenes como estafilococos y estreptococos. También existe la sugerencia de que es causada por sobrecierre de los maxilares o deficiencia de riboflavina con infección bacteriana micótica superpuesta. Varias veces se ha corregido con aumentar la dimensión vertical en la boca del paciente (6,11,12).

D.5) VARICES:

Várice es una vena tortuosa, dilatada con frecuencia con presión hidrostática aumentada. Son comunes en las venas raninas linguales que se localizan en la parte ventral y en los bordes laterales de la lengua, y piso de la boca. Es un proceso de la edad, que se presentan a partir de los 60 años (11).

D.6) ELASTOSIS SENIL:

Es un trastorno degenerativo de la piel asociado al proceso de envejecimiento. La piel es dañada por exposición prolongada a los elementos del clima. Frecuentemente afecta el labio en el grupo de ancianos, en el cual la piel está seca, arrugada, atrófica y flácida. No existe tratamiento (10).

D.7) ULCERAS TRAUMATICAS:

Se producen regularmente después de la inserción de la prótesis total, por sobre extensión o espículas de hueso que las producen.

Las lesiones son pequeñas, dolorosas, de forma irregular, cubiertas por una membrana necrótica de color gris y rodeadas por un halo inflamatorio. La corrección de la causa constituye el tratamiento (10-13).

D.8) NEUROMA TRAUMATICO:

Es una hiperplasia de las fibras nerviosas y de sus tejidos de soporte. Frecuentemente se presenta después del seccionado accidental de un nervio o incidental a una extracción difícil.

La reparación del nervio se inicia y al encontrar alguna obstrucción este prolifera en forma desordenada lo que constituye el neuroma. Es un nódulo pequeño o hinchazón de la

mucosa cerca del agujero mentoniano, sobre el reborde alveolar en las áreas edéntulas o sobre el labio o lengua. También se puede presentar dentro de la sustancia del hueso, es de lento crecimiento y rara vez crece más de un centímetro. El tratamiento de elección es quirúrgico, con resección de una pequeña porción proximal del nervio afectado (10,14).

D.9) ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE (Afta recurrente):

Se caracteriza por el desarrollo de ulceraciones dolorosas en la mucosa oral, que recurren solitarias o múltiples. Debido a la similitud con herpes simple se examina en esta sección. Entre los factores etiológicos están:

-Infección bacteriana: como agente causal esta el estreptococo alfa hemolítico (*Streptococcus sanguis*).

-Alteraciones inmunitarias: Se propuso que es el resultado de una respuesta autoinmune del epitelio oral, que representa una respuesta inmune local contra una mucosa antigénica alterada. De este modo, los pacientes que presentan estomatitis aftosa recurrente parecen tener una respuesta inmunitaria alterada, la cual se dirige contra la flora oral no patógena y el tejido bucal huésped.

-Deficiencia de hierro, vitamina B12, ácido fólico: Las deficiencias nutricionales tienen importancia en la etiología de la estomatitis aftosa recurrente.

Factores precipitantes:

-Traumatismo: Se ha encontrado que es el factor precipitante en el 75% de los casos.

-Condiciones Endócrinas: La mayoría de las series muestran que la incidencia es mayor durante el período premenstrual.

Factores físicos: Aunque es un factor difícil de analizar.

-Factores alérgicos: Muchos tienen antecedentes de asma, fiebre del heno o alergia a las comidas o a los medicamentos.

Clasificación:

1) aftosa recurrente menor es la forma más común de la enfermedad y se le designa úlcera gangrenosa;

2) aftosa recurrente mayor, la cual se considera como una forma mas intensa;

3) ulceraciones herpetiformes recurrentes, que consisten en racimos de úlceras semejantes a lesiones herpéticas.

4) úlceras recurrentes asociadas con el síndrome de Behcet.

La frecuencia de las erupciones varía notablemente, las cuales empiezan como una erosión superficial sola o múltiple cubiertas por una membrana grisácea, por lo general tienen un margen bien circunscrito rodeado por un halo eritematoso muy dolorosa. Los sitios más comunes donde se presentan son: mucosa oral, labial, surcos orales y linguales, lengua paladar blando, faringe y encía. Para su tratamiento no existe un tratamiento específico (10,16).

D.10) HERPES ZOSTER:

Enfermedad viral infecciosa, aguda, dolorosa e incapacitante. Se caracteriza por la inflamación de las raíces ganglionares dorsales o de los ganglios nerviosos craneales extramedulares. El virus causante es el virus Varicela zoster (VZ) (10,18).

Esta enfermedad es la recurrencia del virus de la varicela, es común en la edad adulta, afectando a sexos por igual. Las manifestaciones son fiebre, indisposición general, dolor y sensibilidad a lo largo de los nervios sensoriales afectados, y en pocos días existe una erupción cutánea de la mucosa en forma papular o vesicular. Típicamente es unilateral y dermatómica en su distribución. Puede afectar la cara por infección del nervio trigémino, lo que consiste en una afección unilateral en las áreas inervadas por los nervios mandibulares, maxilares o el oftálmico. Pueden presentarse vesículas extremadamente dolorosas sobre la mucosa oral, lengua, úvula, faringe y laringe. La unilateralidad es la característica principal (10).

D.11) HERPES SIMPLE:

Es una enfermedad infecciosa más aguda, y probablemente más común que afecte al hombre, los tejidos más afectados por el virus de herpes, denominado herpes hominis, comprenden piel,

membranas mucosas, ojos y sistema nervioso central. Existen dos tipos: tipo 1, afecta regularmente cara, labios, cavidad oral y piel de la parte superior del cuerpo; tipo 2, afecta genitales y parte inferior del cuerpo.

Es importante reconocer que la inflamación gingival precede por varios días a la formación de las úlceras, se desarrollan vesículas cortas, de color amarillento, llenas de líquido, que al romperse forman úlceras superficiales, desiguales, extremadamente dolorosas, cubiertas por una membrana grisácea y rodeadas por un halo eritematoso, que pueden variar desde milímetros hasta centímetros en su tamaño. Sanan de manera espontánea en un lapso de siete a 14 días y no dejan cicatriz.

Para su modo de transmisión se considera que debe ser directo, la terapéutica con antibióticos es un ayuda considerable para la prevención de la infección herpética (2,10,16)

D.12) SINDROME DE SJÖGREN:

Es una enfermedad que se describió como una tríada compuesta por queratoconjuntivitis seca, xerostomía y artritis reumatoide. Se consideran varias etiologías, pero la mayoría considera que la respuesta inmunitaria alterada es el principal factor intrínseco causante de la enfermedad.

Se caracteriza por resequedad de la boca y ojos, causada por la hipofunción de las glándulas salival y lagrimal, originando una sensación de ardor y dolor. Se ha demostrado niveles altos de Inmunoglobulina A (IgA), potasio y sodio en saliva de los pacientes. Para su diagnóstico es importante la histología, exámenes de laboratorio y la sialografía.

Un tratamiento satisfactorio no existe, siendo únicamente sintomático.

D.13) LESIONES PREMALIGNAS DE ORIGEN EPITELIAL

a) Leucoplasia:

Se debe considerar en un estudio como pre cancer oral. Es una placa o parche blanco que se presenta en una superficie de la mucosa. Tiene etiología variada entre ella tabaco, sepsis oral, irritación bucal, sífilis, deficiencias vitamínicas, alteraciones endócrinas, galvanismo y radiación actínica en caso de leucoplasia de los labios.

