



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA**

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS
EN MUCOSA BUCAL DE ADULTOS MAYORES DEL ASILO VÍCTOR
LIRA. AREQUIPA - 2017**

**Tesis presentada por el Bachiller:
DEIVY GOEDY PURUHUAYA CARCAUSTO
para optar el Título Profesional de
Cirujano Dentista**

**AREQUIPA – PERÚ
2017**

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas por permitirme alcanzar esta meta en mi formación profesional. A mi familia, en especial a mis padres, Patricia y Javier, por su apoyo incondicional y su esfuerzo inquebrantable para que pueda cumplir mis metas.

AGRADECIMIENTOS

Al Creador de todo, por guiar cada día mis pasos dándome fuerza y valor para culminar esta etapa en mi vida.

A mi amada familia, por su incondicional apoyo y por ser mi motivo para seguir adelante. En especial a mi madre Patricia por ser el pilar más importante en mi vida.

A los Doctores Xavier Sacca Urday y José Humberto Quispe Huanca por su guía y apoyo.

A los docentes de la Escuela Profesional de Estomatología por sus valiosas y permanentes enseñanzas.

A Anabel Taya Zegarra por creer en mí y enseñarme a creer en mí mismo.

RESUMEN

El envejecimiento, el cual es parte del desarrollo de las personas, conlleva a que en el organismo se produzcan una serie de modificaciones y trastornos, tanto a nivel sistémico como bucal, por esta razón la presente investigación tuvo por objetivo determinar la prevalencia de lesiones blancas y rojas en la mucosa oral del adulto mayor que reside en el Asilo Lira de la ciudad de Arequipa.

El trabajo correspondió al tipo no experimental, pues no se llevó a cabo ninguna intervención, y se ajustó a los diseños investigativos transversal, de campo, prospectivo y descriptivo. Las unidades de estudio estuvieron conformadas por la totalidad de adultos mayores que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la observación clínica y como instrumento de registro de información, se confeccionó una Ficha Clínica de Recolección de Datos. El examen clínico se llevó a cabo de acuerdo a los parámetros establecidos para el diagnóstico de las lesiones motivo de estudio.

Los resultados obtenidos muestran que la prevalencia de lesiones en mucosa bucal, tanto blancas como rojas, fue de 32.5%, sin embargo, la totalidad de las lesiones correspondió a las blancas. Así mismo, el tipo de lesión que más se observó fue la hiperqueratosis focal (38.5%) seguida de la queilitis solar (23.1%). Respecto a la ubicación de las lesiones, estas se observaron tanto en el borde labial (23.1%), paladar duro (23.1%) como en la lengua (23.1%). En la mayoría de los casos (61.5%) las lesiones se presentaron en el maxilar inferior. No se encontró relación estadísticamente significativa entre el sexo y edad de los adultos mayores con la prevalencia de lesiones en la mucosa oral.

Palabras Clave:

Lesiones blancas, lesiones rojas, mucosa oral, adulto mayor.

ABSTRACT

Aging, which is part of the development of people, leads to a series of modifications and disorders, both at the systemic and oral levels, for this reason the present research aimed to determine the prevalence of white lesions and red in the oral mucosa of the older adult residing in the Lira Asylum in the city of Arequipa.

The work corresponded to the non-experimental type, since no intervention was carried out, and it was adjusted to the transversal, field, prospective and descriptive research designs. The study units were made up of the totality of older adults who met the inclusion and exclusion criteria established.

The technique used for data collection was clinical observation and as an instrument for recording information, a Clinical Data Collection Sheet was prepared. The clinical examination was performed according to the parameters established for the diagnosis of the lesion motif study.

The results obtained show that the prevalence of lesions in oral mucosa, both white and red, was 32.5%, however, all of the lesions corresponded to white. The most frequent type of lesion was focal hyperkeratosis (38.5%) followed by solar cheilitis (23.1%). Regarding the location of lesions, these were observed in both the lip border (23.1%), hard palate (23.1%) and tongue (23.1%). In the majority of cases (61.5%), lesions occurred in the lower jaw. No statistically significant relationship was found between the sex and age of the elderly with the prevalence of lesions in the oral mucosa.

Keywords:

White lesions, red lesions, oral mucosa, elderly.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.4.1 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.4.2 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
2.2 BASES TEÓRICAS.....	20
A. TERCERA EDAD.....	20
B. CAVIDAD BUCAL.....	22
C. MUCOSA BUCAL.....	24
D. LESIONES BLANCAS DE LA MUCOSA BUCAL.....	25
E. LESIONES ROJAS DE LA MUCOSA BUCAL.....	47
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	50
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	52
3.1 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS	53
3.2 VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	53
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	56
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO	57
4.2 DISEÑO MUESTRAL.....	57
4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
4.4 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	60

4.5 ASPECTOS ÉTICOS	60
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	61
5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	62
5.2 DISCUSIÓN	80
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	82
FUENTES DE INFORMACIÓN	83
ANEXOS	87
ANEXO 1: CARTA DE PRESENTACIÓN	88
ANEXO 2: CONSTANCIA DE REALIZACIÓN DEL PROYECTO	89
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	90
ANEXO 4: FICHA CLÍNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	91
ANEXO 5: MATRIZ DE CONSISTENCIA DE DATOS.....	93
ANEXO 6: SECUENCIA FOTOGRÁFICA.....	94

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°1: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO	62
TABLA N° 2: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD	64
TABLA N° 3: PREVALENCIA DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES	66
TABLA N° 4: PRESENTACIÓN DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES	68
TABLA N° 5: TIPO DE LESIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES	70
TABLA N° 6: UBICACIÓN DE LAS LESIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES.....	72
TABLA N° 7: MAXILAR AFECTADO POR LESIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES	74
TABLA N° 8: RELACIÓN ENTRE SEXO Y PREVALENCIA DE LESIONES EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES	76
TABLA N° 9: RELACIÓN ENTRE EDAD Y PREVALENCIA DE LESIONES EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES	78

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICA N° 1: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO	63
GRÁFICA N° 2: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD	65
GRÁFICA N° 3: PREVALENCIA DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES	67
GRÁFICA N° 4: PRESENTACIÓN DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES	69
GRÁFICA N° 5: TIPO DE LESIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES	71
GRÁFICA N° 6: UBICACIÓN DE LAS LESIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES.....	73
GRÁFICA N° 7: MAXILAR AFECTADO POR LESIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES	75
GRÁFICA N° 8: RELACIÓN ENTRE SEXO Y PREVALENCIA DE LESIONES EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES	77
GRÁFICA N° 9: RELACIÓN ENTRE EDAD Y PREVALENCIA DE LESIONES EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES	79

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

A lo largo de los años, la expectativa de vida de la población peruana ha ido en incremento debido a las innovaciones médicas y tecnológicas, para el año 2021, fecha del bicentenario de la independencia nacional, se estima que la proporción de adultos mayores se incremente a 11,2%. Los expertos predicen un aumento sustancial y continuado del grupo de edad de 85 años o más. Los índices de crecimiento justifican cada vez más el que los facultativos dispongan de mecanismos fiables que les permitan tomar las decisiones clínicas oportunas en este tipo de pacientes (1).

Numerosos estudios sobre la fisiología en el envejecimiento confirman que la principal característica de la senescencia es el deterioro de los numerosos procesos reguladores que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas de la ergonomía, siendo por lo tanto más vulnerables, este envejecimiento acarrea consigo modificaciones inevitables e irreversibles en el organismo humano, tales como la reducción de la flexibilidad de los tejidos, pérdida de células nerviosas, endurecimiento de vasos sanguíneos y disminución del tono muscular. La mucosa bucal no está exenta a estas modificaciones, las cuales la hacen más vulnerable a contraer diferentes patologías (2,3).

Existen aspectos distintivos de la patología en el adulto mayor: la presentación atípica de la enfermedad, pérdida de la independencia funcional, elevada prevalencia de pluripatologías y la polifarmacia que obligan a un planteamiento diagnóstico y terapéutico de la enfermedad diferente y distinto al del joven. Es muy frecuente que existan actitudes negativas hacia las personas mayores. En los profesionales, probablemente sea un reflejo de la sensación de impotencia que sienten cuando se les pide que respondan a las complejas necesidades de los pacientes ancianos, a lo que se añade, la inquietud del enfrentamiento a la realidad del envejecimiento. Es necesario rebatir y superar todas las

concepciones erróneas y prejuicios que existen en relación con el envejecimiento (3).

Clásicamente, se ha considerado que con la edad, la mucosa bucal sufre un grado variable de atrofia, se vuelve un poco más delgada, lisa y seca, adquiere un aspecto satinado, y menos elástica, siendo más susceptible a los factores irritativos. Se produce un aplanamiento o adelgazamiento de las células epiteliales, una disminución de la queratinización y alteraciones en la morfología de la unión conectivo-epitelial, en el sentido de presentar una arquitectura menos papilar, atrofia del tejido conectivo con pérdida de elasticidad. Los cambios que presenta la mucosa oral en relación con el envejecimiento son difíciles de valorar debido a su amplitud. Con la edad la mucosa oral experimenta modificaciones similares a los que afectan a la mucosa de otras partes del organismo, pero factores locales adquiridos a lo largo de la vida (dieta, hábitos como el tabaco y alcohol, prótesis, etc.), pueden influir en dichos cambios, provocando alteraciones en la mucosa (4).

En la mayoría de los textos y literatura científica existentes, que tratan sobre lesiones blancas y rojas presentes en la cavidad oral, los datos recopilados y frecuencias halladas están dadas en países en los cuales los habitantes no tienen los mismos hábitos que nuestra población, ni están sometidos a los mismos factores existentes en nuestro medio (4).

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de lesiones blancas y rojas en la mucosa bucal de adultos mayores del asilo Víctor Lira Arequipa 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Determinar la prevalencia de lesiones blancas y rojas en mucosa bucal del adulto mayor.
- Determinar los tipos de lesiones blancas y rojas en la mucosa bucal del adulto mayor.
- Establecer la ubicación y maxilar afectado por las lesiones blancas y rojas en la mucosa bucal del adulto mayor.
- Relacionar sexo y edad con la prevalencia de lesiones blancas y rojas en la mucosa bucal del adulto mayor.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

En la actualidad el crecimiento de la población adulta mayor acrecentará el número de consultas de la práctica estomatológica en las próximas décadas, siendo también de interés odontológico el conocer más y mejor los cambios y modificaciones que sufre la mucosa bucal de los adultos mayores, y que muchas veces coexisten con otras alteraciones y/o lesiones. La presente investigación permite conocer la prevalencia de estas lesiones en los pacientes adultos mayores del Asilo Víctor Lira.

El diagnóstico oportuno de dichas lesiones permitirá brindar una atención adecuada, la cual, en conjunto a un tratamiento y monitoreo constante erradicará y/o evitará su desarrollo, ya que en algunos casos estas pueden evolucionar a patologías malignas, poniendo en riesgo la vida del paciente.

Los resultados obtenidos pueden servir como un precedente a tener en cuenta para futuras investigaciones ya que contendrá información y evidencia sobre la prevalencia de lesiones en la mucosa bucal en

pacientes adultos mayores. Asimismo, busca identificar los diferentes tipos de lesiones blancas y rojas que se presentan en las personas de esta edad y la posibilidad de coexistencia de ambas. También puede servir como datos estadísticos para el servicio de odontología del asilo en mención.

1.4.2 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación es viable puesto que se cuenta con los recursos necesarios para su ejecución como se muestra a continuación.

A. HUMANOS:

INVESTIGADOR : Bach. Deivy Goedy Puruhuaya Carcausto

ASESOR : Mg. José Humberto Quispe Huanca

B. FINANCIEROS:

La investigación será financiada por el investigador.

C. MATERIALES E INSTRUMENTALES:

Se utilizarán los siguientes recursos materiales:

- Equipo de esterilización
 - Estufa de calor seco
- Instrumental quirúrgico
 - Espejos bucales planos
 - Pinzas para algodón
 - Riñonera
- Material para la recolección de datos
 - Mascarillas descartables
 - Guantes descartables
 - Bajalenguas
 - Algodonera
 - Algodón
 - Tacho portadesperdicios

- Material fotográfico
 - Cámara fotográfica
- Otros
 - Papel higiénico
 - Papel toalla
 - Archivador para el almacenamiento de los registros clínicos y consentimientos informados
 - Calculadora

D. INSTITUCIONALES:

- Universidad Alas Peruanas-Filial Arequipa.
- Asilo Víctor Lira

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- No se pudo evaluar a todos los adultos mayores del asilo porque no se tenía permitido el acceso a todas las áreas.
- No todos los adultos mayores aceptaron participar en el estudio.
- Algunos adultos mayores no brindaban la información necesaria y tampoco facilitaban el examen clínico.
- El tiempo asignado para la evaluación fue corto ya que debían de realizar otras actividades programadas.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

López Jornet P.; Saura Ingless A.; Cozar Fernández A. ESTUDIO DE LAS LESIONES PRECANCEROSAS DE LA MUCOSA BUCAL EN EL PACIENTE GERIÁTRICO. (España). La prevalencia del cáncer oral es significativamente más alta en el grupo de población adulta. La edad cronológica (estilo de vida, tabaco, etc.) puede tener una fuerte influencia en el cáncer bucal. Desdichadamente a pesar del fácil acceso a la exploración clínica de la cavidad bucal, muchos cánceres bucales son diagnosticados en estadios avanzados ensombreciendo el pronóstico. (5)

González Ramos, Rosa María; Herrera López, Isis Bárbara; Osorio Núñez, Maritza; Madrazo Ordaz, Deysi. PRINCIPALES LESIONES BUCALES Y FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN POBLACIÓN MAYOR DE 60 AÑOS. (Cuba). Se efectuó un estudio descriptivo en la población mayor de 60 años del área de salud de la Policlínica Moncada, que recibieron atención en la Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez", Ciudad de La Habana, durante el año 2006, se estudiaron 352 ancianos. Se obtuvo que el 60,7 % de los ancianos presentaron factores de riesgo, como: la ingestión de alimentos condimentados y calientes en un 83,4 %, el hábito de fumar en un 82,1 % seguido del uso de prótesis y el alcoholismo, ambos con 72,4 %. El sexo masculino fue el más afectado en un 58,2 %, el factor de riesgo fue la ingestión de alcohol en un 75,7 %. En las mujeres el uso de prótesis que predominó con un 73,3 %, seguido del hábito de fumar; la edad más afectada fue la de más de 80 años en un 41,7 %. El 48,5 % presentaban lesiones, el épulis fisurado fue el más representativo en un 39,1 %, la estomatitis subprotésica con un 35,6 %. La localización anatómica encontrada con mayor afectación fue el paladar duro, encía inferior y mucosa del carrillo. Se evidenció la falta de calidad de las actividades de educación para la salud. (6)