*Tabaco: agente agresor más frecuente por sus componentes químicos, como el alquitrán y su resinas, y el calor durante la combustión del tabaco. La lesión específica es la estomatitis nicotínica, que es un enrojecimiento e inflamación del paladar, tomando apariencia nodular o papular, blanco grisáceo de superficie irregular o agrietada.

*Alcohol: se produce por irritación en la mucosa, pero los que consumen en grandes cantidades también son fumadores inveterados, de manera que es difícil establecerlo.

*Irritación crónica: El traumatismo y la irritación local crónica son importantes en la etiología, tal como la mordedura crónica del carrillo, dentaduras mal ajustadas, comidas muy condimentadas y calientes. Es posible que la frecuencia de estos factores tenga importancia.

*Sifilis: Juega un papel menor, aunque hay signos importantes que indican que la frecuencia de leucoplasia es más elevada en pacientes con esta afección.

*Deficiencias vitamínicas: La deficiencia de vitamina A inducirá a la metaplasia y a la queratinización de mucosas y glándulas respiratorias, por ello se ha sugerido su relación.

*Candidiasis: esta afección ocurre con mucha frecuencia concomitante a leucoplasia, sin embargo es incierta la relación con futura malignidad.

Las leucoplasias muestran constante variación en tamaño, localización y apariencia clínica. Más común en hombres, en edad promedio de sesenta años. Es importante que

existe una ligera tendencia a que en el sexo femenino sea más temprano. Existe preferencia en sitios como la mucosa oral, comisuras labiales, en orden decreciente la mucosa alveolar, lengua, labio, paladar duro, piso de la boca y encía. Frecuentemente ésta lesión está finamente arrugada, se siente áspera al palparla. Su evolución va de mancha blanca, no palpable, translúcida, luego ligeramente elevada con delimitación irregular, localizada o difusa de color blanco opaco, de textura fina. Por último evoluciona hasta ser blanca engrosada, dura, y puede haber fisuramiento y formación de úlceras.

Para distinguir entre las lesiones resulta de gran importancia la biopsia.

Durante años el tratamiento ha incluido la administración de vitamina A, complejo B, estrógenos, radiación, fulguración, extirpación quirúrgica y quimioterapia tópica. En general se recomienda eliminar cualquier factor irritante, lo cual se cree tiene mayor beneficio.

Desde el punto de vista clínico el Liquen plano es la lesión más importante a considerar en el diagnóstico de leucoplasia (B,10,16).

b) Liquen plano:

Tiene particular interés para el Dentista debido a que las mucosas orales afectadas, frecuentemente acompaña o precede la aparición de lesiones dérmicas. Es la enfermedad de la piel más común que se manifiesta en la cavidad oral.

Las lesiones cutáneas son pequeñas pápulas, demarcadas en la piel que la rodea. Al principio son de color rojo, luego toman un matiz púrpura rojizo o violáceo. Tornándose más tarde de un color café sucio, el centro de la pápula es ligeramente umbilicado y su superficie cubierta por líneas muy finas blanco grisáceo, llamadas "estrias de Wickham". Por lo general se distribuyen en forma bilateral y simétrica, en la superficie de flexión de la muñeca y antebrazo, parte interna de la rodilla, muslo y el tronco, en especial en el área del sacro. El síntoma principal es prurito intenso con predilección por las mujeres adultas.

Es interesante notar que rara vez se presenta en personas despreocupadas y se mantiene en un rango de cuarenta a ochenta años de edad.

En la boca las lesiones son pápulas semejantes a hebras aterciopeladas de color gris o blanco, presentan una ordenación lineal, anular o en forma de red, formando parches, anillos o rayas sobre la mucosa oral. La mucosa oral es afectada en un 80% de los casos, lengua 65%;, labios 20%; encía, piso de la

boca y paladar en menos del 10%.

Entre las lesiones que guardan semejanza son: Leucoplasia, Candidiasis, pénfigo, penfigoide cicatrizal, sífilis, aftas recurrentes y lupus eritematoso. En el tratamiento se han usado compuestos arsenicales, mercuriales y tratamientos con vitaminas, también corticosteroides para aliviar la inflamación y disminuir el prurito. Se han informado de varios casos de Carcinoma Epidermoide que se desarrollarán en lesiones de liquen plano (8, 10,16).

c) Eritroplasia:

Lesión caracterizada por parches o placas rojas marcadas, mas común en la sexta y séptima década de la vida. Usualmente es asociada a displasia epitelial y carcinoma in situ o carcinoma de células escamosas. En una muestra de 800 pacientes de Liquen Plano el 1% tenía Eritroplasia (16,18).

d) hiperplasia verrucosa:

Esta es caracterizada por lesiones filosas o un proceso de crecimiento verrucoso. La lesión es usualmente asociada con Leucoplasia. Es una lesión predominante de gente anciana. Debería ser considerada como potencialmente pre cancerosa, originando con el tiempo carcinoma verrucoso o

carcinoma celular escamoso (12,14,16).

d) Elastosis actínica:

Es enfermedad de hombres ancianos, especialmente de los que trabajan al aire libre, mostrando algunas veces ensanchamiento del borde inferior del bermellón de los labios, el cual asume una palidez con ligero color grisáceo. La mayoría de pacientes dan una historia de exposición prolongada al sol.

Normalmente, el borde entre la piel del labio y el bermellón está agudamente marcado. Pero en pacientes con elastosis actínica esta demarcación ha desaparecido.

El cáncer del borde del bermellón es usualmente precedido por elastosis actínica (16).

D.14) CANCER ORAL

a) Carcinoma epidermoide:

Es la neoplasia maligna más común de la cavidad oral. Hay lugares a los que afecta más frecuentemente, en orden decreciente: labio inferior, lengua, piso de la boca, encía, paladar, amígdala, labio superior y mucosa oral.

Se ha detectado que no hay predilección por sexo, y ocurre en la última etapa de la vida. Entre los factores

etiológicos más frecuentes están el tabaco, el alcohol, sífilis, luz solar, deficiencias nutricionales y diversos factores que incluyen el calor (proveniente de la boquilla de la pipa, en el caso de cancer del labio); traumatismo, sepsis e irritación por bordes afilados.

En general, éstas tienden a ser neoplasias moderadamente bien diferenciadas, aunque presenten alguna variación histológica.

El carcinoma epidermoide está compuesto de láminas y nidos de células con origen en el epitelio escamoso, las metástasis afectan principalmente los ganglios linfáticos submaxilares y cervicales superficiales y profundos.

Etapas clínicas del cáncer:

Su gran importancia se refiere a el tratamiento. Toma en cuenta la diseminación existente antes de empezar el tratamiento:

1. selección del tratamiento más adecuado
2. Comparación significativa de los resultados finales tomados de diferentes fuentes (3,6,10,16).

El sistema de etapas utilizado es el TGM (tumor, ganglios linfáticos regionales y metástasis distantes).

b) Linfoma Linfocítico:

Es una lesión que tiene predilección por personas mayores con un promedio de edad de los 70 años.

La lesión más frecuente involucra un lado del paladar duro, en algunos se extiende hasta el paladar blando. La lesión aparece como firme y húmeda.