Mallo Pérez Luciano; Rodríguez Baciero Gerardo; Lafuente Urdinguio Pedro. LESIONES ORALES PRECANCEROSAS EN LOS ANCIANOS (España). En la población anciana española institucionalizada, la prevalencia de leucoplasias fue de 2,8%, siendo más frecuente entre los varones (3,1%) que entre las mujeres (2,6%). El intervalo etario en el que la frecuencia de leucoplasias fue mayor fue el de 90-94 años y el que mostró menor prevalencia fue el de 65-69 años. Las leucoplasias parecieron más prevalentes ente la población con prótesis, sobre todo en aquellas en la arcada mandibular. La presencia de liquen plano de la mucosa bucal no fue muy prevalente, ya que solamente lo detectamos en el 1,1% de los ancianos institucionalizados en España. El diagnóstico clínico de eritroplasias fue excepcional (0,4%). (7)

B. ANTECEDENTES NACIONALES

Quintanilla Peñafiel, Fernando. FRECUENCIA Y ASPECTO CLÍNICO DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS EN MUCOSA BUCAL DE ADULTOS MAYORES, AMBOS SEXOS. HOGAR GERIÁTRICO – TACNA 2004 (Tacna). Mediante los exámenes realizados se encontró que de 100 pacientes el 59% (59 pacientes) presentaron lesiones blancas y/o rojas en la mucosa bucal de los cuales 25 ancianos pertenecen al sexo masculino y 34 ancianas pertenecen al sexo femenino, distribuidos en cuatro grupos etarios 60 -69, 70 -79, 80 - 89 y 90 a más años. Mediante los exámenes realizados se encontraron 25 casos de Hiperqueratosis Benigna, siendo la mayor frecuencia con 17.72% y el sexo mayormente afectado fue el masculino entre los 60 – 69 años. Las lesiones que se encontraron en la mucosa bucal de los pacientes del Hogar Geriátrico San Pedro de Tacna, fueron: Hiperqueratosis Benigna con 31.65% (25 casos), Leucoplasia con 7.59% (6 casos), Liquen Plano con 21.52% (17 casos), Gránulos de Fordyce con 7.59% (6 casos), Lengua Velloso con 10.13% (8 casos), Candidiasis con 3.80% (3 casos) y Máculas con 17.72% (14 casos), respectivamente. (3)

Guevara Zambrano, Neil Ayrton. PREVALENCIA DE LESIONES EN LA MUCOSA ORAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DEL PERÚ DURANTE EL PERIODO 2001-2016 (Lima). Los resultados mostraron una prevalencia de 10.5% de lesiones en mucosa oral, se registraron un total de 14 diferentes tipos de lesiones. La lesión más prevalente fue la mácula melanótica con 25%, seguido de la úlcera traumática con 20% y la hiperqueratosis friccional con 15%. Las lesiones fueron más prevalentes en varones con una relación varón: mujer de 1.6:1, y fueron más frecuentes en pacientes adultos mayores con 15.6%. (4)

Gutierrez Apaza, Juan de Dios. NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CÁNCER EN LA CAVIDAD BUCAL POR PARTE DEL CIRUJANO DENTISTA DE LA CIUDAD DE PUNO, 2016 (Puno). De los Cirujanos Dentistas participantes El 36.4% tuvo nivel de conocimientos deficiente; el 45.5% tuvo nivel de conocimientos regular y el 18.2% de la población tuvo nivel de conocimientos eficiente. En el área de diagnóstico fue donde los participantes tuvieron un puntaje deficiente en mayor porcentaje y en todas las demás áreas primó el nivel de conocimiento regular y mientras que el nivel de conocimiento eficiente se encontró en todas las áreas con mínimo porcentaje. (8)

C. ANTECEDENTES LOCALES

Hernani Reinoso, Steward Orathio. NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE CÁNCER BUCAL EN ODONTÓLOGOS DEL CERCADO DE AREQUIPA – 2015. (Arequipa). Este estudio investigativo halló un claro déficit en el conocimiento sobre el cáncer bucal entre los odontólogos del cercado de Arequipa y recalca la necesidad de elevar el nivel de la educación impartida sobre el cáncer bucal por el bien de la población que acude a la consulta odontológica. (9)

2.2 BASES TEÓRICAS

A. TERCERA EDAD.

Según Orosa Fraix “la llamada adultez mayor, también conocida con los términos de vejez, tercera edad o tardía, ha sido abordada en la literatura de manera aislada o como fase de involución y no como una auténtica etapa del desarrollo humano. Se ubica alrededor de los 60 años, asociada al evento de la jubilación laboral. Incluso hoy comienza a hablarse de una cuarta edad para referirse a las personas que pasan de los 80 años” esta misma autora señala que “hasta hoy en día los autores estudiosos de la edad los incluyen a todos como adultos mayores o ancianos, indistintamente, y comienzan a separarlos más bien en estudios demográficos o por proyectos específicos de trabajo”. (2)

Rocabruno refiere que el proceso de envejecimiento “, no es un proceso de causa única, sino el resultado de una compleja asociación de interacciones y modificaciones estructurales y funcionales entre lo biológico, lo psicológico y lo socio–ambiental, es decir, entre lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco”. (10)

Se puede entender la vejez, como el conjunto de cambios biológicos, psicológicos y sociales, normal e inherente a todo individuo, que deja huella a nivel físico y en el comportamiento de cada uno, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el medio, y que repercute en el sistema social y económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo. (11)

Desde el ámbito de las investigaciones varios han sido los autores que han incursionado en el tema, incluso algunos desde enfoques clásicos de la Psicología del Desarrollo: biologicista, sociogenetista, y psicogenética. Según la OMS se puede considerar que la vejez será el periodo que abarca, el último periodo de la vida, y que comienza a los 60 años; esta definición ofrece un criterio cronológico- vital, pero deja de lado aspectos

inherentes al proceso que culmina en la vejez. Actualmente se habla cada vez más de cuatro generaciones: (11)

- Jóvenes
- Adultos
- Tercera edad – activos (de los 60 hasta los 75/80 años)
- Cuarta edad – pasivos (más de 80 años)

Como consenso utilizaremos la definición de tercera edad que nace en la Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en Viena, en 1985, donde se acordó que a partir de los 60 años de edad las personas son consideradas como ancianos o adultos mayores. Entre los cambios que se producen en el tejido epitelial relacionados con el envejecimiento encontramos: (12)

- Atrofia de la epidermis, de las glándulas sudoríparas y folículos pilosos.
- Cambios pigmentarios.
- Hiperqueratosis epidérmica.
- Degeneración del colágeno y de las fibras elásticas.
- Esclerosis arteriolar.
- Reducción de la grasa subcutánea.
- Atrofia de las mucosas.
- Degeneración neuronal (las papilas gustativas se reducen en un 64% a la edad de 75 años).
- Atrofia y pérdida de la elasticidad en los músculos y cartílagos laríngeos.

Por su parte, Lazarus menciona que a medida que las personas envejecen, la posibilidad de que se produzcan pérdidas funcionales son cada vez más grandes. Las personas de la tercera edad, temen perder su buen funcionamiento mental y físico, y esto puede agudizarse si la persona presenta depresión e impotencia, ya que los mismos generan la pérdida del control de sus propios cuerpos. Estos problemas muchas veces generan que los ancianos se aíslen y se sientan inútiles haciendo que su vida sea

cada vez más complicada. El deterioro que se presenta tanto físico como mental, hace que la persona reduzca sus grupos sociales y emocionales, posibilitando así la depresión y que las enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona. (13)

El envejecimiento es en sí mismo un proceso cuya calidad está directamente relacionada con la forma como la persona satisface sus necesidades a través de todo su ciclo vital. Bienestar se ha identificado con desarrollo económico, con la riqueza familiar o individual, con el nivel de vida, con el estado de salud, con la longevidad individual, con la calidad y cantidad de los servicios médicos, con los ingresos o salarios con la satisfacción de necesidades y deseos y con la existencia de la llamada felicidad, elementos todos que individual o conjuntamente pueden ser sentimientos transitorios y que se traducen en calidad de vida como expresión del bienestar. (14)

B. CAVIDAD BUCAL.

Cavidad irregular situada entre el macizo óseo facial superior y la mandíbula, la boca no solo representa el segmento inicial del tubo digestivo sino que es, además, el sitio del sentido del gusto. También desempeña un papel importante en la fonación y articulación de los sonidos. Comunica hacia adelante con el medio externo mediante los labios; hacia atrás está abierta plenamente a la faringe con la que comunica por un orificio libre que recibe el nombre de istmo de las fauces. (15)

Según lo reseñado por Cortesen: “la boca, además de alojar la materialidad de los órganos, es un escenario de representación para un sujeto.... interroga las prácticas discursivas fundamentadas en las Ciencias Naturales y en las Ciencias Sociales, como la médica y la psicoanalítica; prácticas que han interpretado de diferente manera la relación del sujeto con su enfermedad y que aportan elementos para entender la importancia

del viraje de la mirada médica a la escucha analítica; el tránsito del órgano al cuerpo, del signo al síntoma, del pedido a la demanda”. (16)

Para Carlos Botazzo, en su obra “el nacimiento de la Odontología” en el prefacio hace referencia a la boca, con los órganos bucales vinculados a diferentes actividades: como al lenguaje, al placer y a la subsistencia, y esas tres esferas componen el trabajo propio de ellos que es, en cierto sentido, el consumo del mundo. Además para él “la boca no aparece como un órgano más, sino que establece un territorio, con la cual desarrollamos múltiples funciones como actividades todas ellas sociales e inmersas en una cultura, porque con ella hablamos, masticamos, deglutimos, comemos, salivamos, degustamos los alimentos a través del gusto y la conformación del bolo alimenticio, deglutimos e iniciamos la digestión, besamos, gozamos placenteramente y de una manera no solo sensual sino sexual. La boca como elemento simbólico de mediación entre las diferentes relaciones hombre-mundo. Por muchas de estas funciones se garantiza la supervivencia y la conservación del hombre, la producción simbólica en el plano cultural y emocional y el erotismo en la psique humana. Todos estos actos conviven en un mismo espacio o territorio: la boca”. (16)

Está recubierta en su totalidad por una mucosa, la mucosa bucal que se continúa hacia atrás con la faríngea, la boca está limitada: (3)

- Hacia adelante, por los labios y la región labial;
- Lateralmente por los elementos de la región geniana;
- Hacia arriba por la bóveda del paladar que la separa de las fosas nasales, prolongada en la parte posterior por el velo del paladar cuyos pilares anteriores y posteriores circunscriben lateralmente la región amigdalina antes de ir a implantarse hacia abajo en la pared faríngea.
- Hacia abajo por el músculo milohioideo, constituyente principal del piso de boca, que separa a está de la región suprahioidea.
- Hacia atrás se encuentra el itsmo de las fauces, vasto orificio oval con su eje mayor vertical, que tiene por borde superior el borde libre del

velo del paladar, lateralmente los pilares del velo y la amígdala y, hacia abajo, la base de la lengua.

Por razón de las terminaciones nerviosas sensitivas de la mucosa oral, casi todas las enfermedades que afectan a la cavidad bucal no relacionada con los dientes se presentan con dolor. Las alteraciones que afectan a la mucosa presentan ulceración, vesículas y cambios de color. (17)

- Ulceraciones: son frecuentes en alergias, infecciones, traumatismos y algunas neoplasias.
- Vesículas: características de algunas infecciones (herpes virus), patologías inmunitarias (pénfigo vulgar, eritema multiforme).
- Masas: pueden ser sólidas o quísticas en cualquier parte de la boca.

Las estructuras anatómicas que rodean la cavidad oral están cubiertas por una membrana formada por epitelio estratificado. El epitelio sirve de cubierta para el tejido blando oral y también de barrera para el paso de factores patógenos externos. El epitelio plano estratificado puede tener una capa superficial de ortoqueratina, de paraqueratina o no estar queratinizado. Según la localización intraoral concreta, el espesor total también será variable. Por ejemplo, el epitelio del paladar duro es normalmente grueso, con una capa superficial de ortoqueratina, mientras que el paladar blando es delgado, con una capa externa no queratinizada. Es esencial conocer detalladamente las características microscópicas normales del epitelio en las diversas localizaciones intraorales cuando el tejido se estudia al microscopio con el fin de detectar la presencia de hallazgos anormales. (18)

C. MUCOSA BUCAL.

La mucosa bucal normalmente muestra una amplia variedad de colores rosados, que van del rosa oscuro (rojizo) al rosa muy pálido (casi blanco). La mucosa masticatoria sana (sobre el paladar duro, las encías y la superficie dorsal de la lengua) tiene un color rosado claro. Estas superficies están expuestas a fuerzas y presión masticatoria y se han adaptado: 1) Una capa protectora de queratina y 2) Tejido conectivo subepitelial

densamente fibroso, relativamente avascular y firmemente unido al hueso o al músculo. (19)

Por el contrario la mucosa de revestimiento (mucosa oral sobre el vestíbulo, mejillas, labios, suelo de boca y superficie ventral de la lengua) queda protegida de esos intensos estímulos mecánicos y químicos, por lo que en esta zona no se produce una modificación tisular similar. Por tanto, el color de los vasos subyacentes se transmite a través del tejido más transparente que los cubre, dotando a la superficie de un color más rojizo, en comparación con el color rosado claro de la mucosa masticatoria. (3)

Es fácil observar variaciones individuales en el color de la mucosa oral que constituyen probablemente la expresión de uno o varios factores controlados genéticamente; es decir, algunas personas forman queratina con facilidad con estímulos mínimos, mientras que otras requieren estímulos importantes para producir una mínima queratinización. Además, el tono rosado depende también de la concentración de hemoglobina del paciente; por ejemplo, los pacientes con policitemia tendrán mucosas más rojas que los que sufren anemia. (3)

D. LESIONES BLANCAS DE LA MUCOSA BUCAL.

- **Leucoedema.**

El leucoedema es una opacificación generalizada de la mucosa bucal que puede considerarse como una variante de la normal. Se observa en la mayoría de la población. (16)

Hasta la fecha se desconoce la causa del leucoedema. Los intentos para implicar factores como el tabaquismo, ingestión de alcohol, infección bacteriana, enfermedades salivales e interacción electroquímica no han tenido éxito. Sin embargo, algunos estudios indican una posible relación con falta de higiene bucal y patrones de masticación anormal. (16)

Características clínicas: El leucoedema se descubre en general como un dato incidental. Es asintomático, de distribución simétrica y aparece sobre la mucosa de la boca. Presenta aspecto de una superficie

membranosa blanca grisácea, o lechosa, y difusa. En los casos más pronunciados se puede observar una capa blanquecina con cambios de textura en la superficie, incluyendo arrugas o pliegues. Al estirar la mucosa bucal, se disipa el color opaco, excepto en los casos más avanzados. Con mayor frecuencia se observa en personas que no son de raza blanca, especialmente afroamericanos. (17)

Diagnóstico diferencial: La leucoplaquia, nevo esponjoso blanco, disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria y la respuesta a mordedura crónica de la mejilla pueden evidenciar una semejanza clínica con el leucoedema. El espesor total de estas lesiones, su persistencia durante el estiramiento y sus rasgos microscópicos típicos ayudan a diferenciarlas del leucoedema. (17)

- **Nevo esponjoso blanco.**

El nevo esponjoso blanco es una enfermedad autosómica dominante causada al parecer por mutaciones de la queratina. Daña la mucosa bucal de ambos lados y no requiere tratamiento. (17)

Características clínicas: Se presenta como una lesión asintomática, intensamente plegada, de color blanco o gris que puede afectar varios sitios de la mucosa. Las lesiones tienden a ser algo gruesas y poseen consistencia esponjosa. En la boca suele identificarse como una lesión bilateral y simétrica y por lo general aparece desde los primeros años de vida, casi siempre antes de la pubertad. Las manifestaciones clínicas típicas de esta forma particular de queratosis se observan mejor sobre la mucosa bucal, aunque otras áreas como la lengua, en especial a lo largo de sus bordes laterales, y la mucosa vestibular también pueden ser afectadas. Pese a que la enfermedad respeta habitualmente la mucosa conjuntival, puede detectarse un grado variable de afección en las mucosas esofágica, anal, vulvar y vaginal. (18)

Diagnóstico diferencial. El diagnóstico diferencial incluye disqueratosis epitelial benigna hereditaria, paquioniquia congénita, liquen plano y

mordedura en la cara interna de la mejilla. Una vez confirmado el diagnóstico tisular, es innecesaria la biopsia adicional. (17)

- **Disqueratosis intraepitelial benigna**

La disqueratosis intraepitelial benigna, también conocida como enfermedad de Witkop, es una rara afección hereditaria autosómica dominante de naturaleza muy penetrante. Esta anomalía se observó en una mezcla trirracial aislada de raza blanca, india y afroamericana. (17)

Características clínicas: Es un síndrome temprano (por lo regular se inicia antes del primer año de vida). En la conjuntiva bulbar se depositan placas espumosas gelatinosas que representan lesiones oculares homóloga de las observadas en la mucosa bucal. Las lesiones bucales consisten en pliegues blancos, blandos y asintomáticos y placas de mucosa esponjosa. Las áreas típicas afectadas incluyen las mucosas bucal y labial y las comisuras labiales así como el piso de la boca y las superficies laterales de la lengua, encías y paladar. El dorso de la lengua casi nunca es dañado. Las anomalías bucales se detectan antes del primer año de vida y su intensidad aumenta de manera gradual hasta la mitad de la adolescencia. Las áreas afectadas a lo largo de la línea de oclusión suelen estar maceradas, lo cual incrementa aún más la textura vellosa de la superficie. En algunos pacientes las anomalías oculares pueden variar según sea la estación del año. Otras personas se quejan de fotofobia, particularmente en los primeros años de vida. Se ha comunicado ceguera secundaria a vascularización corneal. En otros más ocurre desprendimiento espontáneo de las placas conjuntivales en relación con la estación del año. (17)

Diagnóstico diferencial: Los signos bucales de la DIHB son muy similares a los del nevo esponjoso blanco. Para establecer un diagnóstico se requiere un historial preciso y biopsia. También pueden considerarse paquioniquia congénita y el liquen plano hipertrófico en el

diagnóstico clínico diferencial. Sin embargo en la paquioniquia congénita están presentes los cambios distintivos en las uñas de los dedos de los pies y manos, engrosamiento extremo a lo largo del borde libre de la uña. Además, se pueden advertir defectos en los dientes, queilitis angular, queratosis folicular y disqueratosis corneal. En el liquen plano no hay un patrón hereditario evidente y los datos microscópicos son distintivos. Los cambios de las uñas en el liquen plano se relacionan con la destrucción del pliegue ungular. No hay alteraciones oculares en esta afección. (17)

- **Queratosis folicular.**

La queratosis folicular es un trastorno genético transmitido con una modalidad hereditaria autosómica dominante. En series extensas de 200 consanguíneos, la probabilidad de que un hijo desarrolle la enfermedad fue de 50%, con distribución igual entre los sexos. Muchos casos también aparecen de manera esporádica o como nuevas mutaciones. Aunque la causa de la queratosis folicular está bien establecida, los conceptos relacionados con su patogenia son menos claros. (19)

Características clínicas: El inicio de esta enfermedad casi siempre se nota en la infancia o adolescencia. Las manifestaciones dermatológicas se distinguen por lesiones papulares pequeñas del mismo color de la piel, distribuidas simétricamente sobre cara, tronco y entre los pliegues cutáneos. Con el tiempo las papulas confluyen y muestran consistencia grasosa debido a la excesiva producción de queratina. Las áreas donde confluyen las pápulas forman después placas con prolongaciones vegetantes o verrucosas y tendencia a infectarse y desprender mal olor. Las lesiones también suelen aparecer en un solo lado o siguiendo un patrón similar al zoster. No es raro el engrosamiento de las palmas de las manos y plantas de los pies por exceso de tejido queratósico. En el dorso de las manos las lesiones son similares a verrugas o verrugas planas y acroqueratosis

verruciformes. Las alteraciones de las uñas de la mano pueden incluir fragilidad, hemorragias subungulares y queratosis subungular. Las anomalías de las uñas pueden ser útiles para establecer el diagnóstico. (19)

En esta enfermedad la afección bucal está bien establecida. La extensión de las lesiones bucales es paralela a la extensión de la afección cutánea. Los sitios predilectos en la mucosa bucal son las regiones queratinizadas, como la gingiva maxilar y el paladar duro, aunque se ha comunicado afección en casi todos los sitios de la boca. En el caso típico, las anomalías aparecen como pápulas blanquecinas y pequeñas que provocan un aspecto general de guijarros. Las pápulas varían de 2 a 3mm de diámetro y pueden confluir. Pueden extenderse más allá de la cavidad bucal en la bucofaringe y faringe. (17)

Diagnóstico diferencial: Cuando la queratosis folicular afecta la mucosa bucal puede mostrar cierto parecido clínico con dos enfermedades raras: disqueratosis congénita y acantosis nigricans. Otras afecciones que deben excluirse de la queratosis folicular son el condiloma acuminado y la estomatitis nicotínica. En el examen microscópico debe incluirse la enfermedad de Hailey- Hailey en el diagnóstico diferencial. (19)

- **Hiperqueratosis focal.**

La hiperqueratosis focal es una lesión blanca clasificada a menudo bajo el término clínico general de leucoplaquia. Sin embargo, puesto que en esta lesión existe una relación evidente causa-efecto. El frotamiento crónico o la fricción contra una superficie de la mucosa bucal pueden causar una lesión blanca hiperqueratósica presuntamente protectora análoga a los callos de la piel. (17)

Características clínicas: La hiperqueratosis inducida por fricción se observa en áreas donde es común el traumatismo, como labios, bordes laterales de la lengua, mucosa bucal a lo largo de la línea de oclusión y bordes edéntulos. La mordedura continua de la cara interna de labios o

mejilla puede provocar opacificación de la región afectada. Las mordeduras sobre un borde alveolar edéntulo producen el mismo efecto. (17)

Diagnóstico: El expediente clínico y examen físico elaborados de manera cuidadosa deben indicar la naturaleza de esta lesión.

Si el examinador confía en una causa traumática, con base en datos clínicos, no se requiere biopsia. Empero, debe solicitarse a los pacientes que interrumpan el hábito causante de la lesión; ésta se resolverá con el tiempo o al menos reducirá su intensidad, lo cual confirma el diagnóstico clínico. La resolución de la lesión también permite descubrir cualquier lesión subyacente no relacionada con traumatismo. (17)

- **Lesiones blancas relacionadas con tabaco no fumado.**

El consumo del tabaco no fumado se relaciona con presiones sociales y mayor publicidad en los medios, cuyo objetivo es hacer atractivo el consumo de tabaco no fumado o la aspiración de rapé. Además, los fumadores empedernidos o quienes desean abandonar el hábito de fumar pueden desplazarse hacia este hábito. Los resultados clínicos de exponerse durante mucho tiempo al tabaco no fumado incluyen desarrollo de placas blancas en la mucosa bucal, dependencia, alteración de los sentidos del gusto y el olfato, incremento de la enfermedad periodontal y abrasión dental significativa. (20)

Características clínicas: las lesiones blancas de la mucosa bucal vinculadas con tabaco no fumado se desarrollan en el área inmediata a donde suele colocarse el tabaco. El área afectada con mayor frecuencia es el pliegue mucobucal de la mandíbula, en la región de los incisivos o molares. El epitelio alterado presenta un aspecto de granular o rugoso. En casos avanzados como se puede reconocer un plegamiento intenso característico. Con menor frecuencia se puede mezclar un componente de eritroplaquia o eritema con el componente queratósico blanco. Las anomalías son indoloras y asintomáticas y su

descubrimiento casi siempre es incidental en un examen rutinario de la boca. (20)

Diagnóstico diferencial: los cuadros clínicos de la queratosis focal y la leucoplaquia idiopática son similares al de esta enfermedad. Los datos del historial ayudan a excluirlas. En sus primeras fases de desarrollo, las lesiones causadas por tabaco aspirado o masticado evidencian características difusas y membranosas, parecidas al leucoedema, si bien en este la alteración es bilateral y simétrica. En el nevo esponjoso blanco, las alteraciones de la superficie muestran un carácter similar al de las lesiones relacionadas con la aspiración de rapé; sin embargo, la distribución bilateral y más general de las lesiones del nevo esponjoso blanco distingue a los dos procesos.(20)

- **Estomatitis nicotínica.**

Esta es una forma común de queratosis relacionada con tabaco. La estomatitis nicotínica suele relacionarse con el hábito de fumar puro o pipa y existe una correlación positiva entre la gravedad de la enfermedad y la intensidad del hábito de fumar. La importancia del efecto tóxico directo del humo se puede reconocer en casos en los cuales el paladar duro está cubierto por una prótesis removible; como resultado, la mucosa situada debajo del dispositivo es respetada y la hiperqueratosis solo se detecta en las áreas expuestas. La combinación de los carcinógenos del tabaco y la temperatura elevada es aún más dañina cuando se fuma al revés, lo que añade un riesgo significativo para la conversión maligna. (21)

Características clínicas: al principio, la mucosa del paladar experimenta una reacción de tipo eritematoso y por último con mayor queratinización. Después de la opacificación o queratinización de la superficie, aparecen puntos rojos rodeados por anillos queratósicos blancos. Los puntos representan inflamación de conductos excretores de la glándula salival. (21)

- **Queilitis solar.**

La queilitis solar o actínica presenta una degeneración acelerada del tejido del borde rojo labial, en particular labio inferior, como consecuencia de la exposición regular y prolongada a la luz solar. Esta situación particular se presenta casi de manera exclusiva en personas caucásicas y muestra prevalencia especial en aquellos con piel blanca. Se relaciona íntimamente con exposición total acumulada a la luz solar e intensidad de la pigmentación de la piel. (22)

La longitud de onda de la luz que más interviene como agente causante de queilitis actínica y, en general, de otras enfermedades degenerativas de la piel relacionada con procesos actínicos, oscila en el intervalo de 2900 a 3200 nm (UVB). Esta energía radiante no solo afecta el epitelio sino también el tejido conectivo de apoyo. (22)

Características clínicas: la porción afectada del borde rojo labial adquiere un aspecto atrófico, de color gris pálido a plateado, y pulido, por lo regular con fisuras y arrugas en ángulo recto con la unión cutánea y el borde rojo del labio. En casos avanzados la unión es irregular o está totalmente borrada, con un grado de epidermización evidente del borde rojo labial. Se identifican áreas moteadas de hiperpigmentación y queratosis y también descamación superficial, grietas, erosiones, ulceración y costras. (22)

- **Leucoplaquia idiopática.**

Leucoplaquia es un término clínico para indicar un parche o placa blanca de la mucosa bucal que no se desprende por raspado ni posee signos clínicos de alguna afección conocida. Esta definición excluye anomalías que pueden ser diagnósticas de cuadros clínicos, como liquen plano, candidiasis, leucoedema y nevo esponjoso blanco. Las leucoplaquias pueden tener aspecto clínico similar, pero en el examen microscópico revelan un grado considerable de heterogeneidad, la ausencia de toda connotación histológica específica para leucoplaquia es un factor importante en el esfuerzo de eliminar en parte la confusión

anterior acerca de este término. Puesto que el aspecto microscópico de las leucoplaquias puede variar desde la hiperqueratosis benigna hasta el carcinoma invasivo de células escamosas, es imperativo practicar biopsia para establecer un diagnóstico definitivo. Debe notarse que las lesiones premalignas no siempre son de color blanco y las leucoplaquias persistentes no son habitualmente premalignas o malignas. (23)

Muchos casos de leucoplaquia guardan relación etiológica con el consumo de tabaco, fumado o utilizado de otra manera, y pueden involucionar cuando se interrumpe dicho consumo. Sin embargo, el punto donde el proceso se torna irreversible ya no es definible en términos de la duración del uso del tabaco, formas empleadas de consumirlo o cuadro clínico. Otros factores como el abuso de alcohol, traumatismo e infección por *Candida albicans* pueden desempeñar un papel en la desaparición de la leucoplaquia. También se atribuye importancia a factores nutricionales, en especial los relacionados a factores nutricionales, en especial los relacionados con anemia por déficit de hierro y desarrollo de disfagia sideropénica. (17)

Sin duda algunas leucoplaquias evolucionan hacia carcinoma bucal de células escamosas. Las tasas de transformación varían de manera considerable de un estudio a otro, tal vez por los hábitos culturales vinculados con el consumo de tabaco, al menos en parte.

Características clínicas: La leucoplaquia es un padecimiento que afecta a poblaciones de edad mediana y avanzada; casi todos los casos se presentan después de los 40 años de edad. Con el tiempo también se ha observado un cambio en la predilección por sexo, con una incidencia ahora casi igual de leucoplaquia debido al cambio de los hábitos de fumar de la mujer. (23)

Los sitios donde predomina la lesión se han modificado a través de los años. La lengua fue en un tiempo el sitio común de leucoplaquia, pero esta región ha cedido su lugar a las mucosas mandibular y bucal, que en la actualidad explican casi la mitad de las leucoplaquias. El paladar,

borde maxilar y labio inferior son atacados con frecuencia un poco menor; el piso de boca y los puntos retromolares son los menos dañados, en términos comparativos.