En un estudio de 21 lesiones, 4 mostraron ulceración, 8 fueron clasificadas como nodulares bien diferenciadas, 7 como difusas bien diferenciada, 6 como pobremente diferenciadas. En general estas lesiones son mejor tratadas por radiación.

Si es encontrada diseminada, la quimioterapia es ampliamente indicada (8,10,16).

c) Linfoma histiocítico:

Previamente denominado sarcoma de células reticulares, también podría originarse en la cavidad oral. Esto ocurre predominantemente en hombres/mujeres en una relación 2/1. La lesión podría involucrar los tejidos blandos únicamente o el hueso. El linfoma Histiocítico primario de tejido blando aparece principalmente en el anciano, mientras que el involucramiento primario del hueso es más comúnmente visto en pacientes jóvenes.

La edad promedio de afección en pacientes es de 74 años. Cuando el Linfoma Histiocítico aparece en la cavidad oral la

localización importante es el paladar, la lesión podría ser ulcerada o ligeramente lobulada, pero nunca muestra induración como el Carcinoma.

La lesión de tejidos blandos podría invadir el hueso adyacente a la mandíbula.

Microscópicamente, es un tumor maligno de células grandes de origen incierto, las cuales cuando muestran evidencia de producción de fibrina argirofílica, fagocitosis o ambos han sido interpretadas, como células neoplásicas reticulares, histiocitosis u otros fagocitos mononucleares.

El tratamiento en los estados tempranos es la radiación. La quimioterapia es usada cuando las manifestaciones son severas y la enfermedad esta ampliamente esparcida (10,15,16).

d) Metástasis:

Se reveló que las metástasis orales de adultos de edad media y gente anciana se originan en los pulmones con promedio de edad de 58 años; del estómago con un promedio de 56 años; hígado promedio 61 años; y en el reporte de las metástasis orales, la edad media fue de 60 años (10,14,16).

e) Tumores benignos de las glándulas salivares:

Adenoma pleomórfico: El adenoma pleomórfico representa más del 50% de todos los casos de tumores benignos y malignos de las

glándulas salivares mayores y accesorias, y el 90% de los tumores benignos. Este tumor afecta en el 96% de los casos la glándula parótida, con una relación de 6 a 4 mas frecuente en mujeres, presentándose en la quinta y sexta década, ocurre como un agrandamiento indoloro, de crecimiento lento, a veces intermitente. Es de forma nodular, de consistencia firme, pero puede contener áreas quísticas, raras veces se ulcera y no muestra fijación a tejidos profundos.

La región predilecta es el paladar duro, luego el labio superior. El tumor es siempre encapsulado pero con frecuencia se encuentran células neoplásicas permeabilizando la cápsula.

El mejor tratamiento es quirúrgico, y recurre con frecuencia debido a la remoción incompleta (10,16)

Oncocitoma: Tumor de glándulas salivares que se deriva de los oncocitos, que se observa en el epitelio de los conductos salivares de personas mayores. Es un tumor pequeño que afecta la parótida, más común en mujeres que hombres. Se presenta como una masa discreta y encapsulada que algunas veces es nodular, es completamente asintomática.

Está formado por células que poseen un citoplasma eosinofílico y una membrana bien definida. El tratamiento de elección es quirúrgico (10).

f) Tumores malignos de las glándulas salivares:

Adenoma pleomórfico maligno: Representa la transformación de una lesión inicialmente benigna, que ha tenido un crecimiento por muchos años, y ha mostrado un repentino aumento de tamaño.

Estos son raros y se presentan como agrandamientos de crecimiento rápido, que a menudo se encuentran fijos a los tejidos vecinos y están ulcerados, ocasionando dolor o parestesia en el área del tumor. El comportamiento clínico es agresivo y produce metástasis en los ganglios regionales o bien por vía sanguínea a pulmones, huesos, vísceras y cerebro.

El tratamiento del adenoma pleomórfico maligno es esencialmente quirúrgico (10,16).

Carcinoma adenoquístico: Las glándulas salivares más afectadas son la parótida, la submaxilar, las glándulas palatinas accesorias y las linguales. Ocurre a menudo durante la quinta y sexta década, presenta un dolor localizado precoz; parálisis del nervio facial en los casos que afectan la parótida; fijación a estructuras profundas; e invasión local. A menudo se produce ulceración.

Al examen microscópico se encuentra un tejido neoplásico compuesto por células pequeñas, hipercromáticas, uniformes y de apariencia basal. Las células neoplásicas tienen tendencia a invadir los linfáticos perineurales y se diseminan a lo largo

de los trayectos nerviosos. El tratamiento es esencialmente quirúrgico, aunque se ha combinado satisfactoriamente con radiación (10,16).

Adenocarcinoma de glándulas salivares: En esta categoría se clasifica un grupo heterogéneo de tumores malignos que varían desde adenocarcinomas muy anaplásicos, hasta lesiones bien diferenciadas, tales como el adenocarcinoma trabecular, el adenocarcinoma quístico papilar y el adenocarcinoma con patrón pseudoamelooblástico. Estos tumores tienen características de malignidad incluyendo su crecimiento rápido e infiltrativo, tendencia a recurrir y producción de metástasis.

El tratamiento es preferentemente quirúrgico, la supervivencia es baja (10).

Tumor mucoepidermoide: Tumor de glándulas salivares compuesto por células mucosas y epidermoides. Afecta la glándula parótida, ocurre con mayor frecuencia en la tercera y sexta década de la vida. Es un tumor de alta malignidad, crece rápidamente, y produce dolor en forma precoz, puede observarse parálisis del nervio facial en las regiones parotídeas, no es encapsulado, tiende a infiltrar los tejidos vecinos, y en un gran porcentaje de casos produce metástasis regionales a los linfáticos. También son frecuentes metástasis a los pulmones,

huesos, cerebro y tejido subcutáneo. El tratamiento es quirúrgico (10,16).

g) Carcinoma del labio:

Afecta principalmente el labio inferior en hombres, a una edad promedio de 62 años. Entre los factores etiológicos el más importante es el tabaquismo, se notificó que 87% de los que padecen cancer del labio usaban tabaco de alguna forma. Entre otros factores de importancia está la luz solar, el calor, mala higiene y la sífilis (10).

Con frecuencia empieza como un área pequeña de engrosamiento, induración y ulceración o irregularidades de la superficie, generalmente es lento para producir metástasis, la mayor parte son bien diferenciados y se clasifican como carcinomas grado I. El carcinoma ha sido tratado satisfactoriamente tanto con cirugía como con radiación. Esto indica que cualquier forma de tratamiento, en manos hábiles, producirá igualmente resultados buenos (10,16).

h) Carcinoma de la lengua:

Comprende del 25 al 50% de los cánceres orales, más común en hombres ancianos. Entre las causas la sífilis ha tenido mayor prevalencia, sea ésta en una caso activo, o al menos en los antecedentes, la relación se explica en base a la glositis

crónica producida por tal enfermedad.

La leucoplasia es una lesión común de la lengua y no es raro observar lesión típica de carcinoma en áreas leucoplásicas. El signo más común es una masa o úlcera no dolorosa, aunque finalmente se vuelve dolorosa, en especial cuando se infecta secundariamente. La lesión se desarrolla en el borde lateral, en la porción media o en la superficie ventral, raras veces en el dorso. Las lesiones localizadas en la parte posterior tienen mayor grado de malignidad, forman metástasis más temprano y ofrecen un peor pronóstico.