A simple vista, la leucoplaquia puede variar desde un tejido poco notable, con ligero aspecto blanquecino sobre una base de apariencia normal sin inflamación, hasta una lesión de color blanco definido, gruesa, correosa, fisurada o verrucosa. En algunas leucoplaquias también pueden identificar zonas rojas, lo que da lugar al término leucoplaquia moteada. A la palpación, algunas malformaciones pueden ser blandas, homogéneas o de textura finamente granular. Otras pueden ser rugosas, nodulares o induradas. (17)

Diagnóstico diferencial: El primer paso para establecer el diagnóstico diferencial de una placa blanca en la mucosa bucal es determinar si la anomalía puede desprenderse con una gasa. Si puede removerse se trata de una seudomembrana, colonia de hongos o residuos. Si hay evidencia de enfermedad en ambos lados de la mucosa bucal deben incluirse en el diagnóstico diferencial trastornos hereditarios, mordedura de la mejilla, liquen plano y lupus es eritematoso. Las lesiones cutáneas concomitantes confieren mayor peso a las dos últimas afecciones citadas; si el historial del paciente revela traumatismo crónico o uso de tabaco, debe considerarse hiperqueratosis friccional o relacionada con tabaco. Eliminando la causa sospechosa se debe producir cierta mejoría clínica. También deben incluirse leucoplaquia pilosa y lengua geográfica en el diagnóstico diferencial de la leucoplaquia lingual. (17)

Si la anormalidad en cuestión no puede retirarse y no es clínicamente diagnóstica, entonces se la clasifica como idiopática y la biopsia es imperativa. En alteraciones extensas pueden requerirse múltiples biopsias para evitar errores en la muestra. Siempre deben incluirse las áreas clínicamente más sospechosas en la biopsia planeada. (17)

- **Leucoplaquia pilosa.**

En 1981 se describió por primera vez una rara lesión blanca a lo largo de los bordes laterales de la lengua, de manera predominante en hombres homosexuales. La evidencia indica que esa forma particular de leucoplaquia, conocida como leucoplaquia pilosa, representa una infección oportunista relacionada con la presencia del virus de Epstein-Barr que se encuentra casi de manera exclusiva en individuos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). Su prevalencia en esta población es aproximadamente 20% y puede incrementarse hasta en 80% en personas con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Es importante el hecho de que esta afección se haya relacionado con el desarrollo subsecuente o concomitante de las características clínicas y de laboratorio del sida hasta en 80% de los casos. Existe una correlación positiva con el agotamiento de células CD-4 periféricas. También se han descrito algunas otras enfermedades bucales que presentan mayor frecuencia de la esperada en pacientes con sida. En un pequeño porcentaje de casos se ha confirmado el diagnóstico de leucoplaquia pilosa en individuos con otras formas de inmunosupresión, en particular las relacionadas con trasplante de órganos. Se sabe de unos cuantos casos en sujetos aparentemente inmunocompetentes. (24)

Se ha probado la presencia de EBV en esta lesión y también en el epitelio normal de pacientes con sida. EN la leucoplaquia pilosa las partículas virales se localiza en el núcleo y el citoplasma de las células epiteliales de la boca; los estudios hibridación de DNA confirman la presencia del genoma (EBV). Otros estudios indican que este virus particular se reproduce en las anomalías bucales de leucoplaquia pilosa. Aún no se comprende porque la superficie lateral de la lengua es el sitio predilecto. (24)

Características clínicas: La leucoplaquia pilosa se presenta como lesión blanca bien delimitada con estructura variable, desde una lesión plana similar a una placa hasta prolongaciones papilares o filiformes como

cabellos. Puede ser unilateral o bilateral. Es prácticamente todos los casos comunicados se localizan a lo largo de los bordes laterales de la lengua con extensión ocasional a la superficie dorsal de la lengua. Es infrecuente que la leucoplaquia pilosa aparezca sobre la mucosa bucal, el piso de la boca o el paladar. No se han reconocido alteraciones en la mucosa vaginal o anal. (17)

En general no hay síntomas relacionados, pero una súper infección con *C. albicans* puede llamar la atención sobre la presencia de esta afección. En casos más graves, cuando todo el dorso de la lengua está afectado por el proceso, el propio paciente puede identificar la lesión y solicitar atención dental. (17)

Diagnóstico diferencial: En el diagnóstico clínico diferencial de la leucoplaquia pilosa se incluyen la leucoplaquia idiopática, más común, hiperqueratosis friccional y leucoplaquia relacionada con consumo de tabaco. Otras entidades que también pueden considerarse son liquen plano. Lupus eritematoso, candidiasis hiperplásica crónica y tal vez la reacción queratósica que acompaña a las interacciones electroquímicas. (17)

- **Lengua pilosa.**

La lengua vellosa suele ocurrir en la parte central del dorso de la lengua, en una posición anterior a las papilas circunvaladas, aunque a veces toda la superficie dorsal puede estar afectada. (25) La decoloración suele acompañar la lengua vellosa, pudiendo ser amarilla, marrón o negra. (26) Aparte de la apariencia, esta condición es generalmente asintomática, aunque algunas personas pueden experimentar una sensación de atragantamiento o mal sabor. También puede estar asociada a una halitosis intra-oral. (17)

Lengua pilosa es un término descriptivo e inespecífico para referirse en la clínica a una enfermedad que aparece sobre la superficie dorsal de la lengua. Aunque la lengua pilosa es por lo general idiopática, existe un gran número de factores precipitantes o propicios. Los antibióticos

de amplio espectro, como la penicilina y los corticoesteroides sistémicos suelen identificarse en el expediente clínico de personas con este padecimiento. Además, los enjuagues bucales oxigenantes que contienen peróxido de hidrogeno, perborato de sodio y peróxido de carbamida también se cita como posibles factores desencadenantes de esta lesión. Algunas veces se reconoce la lengua pilosa en fumadores empedernidos y sujetos sometidos a radioterapia de cabeza y cuello por proceso maligno. Se cree que el problema básico se relaciona con la alteración de la flora microbiana y crecimiento excesivo de los hongos y bacterias cromógenas presentes. No obstante, todos los intentos para cultivar e identificar estos microorganismos no han arrojado resultados consistentes. (27)

Características clínicas: las alteraciones clínicas acompañan a la hiperplasia de las papilas filiformes, con retraso concomitante de la tasa normal de descamación. Como resultado se genera una superficie mate gruesa que atrapa bacterias, hongos, desperdicios celulares y material extraño. Un examen cuidadoso permite identificar papilas filiformes individuales alargadas, algunas de las cuales alcanzan hasta varios milímetros de largo. Los síntomas son habitualmente mínimos pero si el alargamiento papilar es excesivo se puede percibir sensación de náuseas o cosquilleo. De acuerdo con la dieta, higiene bucal y composición de las bacterias alojadas en la superficie papilar, el color puede variar desde blanco hasta canela y marrón intenso o negro. (17)

Diagnóstico: Puesto que los rasgos clínicos de esta lesión son muy característicos, no es necesario confirmarla por biopsia. Los estudios citológicos o el cultivo tienen escaso valor. (17)

- **Lengua geográfica.**

La lengua geográfica, también conocida como eritema migrante y glositis migratoria benigna, es una enfermedad de causa desconocida. Se han propuesto varias hipótesis que vinculan este trastorno con el estrés emocional o la infección por hongos o bacterias. La lengua

geográfica acompaña, tal vez de manera coincidental, a varias enfermedades diferentes, entre ellas psoriasis, dermatitis seborreica, síndrome de Reiter y atopia. En apoyo de esta última, se ha notado una diferencia significativa en la prevalencia de esta enfermedad en sujetos atópicos que padecen asma intrínseca y rinitis y la prevalencia en individuos con reacción cutánea negativa a diferentes alérgenos. Los antígenos HLA-B-15 muestran una relación más frecuente con pacientes atópicos que sufren lengua geográfica. (17)

Características clínicas: Esta afección se caracteriza al principio por la presencia de áreas pequeñas, circulares o irregulares de desqueratinización y descamación de papilas filiformes. Las regiones descamadas aparecen rojas y algo dolorosas. Los márgenes prominentes que rodean las zonas rojas son de color blanco o blanco amarillento y a menudo poseen un patrón circinado. Cuando la enfermedad se observa durante unos días o semanas, se advierten cambios característicos del patrón de distribución y al parecer se desplaza hacia el dorso de la lengua. Conforma un área sana, el proceso se extiende a las áreas adyacentes. Existe una correlación clínica positiva entre lengua geográfica y lengua plegada o fisurada; se desconoce el significado de esta relación aunque los síntomas pueden ser más comunes en presencia de lengua fisurada, presuntamente por infección micótica secundaria. (28)

Se han descrito casos raros de alteraciones similares en la mucosa del piso de la boca, mucosa bucal y gingiva. Las anomalías son atróficas, rojas, con bordes queratósicos blancos y similares a sus homólogas linguales. (28)

Prácticamente todos los individuos con lengua geográfica son asintomáticos. Empero, algunas veces los pacientes se quejan de irritación o dolor, sobre todo en relación con el consumo de alimentos condimentados con especias y bebidas alcohólicas. La gravedad de los síntomas varía con el tiempo y con frecuencia indica actividad intensa

de las lesiones. Las anomalías pueden desaparecer y recurrir de manera cíclica sin razón aparente. (28)

Diagnóstico diferencial: El aspecto clínico de la lengua geográfica es por lo general diagnóstico. Sólo raras veces se requiere biopsia para un diagnóstico definitivo. En casos dudosos deben incluirse en el diagnóstico clínico diferencial candidiasis, leucoplaquia, liquen plano y lupus eritematoso. (17)

- **Liquen plano.**

El liquen plano se define, según Shklar y Mc Carthy, como una enfermedad inflamatoria de la piel y membranas mucosas siendo necesario para el diagnóstico el estudio clínico-patológico (29). El carácter crónico a brotes y la pápula blanquecina de la piel y de la mucosa oral, como lesión elemental, ya fueron descritos por Erasmus Wilson en 1869. El desorden inmunológico que subyace en esta enfermedad así como su inclusión dentro de los trastornos autoinmunes han sido descritos más recientemente (30). Desde los años 50 se vienen describiendo series de casos de liquen plano oral (LPO) relacionados con cáncer; sin embargo esta relación ha sido cuestionada (17)

El liquen plano es una afección mucocutánea crónica relativamente común y de causa desconocida. Wilson lo describió por primera vez desde un punto de vista clínico en 1869 y Dubreuilh en 1896 a nivel histológico. Surge en la mucosa bucal como lesión blanca bilateral típica, en ocasiones acompañada de ulcera. La importancia de esta enfermedad se debe a su frecuencia relativa, similitud eventual con otros trastornos de las mucosas, capacidad ocasional de provocar dolor y posible relación con malignidad. (17)

Pese a que se desconoce el factor etiológico del liquen plano, se lo considera un proceso mediado por vía inmunológica que en el examen microscópico hace pensar en una reacción de hipersensibilidad. (17)

Características clínicas: El liquen plano es una enfermedad de la edad mediana que afecta a hombres y mujeres en proporción casi igual. Los niños raras veces son atacados. La gravedad de la afección suele ser paralela al grado de estrés del individuo. Se ha sugerido una relación entre liquen plano e infecciones por hepatitis C; aparentemente no hay relación entre liquen plano e hipertensión o diabetes mellitus, como se propuso antes. (17)

Se han descrito varios tipos de liquen plano en la cavidad bucal. El tipo habitual es la forma reticular, caracterizada por abundantes líneas o estrías queratósicas blancas y entrelazadas que crean un patrón anular o en forma de encaje. La mucosa bucal es el sitio afectado con mayor frecuencia. Aunque las estrías adoptan un patrón simétrico típico en la mucosa bucal, también se pueden observar sobre la lengua y, menos a menudo, sobre encías y labios. Casi cualquier tejido mucoso puede experimentar manifestaciones de liquen plano. Esta forma de la enfermedad aparece con síntomas clínicos mínimos y se descubre por lo regular de manera incidental.

El aspecto clínico de la forma en placa del liquen plano se asemeja a la leucoplaquia, pero evidencia una distribución multifocal. Estas placas varían desde algo elevadas hasta planas y lisas. Los sitios primarios de esta variante son el dorso de la lengua y la mucosa bucal. (17)

La forma atrófica del liquen plano se manifiesta como placas rojas con estrías blancas muy finas. Se puede observar junto con las modalidades reticular o erosiva. La proporción entre áreas queratinizadas y atróficas varía de una región a otra. En la gingiva fija, afectada frecuentemente en esta forma del liquen plano, se reconoce una distribución en placas, regularmente en los cuatro cuadrantes. En ocasiones los pacientes se quejan de ardor, hiperestesia y malestar generalizado. (17)

En la forma erosiva, la región central de la anomalía se presenta ulcerada. Una placa fibrinosa o pseudomembrana cubre la úlcera. El proceso es más bien dinámico, con patrones variables de afección

observados de una semana a otra. El examen cuidadoso identifica estrías queratósicas en la periferia del sitio erosionado y eritema.

Una forma rara vez vista del liquen plano es la variante bulosa. Las bullas o vesículas varían desde unos cuantos milímetros hasta centímetros de diámetro. Dichas bullas tienen una duración breve y al romperse dejan una superficie ulcerada sumamente molesta. Las lesiones casi siempre aparecen sobre la mucosa bucal, particularmente en las regiones posterior e inferior adyacentes a los molares segundo y tercero. Las anomalías son menores sobre la lengua, gingiva y borde interno de los labios. En esta variante de liquen plano deben identificarse regiones reticulares o estrías queratósicas. (17)

En la piel el liquen plano es distinguible por la presencia de pápulas pequeñas, violáceas, poligonales y aplanadas sobre las superficies flexoras. Otras variedades clínicas son la forma hipertrófica, atrófica, bellosa, folicular y lineal. Casi 20 a 60% de los individuos con liquen plano en la boca padece anomalías cutáneas. Aunque las alteraciones bucales son más constantes en el tiempo, se ha observado que las anomalías cutáneas correspondientes avanzan y retroceden. (17)

Diagnóstico diferencial: Otras enfermedades que se expresan con anomalías bilaterales multifocales y que deben de incluirse en un diagnóstico clínico diferencial son las reacciones liquenoides a fármacos, lupus eritematoso, mordedura de la mejilla, enfermedad de injerto contra huésped y candidiasis. La leucoplaquia idiopática y el carcinoma de células escamosas pueden considerarse si las lesiones semejan placas. (17)

El liquen plano erosivo o atrófico que daña la encía fija debe diferenciarse del penfigoide cicatrizal, lupus eritematoso crónico, hipersensibilidad por contacto y candidiasis crónica. (17)

- **Esfacelo relacionado con dentífricos.**

Es un fenómeno relativamente común que se relaciona con el uso de diversas marcas de pasta dental. Se cree que es una quemadura

química superficial o reacción a un componente del dentífrico, quizá detergente o compuestos saborizantes. En la clínica se presenta como un esfacelo blanquecino superficial de la mucosa bucal; es común que el sujeto lo describa como una descamación bucal. La enfermedad es indolora y no se sabe que evolucione de alguna manera significativa. El problema se resuelve cambiando la pasta dental por otra más blanda. (31)

- **Candidiasis.**

La candidiasis incluyen un grupo de enfermedades mucocutáneas vinculadas con un agente etiológico común del genero Candida de hongos. Es la infección micótica más común de la boca, aunque es difícil determinar la tasa de frecuencia, dada la prevalencia del organismo causal en una gran proporción de la población. (32) La relación entre estado de comensal y patogenia es compleja y se basa en factores locales en algunos casos y factores sistémicos en otros. Las manifestaciones bucales pueden ser agudas o crónicas con diferentes grados de intensidad. Se ha formulado un gran número de sistemas de clasificación, lo cual indica la complejidad de esta enfermedad, sus múltiples modos de presentación clínica y su interrelación con factores locales y sistémicos. Además, se ha publicado una relación entre un subconjunto conocido como leucoplaquia por Candida y el carcinoma de células escamosas. (32)

- **Quemaduras en la mucosa.**

La forma más común de quemadura superficial de la mucosa bucal se relaciona con aplicación tópica de sustancias químicas, como ácido acetil salicílico o agentes cáusticos. El abuso de fármacos tópicos, aplicación accidental por un dentista de soluciones blanqueadoras con ácido fosfórico o gel o bien el uso continuo o excesivo de enjuagues bucales que contengan alcohol pueden provocar efectos similares. (33)

Características clínicas: En casos de exposición breve a agentes capaces de inducir necrosis tisular puede aparecer un eritema leve localizado. A medida que aumenta la concentración del agente agresor y el tiempo de contacto, crece la probabilidad que ocurra necrosis coagulativa superficial y, como resultado, esfacelo blanco o membrana. Por debajo de la membrana se encuentra la superficie friable y dolorosa, que sangra con facilidad durante la manipulación. Mediante tracción delicada, el esfacelo superficial se desprende del tejido conectivo desnudo causando la hipersensibilidad y dolor considerables. (17)

Con frecuencia se observa quemaduras térmicas sobre la mucosa del paladar duro y en general se relacionan con alimentos calientes y viscosos. Es más probable que los líquidos calientes causen quemaduras en la lengua o paladar blando. Estas lesiones casi siempre son eritematosas y no blancas, como ocurre en las quemaduras químicas. (33)

Otra forma de quemadura potencialmente muy grave es la quemadura eléctrica. Los niños en particular quienes muerden cables cargados de electricidad sufren una quemadura inicial muy característica a menudo simétrica. El resultado de estos accidentes es un daño tisular significativo que habitualmente va seguido por cicatriz y reducción del tamaño de la abertura bucal. La superficie de estas lesiones tiende a caracterizarse por esfacelo grueso que se extiende sobre la profundidad del tejido conectivo circundante.

Diagnóstico diferencial: El elemento fundamental para establecer el diagnóstico de quemadura en la mucosa es la elaboración de un historial preciso y también la identificación del agente capaz de causar daño tisular. Uno de los agentes implicados con mayor frecuencia como causa de esfacelo localizado en la mucosa es el ácido acetil salicílico, empleado como tratamiento tópico para dolor dental. (33)

Sin antecedentes de uso de sustancia química como probable causa de la quemadura o la ingestión de alimento muy caliente, se deben

incluir en el diagnóstico diferencial exudado fibrinoso sobre granuloma piógeno ulcerado o pseudomembrana acompañada de gingivitis ulcerativa necrosante aguda o lesiones similares a noma.(33)

- **Fibrosis submucosa.**

Varios factores contribuyen a la aparición de la fibrosis submucosa, incluida la nutrición general o las deficiencias vitamínicas y la hipersensibilidad a varios elementos constitutivos de la dieta. El factor primario es al parecer el mascado crónico y frecuente de nuez de areca. Desde la perspectiva dietética, la exposición crónica a chiles picantes o la deficiencia crónica y prolongada de hierro y vitaminas del complejo B, en especial ácido fólico, dañan la mucosa bucal. Esta alteración incrementa el riesgo o la hipersensibilidad a muchos irritantes potenciales, como especias y tabaco, y genera una reacción inflamatoria concomitante y fibrótica. (34)

Características clínicas: Las personas afectadas suelen encontrarse en el grupo de edad de 20 a 40 años, aunque la enfermedad también se puede observar en individuos más jóvenes y más viejos.

La fibrosis bucal submucosa se presenta como una lesión blanco-amarillenta con curso biológico insidioso crónico. Es típica en la cavidad bucal, pero en ocasiones se extiende a la faringe y al esófago. La fibrosis submucosa puede ir precedida o acompañada de formación de vesículas. Con el tiempo, la mucosa lesionada, en especial el paladar blando y la mucosa bucal, pierden su plasticidad y elasticidad con el trismo resultante y dificultad considerable para comer. El proceso se inicia en la lámina propia y avanza hasta la musculatura subyacente. (34)

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico clínico diferencial de la fibrosis submucosa incluye un número relativamente pequeño de entidades. La fibrosis subepitelial relacionada con radiación y la cicatrización mucosa secundaria a quemaduras térmicas o químicas pueden producir características clínicas similares. (17)

- **Tejido linfoide ectópico.**

Se puede encontrar tejido linfoide ectópico en un gran número de sitios de la boca. En condiciones normales, se presenta en el borde posterolateral de la lengua, donde se conoce como tonsila lingual. Los agregados de tejido linfoide se observan comúnmente en el paladar blando, piso de la boca y pilares tonsilares aunque también pueden presentarse en otros sitios. (35)

El aspecto clínico del tejido linfoide es de color amarillo o blanco amarillento y suele producir pequeñas elevaciones en forma de domo. El tejido no parece inflamado y el paciente no se percata de su presencia. Las crestas de tejido linfoide pueden obstruirse y causar dilatación quística del área. Estas lesiones pueden por lo tanto denominarse quistes linfoepiteliales. No obstante, en un sentido estricto, se cree que los quistes linfoepiteliales se derivan de una transformación quística de epitelio atrapado desde el desarrollo embrionario en el tejido linfoide. (17)

Por lo general, el tejido linfoide puede identificarse a partir solamente de sus rasgos clínicos. No se requiere biopsia puesto que en realidad es tejido normal. (35)

- **Quistes gingivales.**

Los quistes gingivales de origen odontógeno se presentan en adultos y también en lactantes. En estos últimos, la frecuencia relativa es más alta en la fase neonatal y a la edad de tres meses ya es raro detectar estos quistes. Su presencia en el periodo neonatal y la edad adulta indica que la mayor parte involuciona de manera espontánea o se rompe y sufre exfoliación. Es común emplear epónimos como sinónimos de quistes gingivales, aunque estas denominaciones originalmente fueron utilizadas para referirse a quistes neonatales diferentes. El término perlas de Epstein se utilizó para designar quistes observados a lo largo de la línea media del paladar que no tenían relación alguna con el aparato formador de los dientes. El término

nódulos de Bohn se refiere a los quistes presentes a lo largo de los bordes alveolares, al parecer relacionados con residuos de glándulas salivales. (36)

Características clínica: El quiste gingival en un recién nacido se presenta como un nódulo blanco o blanco pálido de base ancha y casi 2mm de diámetro. Uno o muchos quistes son evidentes a lo largo de las crestas alveolares. Los quistes de la línea media del paladar, por otra parte, surgen a lo largo del rafe medio del paladar hacia la unión del paladar duro con el blando. La incidencia total se estima en 76%. (17)

Los quistes gingivales del adulto aparecen sobre todo durante los decenios quinto y sexto de la vida. Se presentan con mayor frecuencia en la mandíbula en comparación con la maxila. Existe una gran similitud entre los quistes gingivales del adulto y los quistes laterales periodontales, incluyendo sitio predilecto, edad de aparición, conducta clínica y morfología total. (36)

Los quistes gingivales del adulto son indoloros, bien circunscritos y de crecimiento lento. Las anomalías se desarrollan en la gingiva fija, casi siempre en la papila interdental. Estas anomalías sólo raras veces se encuentran a lo largo de la gingiva lingual. Las regiones premolar y canina de la mandíbula son los sitios favoritos. El epitelio de recubrimiento está intacto y es liso. La lesión puede aparecer con una coloración de blanco amarillento a azul. En casos de duración prolongada y gran tamaño, puede ocurrir una ligera concavidad del hueso de la cresta alveolar subyacente, sobre todo en la región interdental. En estos casos se puede identificar una sutil sombra semilunar translúcida, que indica erosión del borde superior de la cresta alveolar. (36)

- **Páulis.**

Páulis o absceso de la encía es un foco de pus en el tejido conectivo gingival y se deriva de una infección aguda, sea en la base de una

bolsa periodontal ocluida o en el ápex de un diente desvitalizado. Si la vía de menor resistencia conduce a la submucosa gingival se produce un absceso de tejido blando o párulis. La lesión asume la forma de una tumefacción gingival de color amarillo blanquecino con eritema variable. El dolor es típico y, una vez que el pus escapa a la superficie, los síntomas se alivian de manera transitoria. Es necesario tratar la enfermedad subyacente para lograr la resolución del absceso gingival. (37)

- **Lipoma.**

El lipoma es una neoplasia infrecuente en la cavidad bucal que puede aparecer en cualquier región. La mucosa bucal, lengua y piso de boca son algunos de los sitios más comunes. La presentación clínica típica es la de una masa asintomática, submucosa de color amarillo. El epitelio que la cubre se encuentra intacto y los vasos sanguíneos superficiales suele ser evidentes sobre el tumor. En el diagnóstico diferencial pueden incluirse otras lesiones benignas de tejido conectivo, por ejemplo el tumor de células granulares, neurofibroma, fibroma traumático y malformaciones de la glándula salival. (38)

Se ha descrito un gran número de subtipos microscópicos, pero son de interés principalmente académico. Todos estos tipos evidencian adipocitos en diferentes grados de madurez. El lipoma simple habitual consta de una masa lobulada, bien circunscrita, de células adiposas maduras. Las anomalías se deben resear y se espera que no haya recurrencias. (38)

E. LESIONES ROJAS DE LA MUCOSA BUCAL.

- **Eritroplasia.**

Es un término clínico que se refiere a una placa roja sobre la membrana mucosa bucal. No alude a un diagnóstico microscópico particular, pero la biopsia revela que casi todas son displasias graves o carcinomas. Se desconoce la causa de esta anomalía. Sin embargo, se

asume que los factores etiológicos de la eritroplaquia son similares a los que causan cáncer bucal. Por lo tanto, el tabaco tal vez desempeña una función significativa en la inducción de muchas de estas lesiones. El alcohol, defectos nutricionales, irritación crónica y otros factores también pueden contribuir o actuar como modificadores. (37)

Características clínicas: Se identifica mucho más a menudo que su homóloga, la leucoplaquia. No obstante, debe considerarse una lesión más grave debido al porcentaje significativamente más alto de procesos malignos vinculados con ella. La anomalía adopta la forma de una placa roja con márgenes bastante bien definidos. Los sitios de alto riesgo son el piso de boca, la lengua y la mucosa retromolar. Los individuos entre 50 y 70 años de edad son los afectados con mayor frecuencia y no parece haber predilección por sexo. En algunos casos también se pueden reconocer áreas blancas focales que representan queratosis. La eritroplaquia suele ser flexible al tacto, aunque las malformaciones invasivas pueden experimentar cierta induración. (13)

Diagnóstico diferencial: Los rasgos clínicos de la eritroplaquia pueden ser compartidos en ocasiones por otras lesiones rojas diferentes. La candidiasis atrófica produce una lesión de color rojo en la mucosa, aunque por lo general hay síntomas. Un diagnóstico diferencial más extenso debe incluir sarcoma de Kaposi, equimosis, reacción alérgica de contacto, malformación vascular y psoriasis. La biopsia proporciona una respuesta definitiva. (37)

La eritroplasia, también llamada "eritroplaquia", fue un término empleado por primera vez por Queyrat para describir una lesión roja, aterciopelada, situada en el glande del pene de hombres ancianos. Literalmente, el término significa «una mancha o placa roja». El término se usa para describir lesiones mucosas rojas de la cavidad oral que no tienen causa aparente. (38)

La eritroplasia de la boca suele ser una lesión asintomática que aparece principalmente en hombres mayores que fuman cigarrillos.

Puede encontrarse en el suelo de la boca, superficies lateral y ventral de la lengua, paladar blando y mucosa del carrillo.

El término “eritroplasia moteada” se emplea a menudo para describir una lesión principalmente roja, pero que presenta placas blancas focales entremezcladas. Esta lesión debería contemplarse con un alto índice de sospecha dada su alta incidencia de degeneración premaligna o maligna. Al obtener una biopsia de esta lesión deben tomarse muestras de ambas áreas, rojas y blancas. (13)

- **Candidiasis atrófica.**

Esta forma de la enfermedad, causada por el hongo *C. albicans*, se presenta más bien como una lesión eritematosa y no como la lesión habitual de color blanco de la candidiasis. El hongo es un microorganismo intrabucal prevalente que puede obtenerse de la boca, en la mayoría de los individuos normales, para cultivo. Cuando se modifican las condiciones locales o sistémicas a favor del crecimiento del hongo, la *C. albicans* adopta un papel oportunista y desencadena una infección declarada. (39)

Después de la pérdida de las colonias micóticas de color blanco aparece candidiasis atrófica aguda en la superficie de la mucosa. La lesión es rojiza y dolorosa. La candidiasis atrófica crónica también se presenta como una lesión de color rojo y dolorosa, que suele encontrarse bajo una dentadura postiza maxilar o en las comisuras de la boca. (41)

- **Glositis romboidal.**

Alguna vez se pensó que esta entidad era una anomalía congénita relacionada con persistencia de una estructura embrionaria conocida como tubérculo impar en la línea media de la lengua. En la actualidad se cree que es secundaria a una infección crónica por *Candida albicans*. Aún debe establecerse el papel exacto de este hongo en la patogenia de la lesión. (40)

Características clínicas: Surge como una lesión romboide u oval prominente de color rojo en la línea media dorsal de la lengua, justo por delante de las papilas circunvaladas. Las anomalías pueden ser ligeramente dolorosas, aunque en la mayor parte de los casos son asintomáticas. (41)

Diagnóstico: El diagnóstico de glositis romboidal mediana es evidente por su aspecto clínico. Puesto que en este sitio es raro el cáncer bucal, casi nunca se considera el carcinoma de células escamosas en el diagnóstico. (41)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

A. QUERATINA:

La queratina es una proteína con estructura fibrosa, muy rica en azufre, que constituye el componente principal que forman las capas más externas de la epidermis de los vertebrados y de otros órganos derivados del ectodermo, faneras como el pelo, uñas, plumas, cuernos, ranfotecas y pezuñas.

B. SÍNDROME DE WITKOP:

Un síndrome que se caracteriza por la aparición de displasia ungueal y anomalías dentales debido a una mutación en el gen MSX1.

C. VIRUS DE EPSTEIN BARR:

El virus de Epstein-Barr pertenece a la familia de los herpesvirus. Es la mayor causa de la mononucleosis aguda infecciosa, síndrome común caracterizado por fiebre, garganta irritada, fatiga extrema y glándulas linfáticas inflamadas. La infección por el virus de Epstein-Barr se da en todo el mundo.

El VEB infecta a la mayor parte de la gente en algún momento de sus vidas. De esta forma se obtiene una inmunidad adaptativa a través del desarrollo de anticuerpos contra el virus, lo que suele prevenir nuevos

contagios por factores externos. El virus queda latente por el resto de la vida, pudiendo desencadenar nuevas infecciones, reactivándose intermitentemente con o sin síntomas.

D. CORTICOESTEROIDES:

Los corticosteroides o corticoides son una variedad de hormonas del grupo de los esteroides (producida por la corteza de las glándulas suprarrenales) y sus derivados. Los efectos de los corticosteroides pueden dividirse en glucocorticoide y mineralocorticoide.