Para el tratamiento los protocolos de cirugía y radiación han proporcionado un buen beneficio. Aunque el pronóstico no es bueno, siendo el principal factor pronóstico la presencia o ausencia de metástasis (10,16).

i) Carcinoma del piso de la boca:

Representa el 15% de todos los casos y tiene importancia en la etiología el fumar (pipa o cigarrillo). La transformación maligna de leucoplasia en este sitio es más frecuente que en otros lugares. Clínicamente se presentan como una úlcera indurada de tamaño variable, puede o no ser dolorosa, y se presenta más frecuente en la parte anterior del piso, por su posición ocurre extensión temprana, en la mucosa, mandíbula y lengua, produciendo limitación en el movimiento.

Las metástasis son más frecuentes en los ganglios linfáticos del grupo submaxilar.

El tratamiento incluye la radiación y la cirugía, con mejores resultados con la primera. Todos estos tienen pronóstico moderado (10,16).

j) Carcinoma de la mucosa oral:

Comprende 3% de todos los casos. Diez veces más común en hombres, principalmente ancianos. En la etiología los factores de mayor importancia son el uso de tabaco y mascar la nuez de Betel, es común que se desarrolle en el sitio habitual donde se muerda el pedazo durante años. Frecuentemente se desarrolla a lo largo de-o inferior a la línea opuesta del plano oclusal. La lesión es una úlcera dolorosa y es común la induración e infiltración a los tejidos profundos. Las metástasis son frecuentes, en especial a los ganglios submaxilares.

Los resultados son favorables en los casos tempranos, ya sea con tratamiento quirúrgico o radioterapia. El pronóstico depende de la presencia o ausencia de metástasis (10,16).

k) Carcinoma de la encía:

Debido a la similitud con infecciones dentales comunes en encía el diagnóstico se retrasa e inclusive se equivoca, de allí que el pronóstico sea malo. Comprende 10% de los tumores

y tiene predilección por el sexo masculino en el anciano.

Todos los factores son de importancia, el sitio de irritación crónica o inflamación de años tiene importancia indiscutible. El carcinoma mandibular es más común y se manifiesta como una úlcera que puede ser erosiva o de crecimiento exofítico, granular o verrucoso y puede o no ser dolorosa. La encía fija es dañada más frecuentemente que la libre. Cuando es en el maxilar invade el seno, o se extiende sobre el paladar o dentro de los pilares palatinos, siendo la metástasis más común a los ganglios submaxilares y cervicales.

l) Carcinoma del paladar:

El paladar blando fue el sitio primario del 9% de los cánceres, sin embargo en el duro es sumamente raro. Se manifiesta como una úlcera dolorosa (invariablemente), mal definida a un lado de la línea media, afectando las regiones adyacentes. principalmente dañando las regiones de la nasofaringe. El tratamiento incluye el quirúrgico y la radioterapia (10,16).

m) Carcinoma del seno maxilar:

El carcinoma antral es una enfermedad muy peligrosa. Aunque no puede determinarse la frecuencia real, se considera

más frecuente que cualquier otra forma de cancer. Aunque se desconoce la etiología, los casos ocasionales de adenoma que se presentan se originan aparentemente a partir de las glándulas que están en la pared del seno.

Con frecuencia avanza sin que el paciente se percate de su presencia, es fundamentalmente una enfermedad de los ancianos. El primer signo clínico es tumefacción o convexidad del reborde alveolar maxilar del paladar o del pliegue mucobucal, aflojamiento o elongación de los molares superiores o inflamación de la cara inferior o lateral del ojo. La metástasis no se presenta hasta que el tumor está muy avanzado, al aparecer afecta los ganglios submaxilares y cervicales. La falta de metástasis no indica un pronóstico favorable, ya que la mayoría de los pacientes muere antes que aparezcan.

Se ha empleado para su tratamiento la cirugía y la radiación. Si se confina al antro y a las estructuras inferiores, la hemimaxilectomía proporciona resultados clínicos favorables, el pronóstico global no es bueno (2,6,8)

D.15) ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS:

a) Glosodinea (Glosopirosis)

La mayor prevalencia fue encontrada a partir de los 40 años de edad. Teniendo gran predilección por el sexo femenino.

Los pacientes con Glosodinea pueden ser divididos en aquellos que no muestran cambios patológicos obvios, y aquellos con cambios clínicos en la lengua. Pero la mayoría cae dentro del primer grupo, lo que representa un problema terapéutico difícil (2,6,8).

b) Disquinesia Bucolinguofacial:

Se caracteriza por movimientos anormales repetitivos, no rítmicos, de los carrillos, la lengua, y la cara ocurriendo a la velocidad de los movimientos voluntarios. En un estudio en pacientes de 60 a 90 años, se encontró que exhibieron movimientos anormales, los cuales fueron involuntarios o al menos difícil de controlar por el paciente.

La disquinesia Bucolinguofacial se desarrolla gradualmente. En algunos pacientes la movilidad empieza anormal, seguida de movimientos involuntarios de los labios y la mandíbula (2,8,10).

La revisión bibliográfica incluye las enfermedades orales mas frecuentes en el anciano. Todas las entidades mencionadas tienen características propias, y en algunos casos mediante procedimientos especiales se pueda llegar a su diagnóstico.

Es necesario que el cirujano dentista las diagnostique y les de tratamiento con propiedad.

JUSTIFICACION:

En Guatemala, los estudios sobre la frecuencia de la patología de la cavidad bucal en los ancianos es escasa, sin embargo, el número de pacientes ancianos que consultan con enfermedades en la cavidad bucal, a nivel institucional o privado, en el país, aparentemente es considerable (3,15).

En vista que aún no se había determinado la frecuencia y principales lesiones en los pacientes geriátricos en el país se realizó el presente estudio en el que se obtuvo dicha información. La frecuencia de la patología de la cavidad bucal en una Institución, puede servir de guía para poder elaborar una investigación con representación nacional (3,4,18).

La realización de este estudio podra servir de base para que instituciones o investigadores orienten, diagnostiquen, traten e implementen programas de servicios orales más acordes a las necesidades locales.

OBJETIVOS:

General:

-Determinar la frecuencia de las patologías bucales (excepto caries y enfermedad periodontal) presentes en los ancianos internados en el Hospital "Hermano Pedro de Bethancourth" de la ciudad de Antigua Guatemala.

Específicos:

-Informar al personal del Hospital "Hermano Pedro" los diagnósticos sobre salud bucal de los ancianos estudiados, para que se dé el tratamiento necesario.

-Investigar la importancia que el anciano da a la patología bucal existente.

METODOLOGIA:

A) Procedimientos:

La investigación se llevó a cabo en el Hospital "Hermano Pedro de Bethancourth", localizado en la ciudad de Antigua Guatemala. En la misma se incluyó la totalidad de los ancianos internados en esa institución, se les efectuó un examen clínico integral de la cavidad oral, se les informó el objetivo de hacer el examen, el cual constó de inspección visual, palpación intrabucal y extraoral, con la ayuda de sillón dental, luz artificial, gasas, guantes, bajalenguas, espejos, exploradores, dediles y las fichas de recabación de información. Se efectuó en la siguiente secuencia:

1- Examen de cara, cuello, tejidos blandos tejidos duros y la articulación temporomandibular (A.T.M.)