Los corticosteroides están implicados en una variedad de mecanismos fisiológicos, incluyendo aquellos que regulan la inflamación, el sistema inmunitario, el metabolismo de hidratos de carbono, el catabolismo de proteínas, los niveles electrolíticos en plasma y, por último, los que caracterizan la respuesta frente al estrés.

E. SINDROME DE REITER:

El síndrome de Reiter es una afección sistémica caracterizada por manifestaciones oculares conjuntivitis o uveítis, artritis reactiva y uretritis. La causa exacta de la artritis reactiva no se conoce. Muy comúnmente, este síndrome se presenta en los hombres antes de los 40 años de edad y se puede desarrollar después de una infección por Clamidia, Campilobacter, Salmonella y Yersinia. Asimismo, ciertos genes pueden hacer que la persona sea más propensa al síndrome.

F. ATOPIA:

Carácter hereditario de una persona que presenta reacciones alérgicas con una frecuencia anormalmente elevada.

CAPÍTULO III:
HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA
INVESTIGACIÓN

3.1 FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

Hipótesis principal:

Dado que el envejecimiento es un conjunto de modificaciones y trastornos que sufre el organismo.

Es probable que se puedan encontrar lesiones blancas y rojas en la mucosa oral del adulto mayor del Asilo Víctor Lira.

Hipótesis derivada:

Es probable que no se encuentren lesiones blancas y rojas en la mucosa oral del adulto mayor del Asilo Víctor Lira.

3.2 VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

Variables principales:

- Lesiones blancas.
- Lesiones rojas.

Variables secundarias:

- Sexo.
- Edad.

Definición conceptual:

Lesiones blancas: Las lesiones de color blanco en la mucosa bucal deben su aspecto característico a la dispersión de la luz a través de una superficie mucosa alterada. Estas anomalías pueden ser el resultado del engrosamiento de la capa de queratina, hiperplasia del epitelio en el estrato de Malpighi, edema intracelular de las células epiteliales y disminución de la vascularidad del tejido conectivo subyacente. Las lesiones blancas pueden ser causadas por exudado de fibrina que cubre una úlcera, materiales depositados debajo de la mucosa, residuos en la superficie o colonias de hongos.

Lesiones rojas: Las lesiones de la mucosa bucal pueden aparecer de color rojo por atrofia epitelial, lo que permite que se vean los vasos de la submucosa, como en las alteraciones de la lengua que se observan en la anemia perniciosa. Otra causa de este tipo de lesiones es debido por un aumento real en el número de vasos sanguíneos en la submucosa como los hemangiomas, o bien por la extravasación sanguínea hacia los tejidos blandos como las equimosis o petequias.

Definición operacional de variables principales

Variables	Indicadores	Sub indicadores	Naturaleza	Escala de medición	Tipo
Lesiones blancas	Leucoedema	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Nevo esponjoso blanco	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Disqueratosis benigna epit.	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Queratosis folicular	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Hiperqueratosis focal	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Lesiones por con tabaco no fumado	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Estomatitis nicotínica	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Queilitis solar	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Leucoplaquia idiopática	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual

	Lengua pilosa	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Lengua geográfica	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Lique plano	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Esfacelo rel. Con dentífricos	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Candidiasis	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Quemaduras en la mucosa	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Páruis	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Lipoma	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
Lesiones rojas	Eritroplasia.	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Candidiasis atrófica.	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual
	Glositis romboidal	Presenta No presenta	Cualitativo	Nominal	Individual

Definición operacional de variables secundarias

Variables	Indicadores	Sub indicadores	Naturaleza	Escala de medición	Tipo
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Cualitativo	Nominal	Secundaria
Edad	Fecha de nacimiento	Años	Cuantitativo	Razón	Secundaria

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

A. TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo: No experimental, ya que se recolectaron los datos de los pacientes sin alteraciones por parte del investigador.

B. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

- **De acuerdo a la temporalidad: Es transversal**, ya que la información se recolectó en un momento determinado.
- **De acuerdo al lugar de obtención de los datos: Es de campo**, porque se obtuvieron los datos directamente de los pacientes en las instalaciones del Asilo Víctor Lira.
- **De acuerdo al momento de recolección de datos: Es prospectivo**, ya que los datos fueron obtenidos una vez que el proyecto de investigación fue aprobado.
- **De acuerdo a la finalidad investigativa: Es descriptiva**, dado que la investigación se basó en la observación clínica anamnésica para el diagnóstico de lesiones blancas y rojas.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

Para el presente estudio de investigación se consideraron todos los adultos mayores del Asilo Víctor Lira, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión de elementos para la investigación. El total de la población fue de 100 adultos mayores.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes de 65 a más de edad.
- Pacientes que no hayan recibido tratamiento contra cáncer bucal.
- Aceptación por el paciente de su participación voluntaria a través de un consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes alérgicos al látex de los guantes de examen.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer.
- Pacientes que estén recibiendo tratamiento de antibioticoterapia recurrente.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos o neurológicos, debidamente diagnosticados y en tratamiento.
- Pacientes poco colaboradores.

4.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica

La técnica que se utilizó para la presente investigación fue la Observación clínica.

Instrumentos

Para realizar la presente investigación se confeccionó una Ficha Clínica de recolección de datos, donde se consignó las patologías encontradas (Anexo 1).

Producción y registro de datos

Se solicitó a la escuela profesional de Estomatología un oficio en el cuál se me presentó ante la madre directora del Asilo Lira como bachiller de la facultad, con el fin de obtener el permiso correspondiente para desarrollar

la investigación en sus instalaciones. Después de que la madre superiora del asilo en mención aceptó el oficio se programaron las fechas para examinar a los residentes del citado asilo; teniendo en cuenta las condiciones mínimas respecto a iluminación, ventilación y asepsia.

El día del examen clínico se colocó el material sobre una mesa pequeña para facilitar la evaluación, manteniendo el orden y la asepsia. Se procedió a explicar a los pacientes el motivo de la investigación y el procedimiento a realizar así como, sus riesgos, beneficios y derechos (en grupos pequeños de máximo 10 personas). Al terminar la explicación se procedió al firmado del consentimiento informado. (Ver Anexo 2).

Se realizó el examen clínico oral siguiendo los siguientes pasos:

- Posicionar al paciente para que este cómodo.
- Retirar las prótesis dentales removibles (Si las hubiese).
- Posicionarse por delante del paciente teniendo cuidado de conservar una buena iluminación.
- Realizar la inspección y palpación de:
 - Labios
 - Mucosa labial y surcos
 - Comisuras
 - Mucosa bucal y surco
 - Encías
 - Reborde alveolar
 - Lengua
 - Piso de boca
 - Paladar duro y blando

Se procedió a llenar la ficha clínica de recolección de datos, así mismo, se dio a conocer al paciente los hallazgos de la revisión y el diagnóstico, recomendando (si fuera el caso) un chequeo odontológico

más exhaustivo. El tiempo a emplear no excedió los 10 minutos por paciente. (Ver Anexo 1).

4.4 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La tabulación de los datos se llevó a cabo a través de la elaboración de una matriz de sistematización en una hoja de cálculo Microsoft Excel 2010, la cual nos permitió realizar el procesamiento de la información.

El análisis de los datos se realizó en dos etapas, en la primera, de carácter descriptivo, para las variables cualitativas se halló, frecuencias absolutas (Nº) y frecuencias relativas (%). En la segunda etapa, la cual consistió en demostrar si existe relación o no, entre las variables secundarias con las primarias, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, a un nivel de significancia del 95%. El proceso estadístico se desarrolló con la ayuda del software EPI – INFO versión 6.0.

La presentación de los resultados se hizo a partir de la confección de tablas de simple y doble entrada, asimismo, se elaboraron gráficos de barras.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Los adultos mayores del Asilo Víctor Lira fueron informados convenientemente sobre los derechos que les asisten, en lo que respecta a privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, así como derecho a un trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación. Fueron libres de decidir participar en la investigación voluntariamente mediante el consentimiento informado.

Se aclaró a la Madre Superiora Luz Alva Málara Suarez, que el Asilo Víctor Lira que no recibirá ningún beneficio económico en el desarrollo de la investigación y que no existe costo alguno para participar en el estudio. Finalmente en la presente investigación no se llevó a cabo ningún tipo de procedimiento invasivo respetando el principio de no maleficencia.

CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

TABLA N°1

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO

SEXO	N°	%
Masculino	21	52.5
Femenino	19	47.5
Total	40	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla podemos apreciar el sexo de los adultos mayores del Asilo Víctor Lira motivo de investigación, evidenciándose que la mayoría de ellos (52.5%) correspondieron al sexo masculino, mientras que el resto (47.5%) fueron del femenino.

Si bien es cierto que en nuestra población primaron los adultos mayores de sexo masculino, la diferencia que se evidencian con las mujeres correspondió únicamente a un 5%.

GRÁFICA N° 1

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO

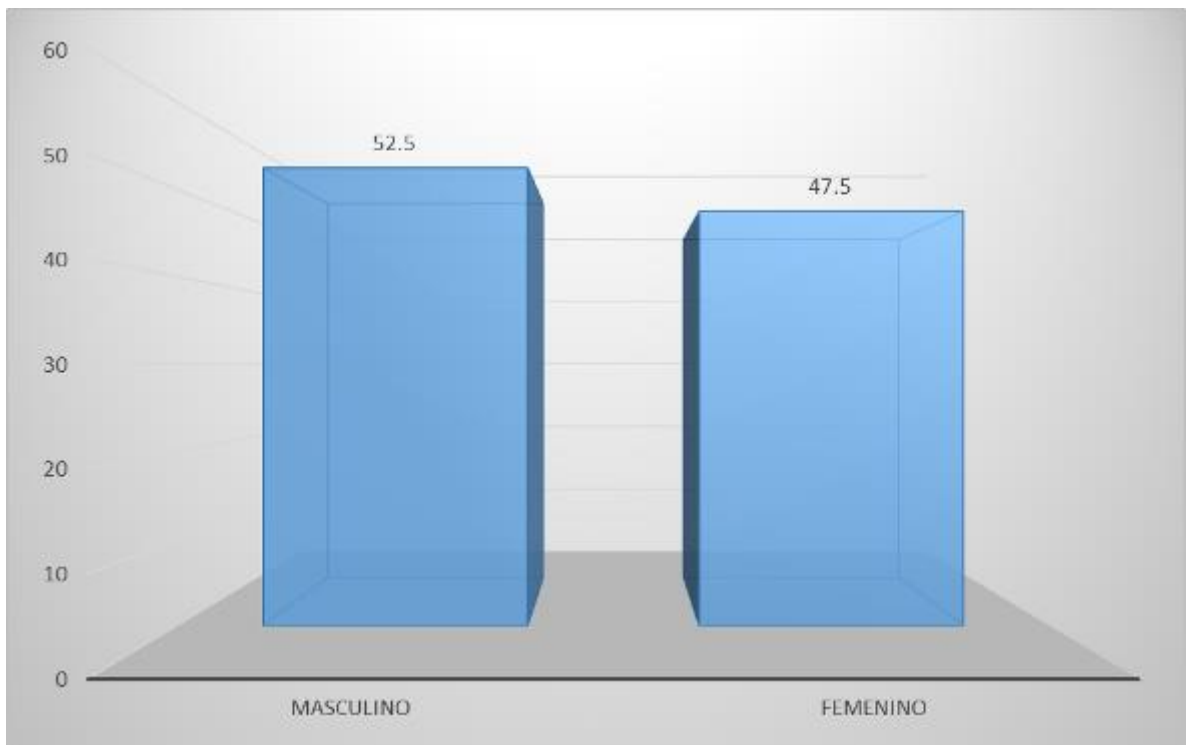


TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LOS ADULTOS
MAYORES SEGÚN EDAD**

EDAD	N°	%
Adulto Mayor Joven (60 a 74 años)	2	5.0
Adulto Mayor Anciano (75 a 90 años)	35	87.5
Adulto Mayor Longevo (91 a más)	3	7.5
Total	40	100.0

Fuente: Matriz de datos (División de edades según OMS)

INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 2 se presenta la edad de los adultos mayores que fueron incluidos en nuestra investigación. Cabe resaltar que los grupos etarios los hemos conformado de acuerdo a los estándares dados por la Organización Mundial de la Salud.

Como se puede apreciar, la gran mayoría de las unidades de estudio (87.5%) fueron los adultos mayores ancianos, es decir, su edad oscilaba entre los 75 a 90 años. En contraste, la minoría de ellos (5.0%) correspondió a los adultos mayores jóvenes, es decir, con edades entre los 60 y 74 años.

GRÁFICA N° 2

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD

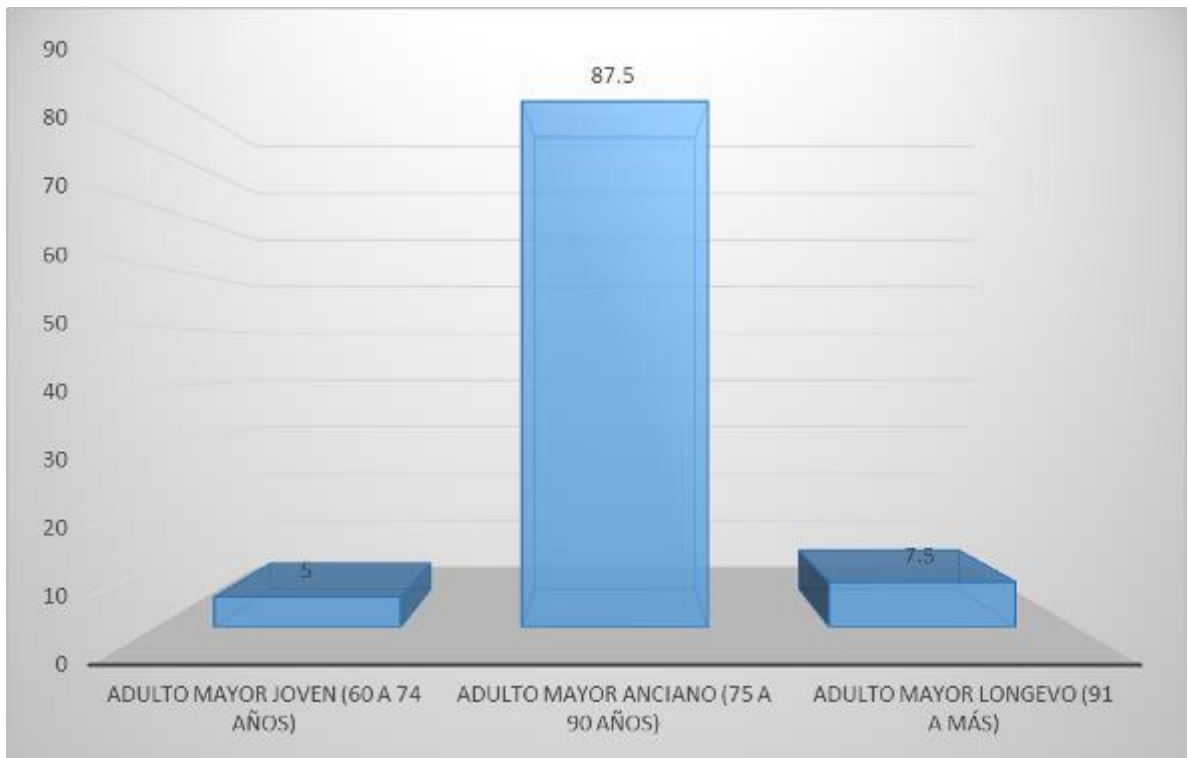


TABLA N° 3

**PREVALENCIA DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS EN MUCOSA BUCAL
DE LOS ADULTOS MAYORES**

LESIONES	N°	%
No presenta	27	67.5
Presenta	13	32.5
Total	40	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla mostramos la prevalencia de las manifestaciones clínicas de lesiones blancas y rojas en adultos mayores evaluados del Asilo Víctor Lira de Arequipa, como se puede apreciar, la frecuencia de presentación de estas lesiones fue de 32.5%, es decir, la mayoría de los adultos mayores no presentaron ninguna manifestación en su cavidad oral de algún tipo de lesión.