Este método comprendió inspección visual, palpación intraoral y extraoral, el cual se efectuó siguiendo la dirección de las agujas del reloj.

INSPECCION:

Con el paciente colocado en el sillón dental en posición decubito y con la boca cerrada, empleando un bajalenguas en cada mano, se examinó el borde bermellón de ambos labios

(iniciando en el lado derecho del paciente), distendiéndolo suavemente con el auxilio de los bajalenguas y luego la región de las comisuras separando los labios con los mismos.

2.- Luego se le pidió al paciente que abriera la boca y se procedió a examinar la porción vestibular de la cavidad oral. Para ello se colocó el bajalenguas de la mano izquierda sobre la mucosa labial superior derecha en el área que corresponde a los caninos. Se separó ampliamente el carrillo y con el auxilio del bajalenguas de la mano derecha se procedió a examinar la mucosa del mismo, desde la región retromolar hacia adelante. Al mismo tiempo se observó mucosa alveolar y encía.

3.- Luego la región labial superior, observándose mucosa labial, encía y frenillos, para lo cual se dejó el bajalenguas de la mano izquierda como en el paso # 1. Seguidamente el bajalenguas de la mano derecha se colocó en el área del canino izquierdo indicándole al paciente que cerrara parcialmente la boca para poder elevar el labio superior con facilidad.

4.- Después se procedió a examinar la región vestibular izquierda, para lo cual se dejó el bajalenguas de la mano derecha en el mismo paso indicado en el inciso # 3. Con el bajalenguas de la mano izquierda se separó ampliamente el carrillo y se procedió a examinar las mismas regiones y en el

carrillo y se procedió a examinar las mismas regiones y en el mismo orden en que se realizó en el lado derecho.

5.- A continuación se procedió a examinar la región labial inferior para lo cual se colocó el bajalenguas de la mano derecha a nivel del canino inferior izquierdo, y el bajalenguas de la mano izquierda a nivel del canino inferior derecho.

6.- El siguiente paso consistió en examen de la mucosa del paladar duro y blando y de la encía palatina. La inspección se realizó examinando de atrás hacia adelante la encía y la mitad derecha del paladar, y en sentido inverso la región izquierda. Al examinar encía se observó su apariencia superficial, su configuración, color y posición respecto a las piezas dentarias.

7.- El siguiente paso fue el examen de la orofaringe que comprendió: pilares anteriores y posteriores del paladar, úvula, amígdalas palatinas y paredes laterales y posterior de la orofaringe. Para lo cual se adosaron bajalenguas colocándolos sobre la parte posterior del dorso de la lengua y se presionó firmemente hacia abajo al mismo tiempo que se pidió al paciente decir "AAA". Algunos pacientes exponen la región orofaríngea con sólo abrir la boca, por lo tanto no fue

necesario deprimir la lengua.

8.- A continuación se examinó el dorso y los bordes de la lengua, observándola primero en posición normal y luego en protrusión. Con el extremo de los bajalenguas se exploró la superficie dorsal de dicho órgano, de atrás hacia adelante en el lado derecho y en forma inversa el lado izquierdo. Luego se pidió al paciente que moviera la lengua hacia la izquierda, al mismo tiempo que la protruera. En esta posición se examinó el borde derecho de la lengua con un bajalenguas mientras el carrillo es separado con el otro. Y se repitió el procedimiento para examinar el borde izquierdo de la lengua. Cada borde se examinó desde la región más posterior hasta el vértice.

9.- Luego se examinó el vientre de la lengua, piso de la boca y encía lingual, para ello se pidió al paciente que llevara la lengua hacia el paladar mientras mantenía la boca abierta y con los bajalenguas adosados se examinaron las regiones ya mencionadas, siempre iniciando en el lado derecho y luego el izquierdo.

10.- El último paso fue el examen de la región retromolar superior e inferior, para lo que se utilizó un espejo

intraoral, siempre iniciando en el lado derecho.

PALPACION:

Para esta etapa se utilizaron guantes descartables.

1.- Se inició apoyando el dedo índice sobre la mucosa del carrillo, en la parte más posterior del surco mucobucal superior derecho, al mismo tiempo se colocó el dedo pulgar de la misma mano sobre la piel de la cara de manera que coincidiera con la posición que ocupa el dedo índice del lado interno. A partir de esa posición se realizó la palpación bidigital del carrillo comprimiendo los tejidos entre ambos dedos al mismo tiempo que éstos se desplazaron hacia adelante.

2.- Se continuó en la región del labio superior, hasta la zona del canino izquierdo. Al llegar a este punto, se debió rotar la mano desplazándose el dedo pulgar 180 grados hasta que coincidiera con la posición del índice en el lado interno del carrillo. Se continuó con la palpación de la porción superior del carrillo izquierdo hacia atrás y al llegar a la parte más posterior de ésta se desplazaron los dedos hacia la parte inferior, procediéndose a la palpación bidigital en sentido anterior y sin interrumpir el movimiento, se continuó con el labio inferior y la parte inferior del carrillo derecho.

3.- Luego se determinó la consistencia de los tejidos gingivales, se procedió a palpar el aspecto vestibular de la mucosa alveolar y la encía, iniciándose la palpación en la región de la tuberosidad derecha. Esta parte se efectuó presionando firmemente los tejidos, con el dedo índice, contra el hueso alveolar a la vez que se desplazó el dedo en el sentido anterior, continuándose en el lado izquierdo hasta llegar a la tuberosidad correspondiente. De ésta se paso a la región retromolar izquierda. A partir de esta zona se inició la palpación de la región vestibular de la encía y mucosa alveolar inferiores, desplazando el dedo a lo largo del reborde hasta concluir en la región retromolar derecha. Luego se procedió a la palpación del paladar y encía palatina la cual se efectuó presionando firmemente con el dedo índice la mucosa en la misma secuencia indicada.

4.- A continuación se efectuó la palpación de la lengua, para lo que se le pide al examinado que la protruya y se presiona entre los dedos índice y pulgar, procediéndose de la región mas posterior del lado derecho hasta el vértice y de aquí al lado izquierdo.

5.- Finalmente se palpó el piso de la boca, encía lingual y glándulas salivares sublingual y submaxilar, para lo cual se

procedió apoyando los dedos de la mano izquierda sobre la piel de la región submaxilar derecha, y con el dedo índice de la mano derecha, se procedió a presionar el lado derecho del piso de la boca y encía lingual de atrás hacia adelante al mismo tiempo que se presionó con la mano apoyada sobre la piel para dar soporte a la palpación. Luego se palpó el lado izquierdo. Al finalizar se procedió a la palpación externa, con el paciente en posición decubito y el examinador colocado sentado detrás de él, se efectuó apoyando firmemente las yemas de los dedos índice, medio y anular. Se inicio palpándose la inserción superior del músculo temporal, la masa del mismo músculo, la glándula parótida, músculo masetero, la región suborbitaria y geniana, la región submaxilar y la porción lateral del cuello.

El examen fue practicado por el autor de la investigación, bajo la asesoría de las doctoras Patricia Hernández y Cándida Franco.