GRÁFICA N° 3

PREVALENCIA DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES

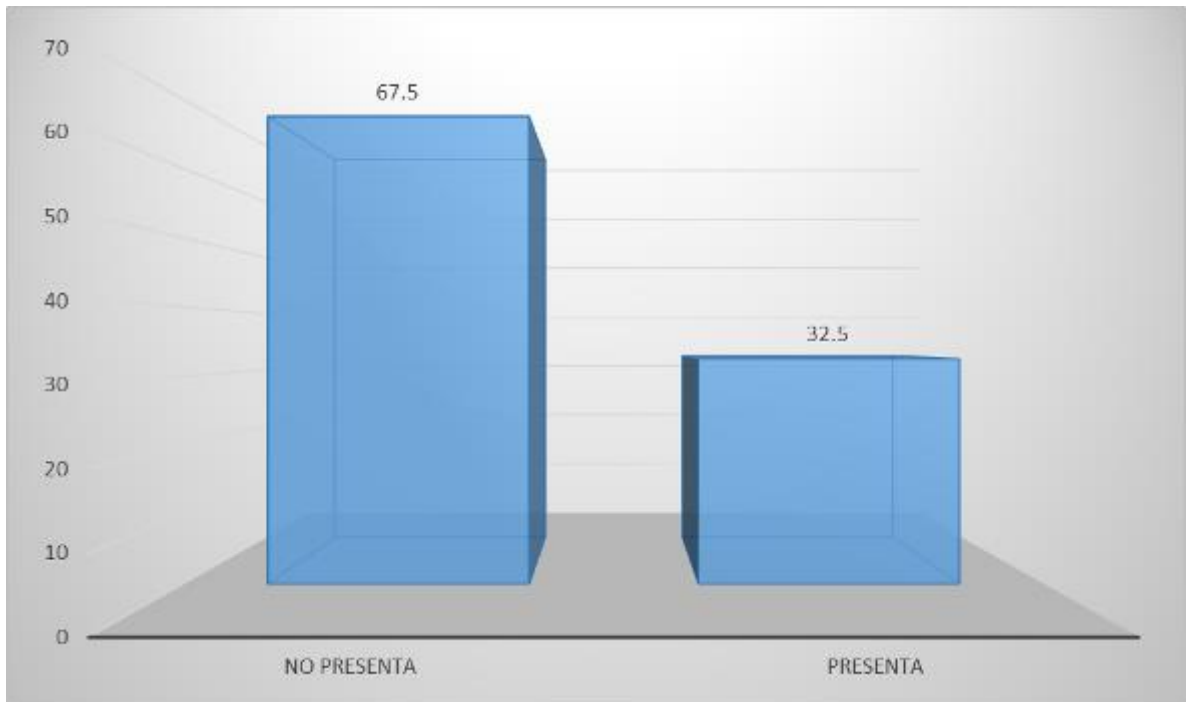


TABLA N° 4

**PRESENTACIÓN DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS EN MUCOSA BUCAL
DE LOS ADULTOS MAYORES**

CLASIFICACIÓN	N°	%
Lesiones Blancas	13	100.0
Lesiones Rojas	0	0.0
Total	13	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 4 podemos observar las lesiones encontradas, a través de sus manifestaciones clínicas en cavidad oral, de los adultos mayores motivo de evaluación, como se evidencia, la totalidad de las lesiones que se pudieron apreciar correspondieron a las lesiones blancas, es decir, no se encontraron ningún tipo de lesiones rojas.

GRÁFICA N° 4

PRESENTACIÓN DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES

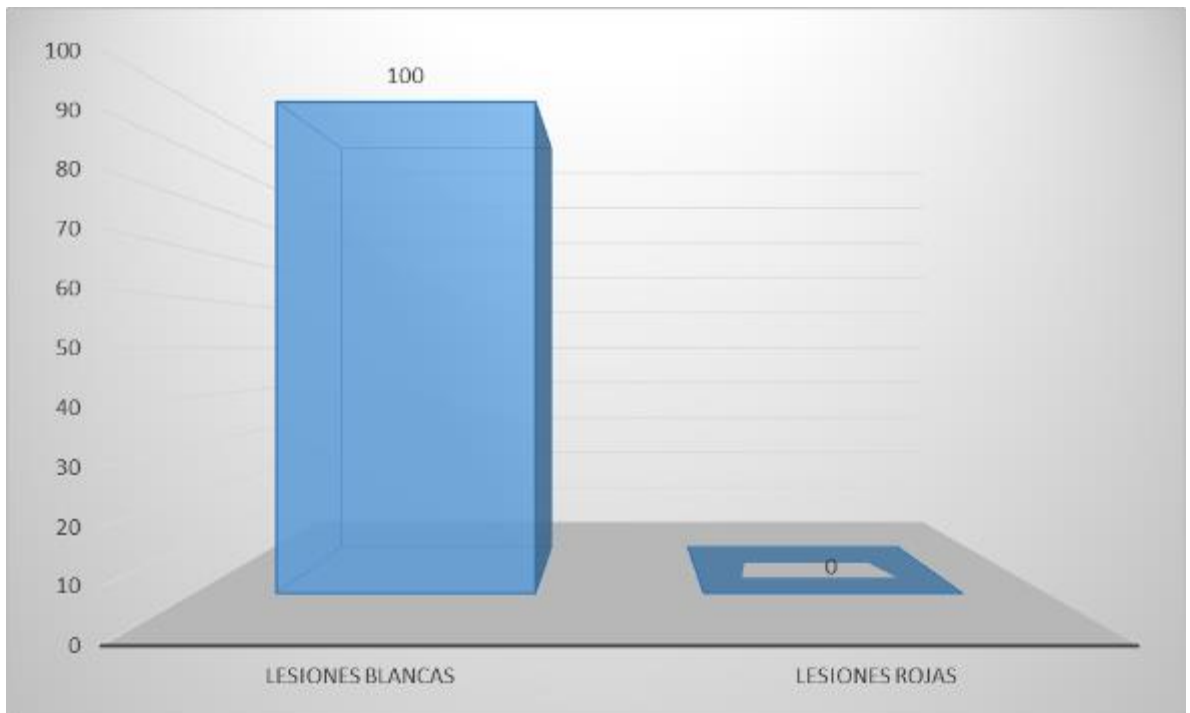


TABLA N° 5

TIPO DE LESIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES

TIPO	N°	%
Hiperqueratosis focal	5	38.5
Queilitis solar	3	23.1
Parulis	2	15.4
Lengua geográfica	2	15.4
Lengua pilosa	1	7.7
Total	13	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 5 presenta información del tipo de lesiones blancas observadas en la mucosa oral de los pacientes adultos mayores evaluados, como se puede apreciar, la lesión más prevalente (38.5%) en el total de los casos fue la hiperqueratosis focal, seguida por la queilitis solar (23.1%). Mientras que la menos prevalente fue la lengua pilosa (7.7%)

GRÁFICA N° 5

TIPO DE LESIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES

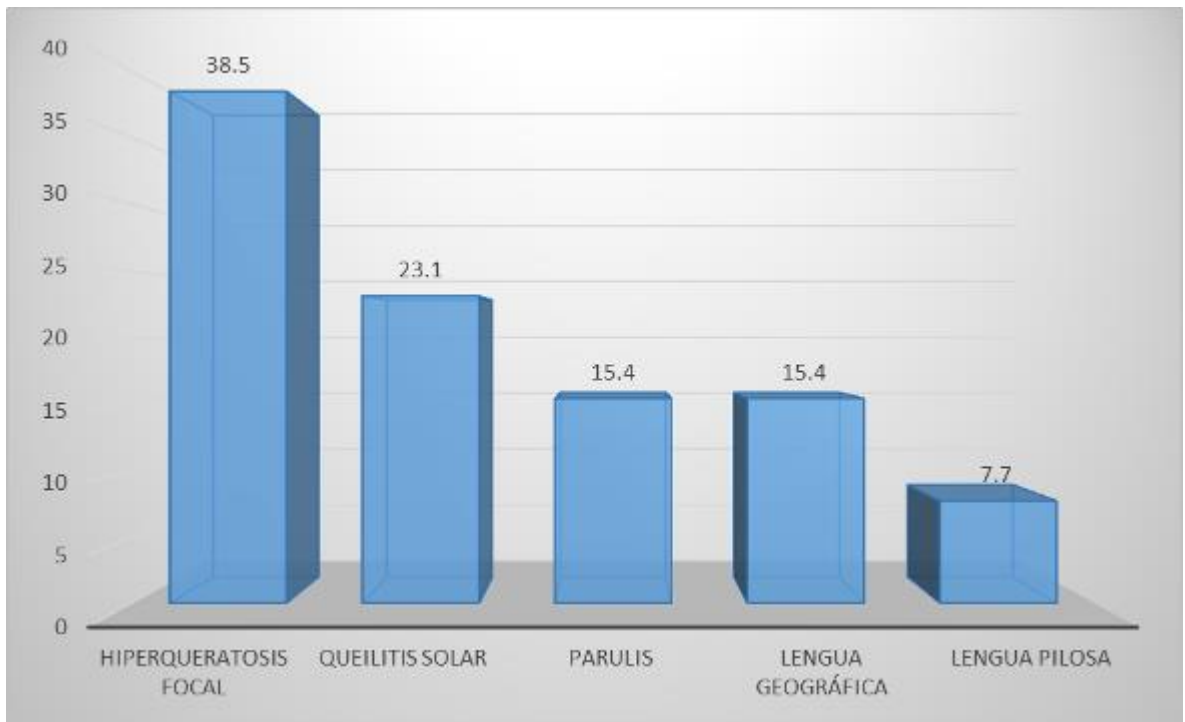


TABLA N° 6

UBICACIÓN DE LAS LESIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES

UBICACIÓN	N°	%
Reborde alveolar	2	15.4
Borde labial	3	23.1
Fondo de surco	2	15.4
Paladar duro	3	23.1
Lengua	3	23.1
Total	13	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 6 se puede observar la ubicación en las que se apreciaron las lesiones blancas en mucosa oral de los pacientes adultos mayores motivo de estudio, siendo las más frecuentes el borde labial (23.1%), el paladar duro (23.1%) y la lengua (23.1%). En tanto las zonas menos frecuentes halladas fueron el reborde alveolar (15.4%) y el fondo de surco (15.4%).

GRÁFICA N° 6

UBICACIÓN DE LAS LESIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES

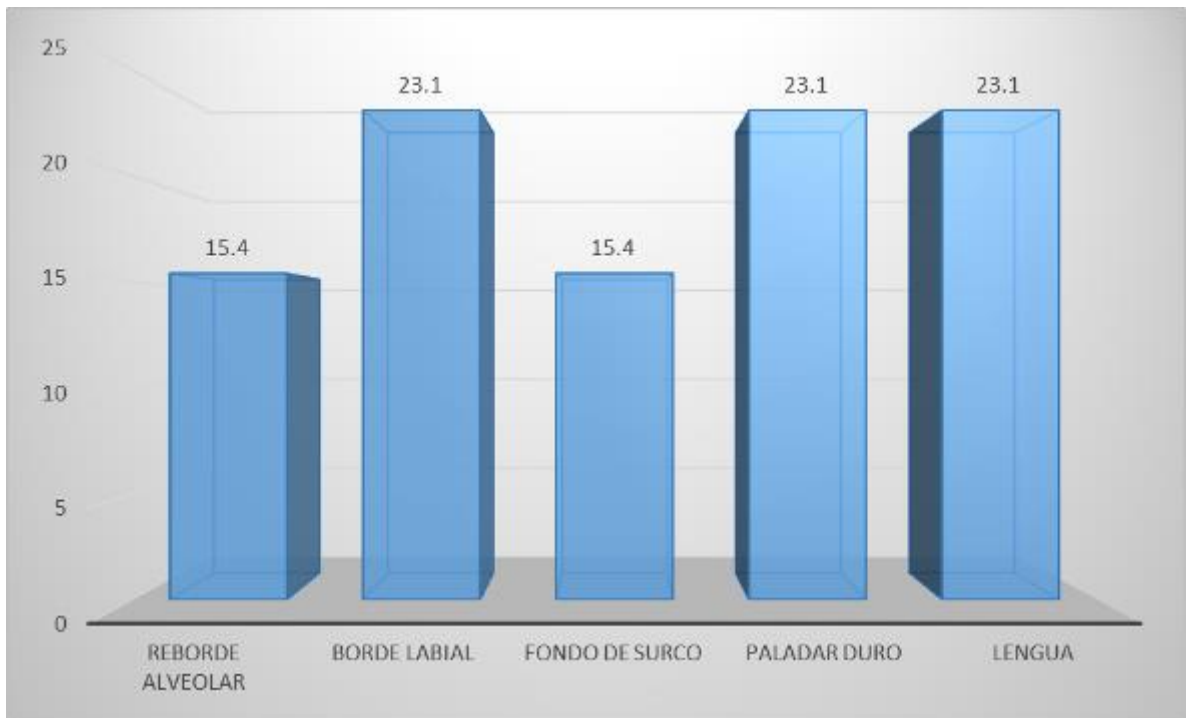


TABLA N° 7

**MAXILAR AFECTADO POR LESIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL DE
LOS ADULTOS MAYORES**

MAXILAR	N°	%
Superior	5	38.5
Inferior	8	61.5
Total	13	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla que se muestra, se presenta el maxilar donde se evidenció mayor cantidad de lesiones blancas en mucosa oral en los adultos mayores examinados, siendo este el inferior (61.5%) en la mayoría de las unidades de estudio. El resto, se ubicó en el maxilar superior (38.5%).