La información obtenida se recopiló en la ficha diseñada para la presente investigación.

Los resultados obtenidos se presentan en forma de tablas y se hace la discusión pertinente sobre los mismos. La investigación contempló un diseño puramente descriptivo.

La investigación se realizó durante los meses de septiembre y Octubre de 1993, en el lugar ya mencionado.

B) INDICADORES CLINICOS DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

B.1) Hiperplasia papilar inflamatoria: Para su diagnóstico debe encontrarse proyecciones papilares edematosas, rojas, unidas afectando casi todo el paladar duro, dando un aspecto verrucoso. El tejido puede mostrar grados variables de inflamación y raramente ulceración. En caso de encontrarse se efectuará estudio histológico.

B.2) Hiperplasia inflamatoria (fibrosa): Para su diagnóstico debe encontrarse rollos alargados de tejido, a todo lo largo del borde de la dentadura, generalmente no está muy inflamada, puede existir irritación o ulceración. Lesión firme al palparla.

B.3) Estomatitis por dentadura: Para su diagnóstico debe encontrarse la mucosa del maxilar superior roja, inflamada, lisa granular y dolorosa, mostrando múltiples focos de hiperemia, provocando una sensación de quemadura.

B.4) Candidiasis y queilitis angular: Para su diagnóstico debe encontrarse placas ligeramente elevadas color blanco, semejantes a coágulos de leche, que pueden eliminarse con una gasa, dejando un área eritematosa.

B.5) Queilitis angular: Para su diagnóstico debe encontrarse resequedad y ardor en las esquinas de la boca.

B.6) Várices: Para su diagnóstico debe encontrarse racimos de venas de color rojo o púrpura, localizados en la superficie ventral y bordes laterales de la lengua, así como piso de la boca.

B.7) Elastosis: Para su diagnóstico debe encontrarse piel arrugada y seca, atrófica y flácida, sutil mezcla del bermellón del labio con la superficie de la piel.

B.8) Úlcera traumática: Para su diagnóstico debe encontrarse úlceras pequeñas dolorosas, en cualquier área de la cavidad oral, cubiertas por una membrana necrótica, grisácea y rodeadas por un halo inflamatorio. Se descartará malignidad por medio de biopsia y estudio histológico.

B.9) Neuroma traumático: Para su diagnóstico debe encontrarse nódulo pequeño o hinchazón de la mucosa, cerca del agujero mentoniano, sobre el reborde alveolar en áreas edéntulas, labio o lengua.

B.10) Estomatitis aftosa recurrente: Para su diagnóstico debe encontrarse úlcera sola o múltiple, localizada en mucosa no adherida a periostio, cubierta por una membrana grisácea. Con margen bien circunscrito, rodeado por un halo eritematoso, es muy dolorosa.

B.11) Herpes Zoster: Para su diagnóstico debe encontrarse indisposición general, dolor, sensibilidad a lo largo de los nervios sensoriales. Luego aparece una erupción cutánea de la mucosa en forma papular o vesicular sobre los nervios afectados. Puede presentarse sumamente dolorosa sobre mucosa oral, lengua, úvula y faringe, típicamente es unilateral en su distribución.

B.12) Herpes Simple: Para su diagnóstico debe encontrarse vesículas pequeñas, color amarillento, llenas de líquido. Al romperse forman úlceras superficiales, desiguales, extremadamente dolorosas, afectando las mucosas orales, cubiertas por una membrana grisácea y rodeadas por un halo eritematoso. La inflamación gingival precede por varios días a la formación de las úlceras. Sanan en un lapso de 7 a 14 días, sin dejar cicatriz.

B.13) Leucoplasia: Para su diagnóstico debe encontrarse parches blancos en cualquier parte de la cavidad oral. Pueden presentarse como lesiones bien localizadas y pequeñas, hasta difusos que cubren una porción considerable. En caso de encontrarse se efectuará estudio histológico.

B.14) Liquen Plano: Para su diagnóstico debe encontrarse pápulas semejantes a hebras aterciopeladas color gris o blanco, con ordenación lineal, anular o en forma de red, formando anillos o rayas sobre la mucosa oral y lengua. En caso de encontrarse se efectuará estudio histológico.

B.15) Síndrome de Sjögren: Para su diagnóstico debe encontrarse resequedad en boca originando una sensación de ardor y dolor. En caso de encontrarse se efectuará estudio histológico.

B.16) Eritroplasia: Para su diagnóstico debe encontrarse lesión roja brillante, con bordes bien delineados localizados en mucosa oral, paladar blando y piso de la boca. Otras veces se mancha con parches leucoplásicos, y al final están elevadas con un trazo irregular y una superficie granular. En caso de encontrarse se efectuará estudio histológico.

B.17) Carcinoma epidermoide: Para su diagnóstico debe encontrarse lesiones extensas, destructivas, ulceradas y áreas necróticas, produciendo deformidad y pérdida del tejido de la región afectada. Principalmente en labio inferior, lengua, piso de la boca y encía. En caso de encontrarse se efectuará estudio histológico.

B.18) Linfomas: Para su diagnóstico debe encontrarse masas grandes, fungosas, necróticas con olor fétido, movilidad dental, dolor y parestesia de los nervios afectados frecuentemente. En caso de encontrarse se efectuará estudio histológico.

B.19) Adenoma Pleomórfico: Para su diagnóstico debe encontrarse nódulo no movable, insensible, que aumenta de tamaño, afectando principalmente el paladar duro y el labio superior, algunas veces con crecimiento intermitente, ocasionando dificultades en la masticación, habla y respiración. El dolor es la característica más frecuente que denota malignidad. En caso de encontrarse se efectuará estudio histológico.

B.20) Oncocitoma: Para su diagnóstico debe encontrarse tumor que llega a medir hasta 5 cm, encapsulado, suele ser indoloro. En caso de encontrarse se efectuará estudio histológico.

C- VARIABLES DEL ESTUDIO:

C.1) Variables dependientes:

-Frecuencia de las diferentes entidades patológicas.

-Patología oral:

Hiperplasia papilar inflamatoria.

Hiperplasia inflamatoria (fibrosa).

Estomatitis por dentadura.

Candidiasis y Queilitis angular.

Várices.

Elastosis senil.

Ulceras traumáticas.

Neuroma traumático.

Estomatitis aftosa recurrente.

Herpes Zoster.

Herpes Simple.

Síndrome de Sjögren

Leucoplasia.

Liquen plano.

Eritroplasia.

Hiperplasia verrucosa.

Carcinoma epidermoide.

Linfoma Linfocítico.

Linfoma Histiocítico.
Metástasis.
Adenoma pleomórfico.
Oncocitoma.
Adenoma pleomórfico maligno.
Carcinoma adenoquistico.
Adenocarcinoma de glándulas salivales.
Tumor mucoepidermoide.
Carcinoma del labio.
Carcinoma de la lengua.
Carcinoma del piso de la boca.
Carcinoma de la mucosa oral.
Carcinoma de la encía.
Carcinoma del paladar.
Carcinoma del seno maxilar.
Glosodinea (glosopirosis)
Disquinesia bucolinguofacial.

C.2) Variables independientes:

-Personas mayores de 60 años.

RESULTADOS

Se examinaron un total de 90 ancianos. Las edades del grupo de ancianos oscilaron desde los 65 hasta los 90 años. Del total de ancianos examinados 38 pertenecían al sexo masculino y 52 al sexo femenino. En la Tabla No. 1 se detalla el número total y porcentaje de los ancianos examinados, distribuidos según sexo e intervalos de edad.

TABLA No. 1

TOTAL DE PACIENTES ESTUDIADOS POR EDAD Y SEXO.

| Intervalo de Edad del paciente | Masculinos (%) | Femeninos (%) |
|--------------------------------------|-------------------|------------------|
| 65 - 69 | 18 (20.0) | 13 (14.4) |
| 70 - 74 | 12 (13.3) | 18 (20.0) |
| 75 - 79 | 06 (06.6) | 15 (16.7) |
| 80 - 84 | 02 (02.2) | 04 (04.4) |
| 85 - 90 | 00 (00.0) | 02 (02.2) |
| TOTALES | 38 (42.2) | 52 (57.8) |

TABLA No. 2

ANCIANOS CON PATOLOGIA BUCAL (EXCEPTO CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL), POR EDAD Y SEXO.

| Intervalo de Edad del paciente | Presencia de patología | |
|--------------------------------|------------------------|------------------|
| | Masculinos | Femeninos |
| 65 - 69 | 12 (13.3) | 10 (11.1) |
| 70 - 74 | 12 (13.3) | 16 (17.8) |
| 75 - 79 | 06 (06.7) | 15 (16.7) |
| 80 - 84 | 02 (02.2) | 04 (04.4) |
| 85 - 90 | 00 (00.0) | 02 (02.2) |
| TOTALES | 32 (35.5) | 47 (52.2) |

En la Tabla No. 2 se evidencia que el 35.5% de los ancianos que presentaron patología en la cavidad bucal son del sexo masculino y el 52.2% del sexo femenino. En total, el 87.7% de los ancianos investigados presentó alguna patología, siendo estas detalladas en la siguiente tabla.

TABLA No.3

PATOLOGIAS ENCONTRADAS EN LOS ANCIANOS EXAMINADOS EN RELACION AL INTERVALO DE EDAD Y SEXO.

| Intervalo de edad del paciente | Várices linguales | | Eritroplasia | |
|--------------------------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|
| | M | F | M | F |
| 65 - 69 | 12 (15.2) | 10 (12.7) | 00 (00.0) | 00 (00.0) |
| 70 - 74 | 12 (15.2) | 16 (20.2) | 00 (00.0) | 00 (00.0) |
| 75 - 79 | 06 (07.6) | 14 (17.7) | 00 (00.0) | 01 (01.3) |
| 80 - 84 | 02 (02.5) | 04 (05.1) | 00 (00.0) | 00 (00.0) |
| 85 - 90 | 00 (00.0) | 02 (02.5) | 00 (00.0) | 00 (00.0) |
| TOTALES | 32 (40.5) | 46 (58.2) | 00 (00.0) | 01 (01.3) |

En la Tabla No. 3, se evidencia que de los pacientes que presentaron patología el 98.7% tenían varices linguales y en el 1.3% restante, que corresponde a un paciente, presentaba eritroplasia. Esta eritroplasia, clínicamente corresponde a una estomatitis por contacto, ya que la misma se caracterizó por un área hiperémica bien delimitada, en la mucosa en contacto con la prótesis.

DISCUSION DE RESULTADOS

Al analizar la Tabla No. 1, se evidencia que la mayoría de los ancianos investigados se encuentran comprendidos entre los sesenta y setenta años. Del número total de ancianos, el 42.2% son del sexo masculino y 57.8% del sexo femenino.

En la Tabla No. 2 es evidente que en la mayoría de ancianos (87.7%), presentan algún tipo de patología oral de tejido blando, existiendo una predilección por el sexo femenino con respecto al masculino, 52.2% contra 35.5%.

Tomando en consideración lo acotado en la revisión bibliográfica es de esperarse que en este grupo de personas se de una gran variedad de patologías orales, considerando que la vejez conlleva a cambios estructurales, anatómicos y fisiológicos en los tejidos. Es de esperarse también, que en los pacientes que tienen aparato protésico se presenten mayor número de patologías, ya que el uso de este aunado a la mala higiene predispone a determinadas enfermedades.

Al analizar la tabla No. 3 es evidente que en el sexo masculino la única patología que se logró identificar fue la presencia de vórices linguales, constituyendo el 40.5% de la

patología encontrada. El número de ancianos hombres que presentaron esta enfermedad fue de 32 lo que representa el 84.2% de los mismos.

En la misma tabla se logra determinar que las vrices linguales son también la lesión predominante encontrada en las ancianas mujeres estudiadas, representando el 58.2% de la patología encontrada. El número pacientes del sexo femenino que presentaron esta enfermedad fue de 46, lo que constituye el 88.5% de las mujeres.

La otra patología que se diagnosticó en las ancianas fue un único caso de eritroplasia, que clínicamente correspondió a estomatitis por contacto, siendo el 1.3% de la patología encontrada. A pesar de que un 16.8% de los ancianos estudiados utilizan algún tipo de aparato protésico, la presencia de enfermedad asociada a los mismos es baja, situación que la explicamos por el hecho de que estos ancianos tienen a su disposición una clínica odontológica y programas de higiene oral. Al considerar únicamente el número de pacientes con prótesis dental (8), el caso de estomatitis por contacto representa el 12.5%.

Al analizar los datos anteriores es evidente que la única patología que se encontró en la casi generalidad de los pacientes (86.7%) fue vrices linguales, no encontrándose diferencia notoria en relación al sexo. Llama la atención que la incidencia de patología, tanto benigna como maligna, que reporta la literatura es mucho mayor y más variada que la encontrada en este estudio, siendo los ancianos el grupo etario más afectado. Explicamos esta situación por el hecho de que este grupo de ancianos tienen servicios odontológicos, educación en salud y una adecuada nutrición. Otra explicación posible sería el hecho de que la mayoría de informes que se reportan sobre patología oral (exceptuando caries y enfermedad periodontal) se realizan en clínicas donde el paciente consulta por presentar ya la enfermedad, mientras que este grupo no presentaba síntomas de enfermedad oral.

Dado que prácticamente la única patología oral que se encontró fue vrices linguales, no podemos investigar la importancia que los ancianos dan a la enfermedad oral, ya que este padecimiento es asintomático, propio de la edad y es inadvertido por el paciente. Sin embargo, la forma en que la mayoría de ancianos colaboró con el estudio vendría a ser un indicador positivo al respecto.

Se considera que a los ancianos que se encuentran en situación similar a los que estudiamos no se necesita implementarlos a programas odontológicos especiales de detección de patología, se hace especial énfasis de que ellos cuentan con servicios odontológicos continuos.

LIMITACIONES

- Del total de ancianos, 3 rehusaron colaborar con el estudio.
- Es común encontrar cambios en la conducta y capacidad intelectual de los ancianos, pudiéndose en algunas ocasiones obtenerse información únicamente del historial médico del paciente y del examen físico.

CONCLUSIONES

El 87.7% de los pacientes ancianos internados en el Hospital "Hermano Pedro de Bethancourth", presentan patología oral de tejidos blandos.

El 86.7% de los pacientes ancianos internados en el Hospital "Hermano Pedro de Bethancourth" presentaban várices linguales.

El 1.1% de los pacientes ancianos internados en el Hospital "Hermano Pedro de Bethancourth" presentaban eritroplasia, que clínicamente correspondió a estomatitis por contacto, secundaria al uso de prótesis.

RECOMENDACIONES

Hacer énfasis en la necesidad de la promoción de servicios odontológicos continuos, con el fin de detectar las diferentes patologías de tejidos blandos.

Incentivar al cirujano dentista para participar activamente en el campo de la gero-odontología.

BIBLIOGRAFIA:

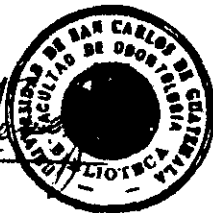
1. Arias de Blois, J. Diagnóstico de la realidad social económica y política de la Población en edad de vejez; aspectos demográficos de la vejez; II Seminario Nacional sobre la vejez. Guatemala. Universidad del Valle, 22-24 de noviembre de 1988. pp 25- 38.
2. Bates, J.F.,D. Adams y G.D. Stafford. Tratamiento odontológico del paciente geriátrico. México, El Manual Moderno, 1986. 171 p.
3. Casado, I. Características Clínicas del Síndrome de Combinación en una Muestra de Pacientes Geriátricos del Centro de Atención Médica Integral Para Pensionados Del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Tesis (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1989. p 90.
4. Clark, J. W. Clinical dentistry, Vol. 1. Cap. 34. "Geriatric dentistry". Philadelphia, Harper & Row, 1986. pp 1-15.
5. Fernández, M. Manual de lecturas de geriatría y gerontología. Puerto Rico, Escuela de Odontología, Recinto de Ciencias Médicas, 1990. pp 116-118.
6. Friedenthal, M. Diccionario Odontológico. Buenos Aires, Interamericana, 1981. 243 p.
7. Girón, M. A. Gerontología y geriatría social. Guatemala, José de Pineda Ibarra, 1982. 159 p.
8. Holm, P. and H. Loe. Geriatric dentistry. St. Louis, Mosby, 1986. 313 p.
9. Las Huellas del Beato Hermano Pedro; en Obras Sociales del Hermano Pedro, Antigua Guatemala, Guatemala. Litografía Santo Domingo, 1992. Antigua Guatemala, Guatemala.
10. López Acevedo C.F. Manual de patología oral. Guatemala, Editorial Universitaria, 1984. 410 p. (Colección Aula No. 16).
11. López Acevedo, C.F. y O.M. España: Patrón de conducta clínica para el diagnóstico de alteraciones del sistema estomatognático. Guatemala, Editorial Universitaria, 1984. 70 p.



12. Marroquín Quiñonez P. Manifestaciones clínicas e histológicas, tratamiento y evolución de pacientes atendidos en la clínica de Medicina Oral del Hospital General San Juan de Dios. Tesis (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1990. p 54.
13. Menéndez, O. y Soto, A. El protocolo en los proyectos de investigación científica. CERON (Caracas Venezuela) 6, (1): 53-58. Abril, 1981.
14. Olavarrueth Castañeda, S. Estado de higiene bucal y hábitos higiénicos del anciano guatemalteco que vive en hogares. Tesis. (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1991. pp 8-16.
15. Orozco Guerra, J. Estado de salud bucal del paciente anciano guatemalteco afectado sistemáticamente que es atendido en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social a nivel del programa de atención médico integral para pensionados. Tesis. (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1991. pp 17-21.
16. Shafer, W. Tratado de patología bucal. 4ta. ed. México, Interamericana, 1987. 820 p.
17. Sieckavizza Rojas, A. Clasificación y prevalencia de lesiones bucales en tejido blando en pacientes atendidos en la clínica de estomatología del Hospital Roosevelt de enero de 1990 a junio de 1991. Tesis. (Cirujano Dentista) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología, 1991. pp 17-28.
18. Tryon, A. Oral health and aging. Littleton, PSG Publishing, 1986. 110 p.
19. Wals, T. Manual de problemas clínicos en medicina geriátrica, con bibliografía comentada. Traducido por: Cristina Sánchez Sainjz-Trapaga. 2da. ed. España, Emalsa, 1986. 413 p.

Vo. Bo.

[Handwritten signature]



ANEXO No. 1

INSTRUMENTO RECOLECTOR

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

EXAMEN DE HISTORIA CLINICA

Nombre:-----

sexo:-----Edad:-----No. de ficha:-----

Historia Clínica:

Examen oral:

Historia Médica:

Existe alteración: SI NO

Descripción de la alteración:

Diagnóstico Inmediato: SI NO

Diagnóstico diferencial:

Diagnóstico final:

Exámenes, pruebas especiales, consultas:

Tipos de exámenes o pruebas:

Resultado:

Comentarios:

ANEXO No.2

INSTRUCTIVO DEL LLENADO DE LA HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Nombre: Se anotó el nombre completo como identificación legal de la persona

Numero de ficha: Se anotó el numero de ficha en forma ordinal para llevar un control de los exámenes que se efectuaron.

Sexo: Se anotó "M" si es masculino y "F" si es femenino.

Edad: Se anotó el número de años cumplidos hasta el día del examen.

Historia clínica: En esta área se describió el relato de la persona sobre la lesión oral que lo afectó. De encontrarse asintomático no se efectuó ninguna anotación.

Examen oral: En esta área se anotó todo lo referente al estado de su cavidad oral, incluyendo si este usara aparato protésico.

Historia Médica: Aquí se evaluó si existía algún dato importante con relación a patología bucal o si existió algún antecedente de tipo médico, familiar, alérgico o medicamentoso. Si tomó, o toma algún tipo de medicamento.

Existe alteración: Si se encontró lesión evidente en la cavidad oral durante el examen, se marcó una "X" sobre la palabra SI, de lo contrario se marcó sobre la palabra NO.

Descripción de la alteración: Se anotaron las características propias de la lesión. Dicha descripción contempló los siguientes aspectos: Apariencia principal, forma o contorno, tamaño, base, color, bordes, superficie, localización, consistencia, movilidad, síntomas y exudados o secreciones. Si a la palpación se encontró alguna lesión, se describieron todos los aspectos posibles de interpretar.

Diagnóstico inmediato: Si al examinar se encontró lesiones con una presentación clínica constante que no requiriera mayor análisis, se anotó sobre la palabra SI, de lo contrario, se anotó sobre la palabra NO.

Diagnóstico diferencial: Se anotaron las lesiones más probables en base a las características clínicas de el hallazgo y de acuerdo a la bibliografía revisada

Diagnóstico final: Se anotó el nombre de la afección presente.

Exámenes, pruebas especiales, consultas: En ningún caso hubo necesidad de procedimientos especiales para confirmar el diagnóstico.

Comentarios: Se anotó cualquier dato importante en relación a los rubros anteriores.

BYRON HIGINIO PORRAS Y PORRAS
SUSTENTANTE

DRA. ANA PATRICIA HERNANDEZ
ASESOR

DRA. ELENA MARIA VASQUEZ DE QUIÑONEZ
COMISION DE TESIS



DR. RICARDO LEON CASTILLO
COMISION DE TESIS

IMPRIMASE: DR. MANUEL DE JESUS ANDRADE BOURDET
SECRETARIO