GRÁFICA N° 7

MAXILAR AFECTADO POR LESIONES BLANCAS EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES

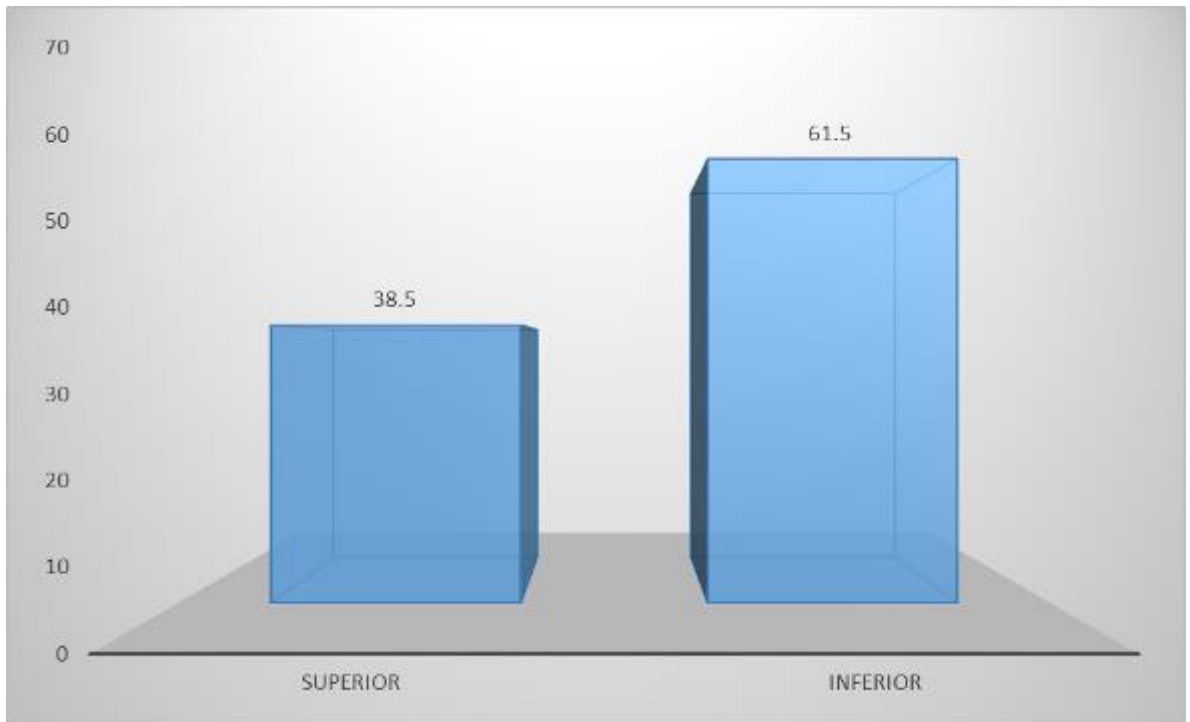


TABLA N° 8

RELACIÓN ENTRE SEXO Y PREVALENCIA DE LESIONES EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES

Sexo	Patología				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	15	71.4	6	28.6	21	100.0
Femenino	12	63.2	7	36.8	19	100.0
Total	27	67.5	13	32.5	40	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0. (P ≥ 0.05) N.S.

INTERPRETACIÓN:

La tabla N° 8 relaciona el sexo de los pacientes adultos mayores con la prevalencia de patologías en la mucosa oral, como se puede apreciar el 28.6% de los pacientes de sexo masculino presentaron patologías respecto al 36.8% de las mujeres.

Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre el sexo de los pacientes y la prevalencia de patologías en mucosa oral.

GRÁFICA N° 8

RELACIÓN ENTRE SEXO Y PREVALENCIA DE LESIONES EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES

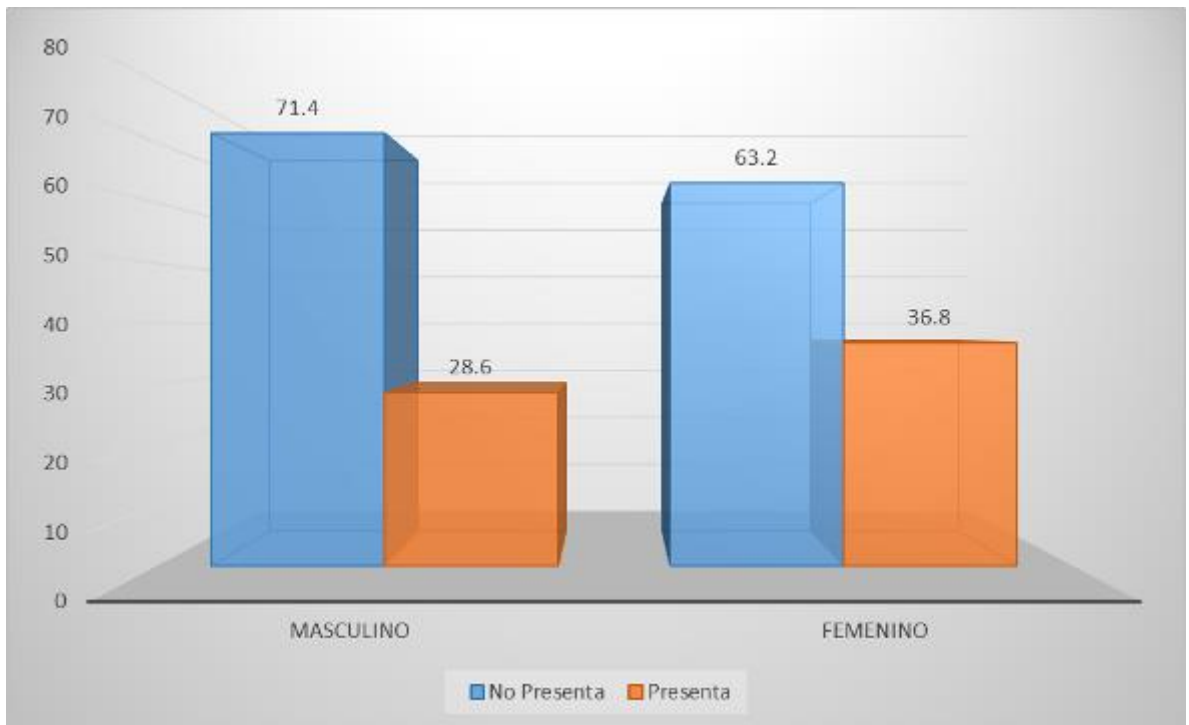


TABLA N° 9**RELACIÓN ENTRE EDAD Y PREVALENCIA DE LESIONES EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES**

Edad	Patología				Total	
	No presenta		Presenta		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adulto Mayor Joven	2	100.0	0	0.0	2	100.0
Adulto Mayor Anciano	22	62.9	13	37.1	35	100.0
Adulto Mayor Longevo	3	100.0	0	0.0	3	100.0
Total	27	67.5	13	32.5	40	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0. (P ≥ 0.05) N.S.

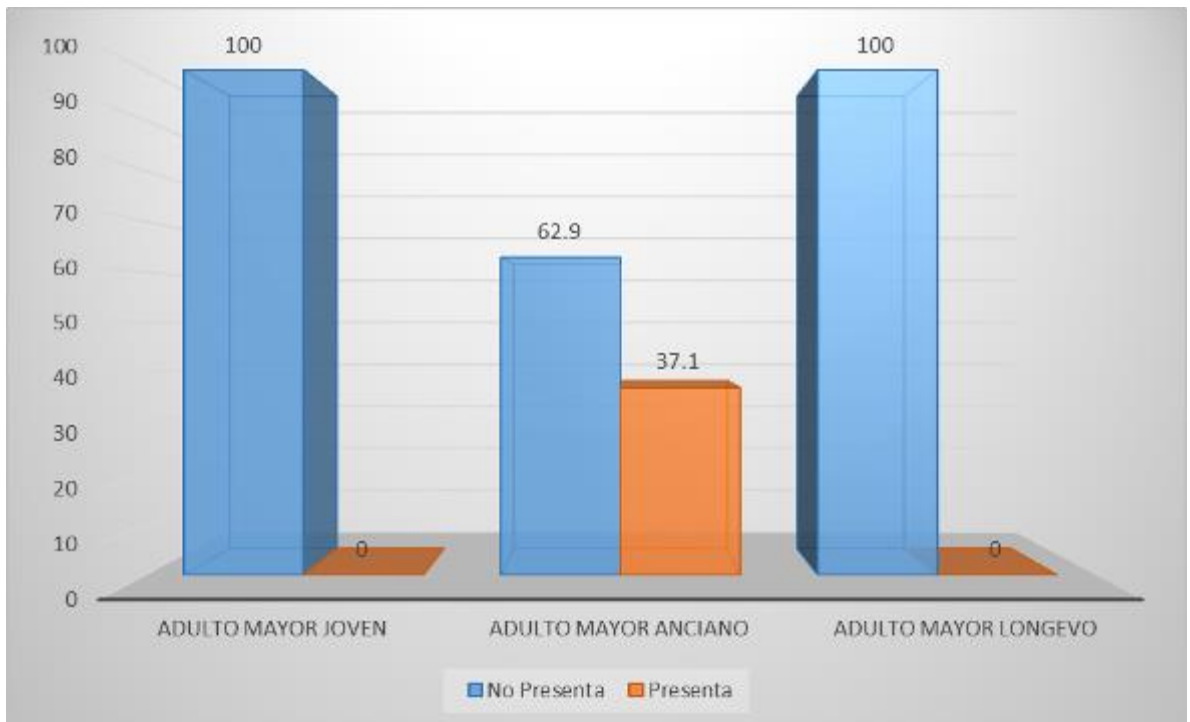
INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 9 se relaciona la edad de los adultos mayores motivo de estudio con la prevalencia de patologías en su mucosa oral, como se puede apreciar únicamente hemos encontrado lesiones en los adultos mayores ancianos, en el resto (jóvenes y longevos) no hubo prevalencia.

Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas no son significativas, es decir, no hay relación entre la edad de los pacientes y la prevalencia de patologías en mucosa oral.

GRÁFICA N° 9

RELACIÓN ENTRE EDAD Y PREVALENCIA DE LESIONES EN MUCOSA BUCAL DE LOS ADULTOS MAYORES



5.2 DISCUSIÓN

De acuerdo al estudio de Quintanilla Peñafiel Fernando de la Universidad Católica de Santa María las lesiones encontradas en los pacientes fueron: hiperqueratosis benigna (31.65%), leucoplasia (7.59%), liquen plano (21.52%), gránulos de Fordyce (7.59%), lengua vellosa (10.13%), candidiasis (3.80%) y máculas (17.72%). En contraposición con el presente estudio en el cual se encontraron los siguientes resultados: hiperqueratosis focal (38.5%), queilitis solar (23.1%), páruilis (15.4%), lengua geográfica (15.4%) y lengua pilosa (7.7%).

Así mismo la prevalencia de lesiones blancas y rojas fue del 59% en el estudio de Quintanilla, en el presente estudio se obtuvo una prevalencia del 32.5%; en ambas investigaciones el 100% de lesiones presentadas fueron blancas.

En la investigación de Gonzales Ramos Rosa y colaboradores señala que la localización con mayor afectación fue el paladar duro, encía inferior y mucosa del carrillo, mientras tanto que en el presente estudio las localizaciones más afectadas fueron el borde labial, paladar duro y la lengua.

En el estudio de Guevara Zambrano Neyl la hiperqueratosis focal se presentó en un 15%, asimismo las lesiones fueron más prevalentes en varones con una relación varón: mujer de 1.6:1. En el presente estudio no se evidenció que exista relación las lesiones de mucosa y el sexo.

CONCLUSIONES

PRIMERA:

La prevalencia de lesiones en mucosa bucal de los adultos mayores fue de 32.5%, además, la totalidad de las lesiones observadas fueron blancas, no evidenciándose en ninguno de los casos rojas.

SEGUNDA:

El tipo de lesión blanca que se observó, en mayor porcentaje (38.5%), fue la hiperqueratosis focal, seguida de la queilitis solar (23.1%). Lo que menos se presentó fue la lengua pilosa (7.7%).

TERCERA:

Las lesiones blancas se ubicaron preferentemente en el borde labial (23.1%), el paladar duro (23.1%) y en la lengua (23.1%). Respecto al maxilar, las lesiones se observaron principalmente en el inferior (61.5%).

CUARTA:

No se ha demostrado que exista relación estadísticamente significativa entre el sexo y la edad de los adultos mayores evaluados con la prevalencia de lesiones en su mucosa bucal.

RECOMENDACIONES

Una vez concluida la tesis, se propone:

PRIMERO:

Que los resultados obtenidos puedan servir como un precedente a tener en cuenta para futuras investigaciones ya que contienen información y evidencia sobre la prevalencia de lesiones en la mucosa bucal en pacientes adultos mayores.

SEGUNDO:

Actualizarse constantemente en el conocimiento de lesiones, especialmente blancas y rojas que afectan la mucosa bucal.

TERCERO:

Realizar exámenes clínicos exhaustivos de toda la cavidad bucal especialmente en adultos mayores, para así poder diagnosticar lesiones graves y/o malignas a tiempo.

CUARTO:

Coordinar la realización de campañas en los diversos asilos de la ciudad de Arequipa, para diagnosticar y dar tratamiento a las diversas enfermedades que presentan los adultos mayores.

QUINTO:

La creación del curso de Estomatología geriátrica o Gerodontología, para tener un conocimiento integral y así poder brindar un mejor servicio.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017). Compendio Estadístico Perú 2016. 1° Ed. 34-37
2. Orosa Fraiz, Teresa (2012). La tercera edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor. La Habana. 2 Ed. Félix Varela. 23-45
3. Quintanilla Peñafiel F; Frecuencia y aspecto clínico de lesiones blancas y rojas en mucosa bucal de adultos mayores, ambos sexos. Hogar Geriátrico – Tacna 2004. Facultad de Odontología. Universidad Católica de Santa María. 2005. 12(9) (Disponible en: http://biblioteca.ucsm.edu.pe/bibl_virt/fichatesis.php?codigo=64.1525.O)
4. Guevara Zambrano N; Prevalencia de lesiones en la mucosa oral en pacientes atendidos en el servicio de estomatología del Hospital Militar Central del Perú durante el periodo 2001 – 2016. Facultad de Odontología. Universidad Privada Norbert Wiener. 2017. 13-71
5. López Jornet P.; Saura Ingless A.; Cozar Fernández A. Estudio de las lesiones precancerosas de la mucosa bucal en el paciente geriátrico. Rev Española de Geriatria y Gerontol [revista en la Internet]. 1999; Vol 34-45: (Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-estudio-las-lesiones-precancerosas-mucosa-13081>)
6. Gonzáles Ramos, Rosa María; Herrera López, Isis Bárbara; Osorio Núñez, Maritza; Madrazo Ordaz, Deysi. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Rev Cubana Estomatol. 2010; Vol 47: 105-114. (Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100009&lng=es)
7. Mallo Pérez Luciano; Rodríguez Baciero Gerardo; Lafuente Urdinguio Pedro. Lesiones orales precancerosas en los ancianos. RCOE [revista en la Internet]. 2002; Vol 7: 153-162. (Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2002000300002&lng=es)
8. Gutierrez Apaza Juan de Dios; Nivel de conocimientos del cáncer en la cavidad bucal por parte del cirujano dentista de la ciudad de Puno, 2016. Facultad de Odontología. Universidad Nacional del Altiplano. 10-12

9. Hernani Reinoso Steward; Nivel de conocimientos sobre cáncer bucal en odontólogos del Cercado de Arequipa – 2015. Facultad de Odontología. Universidad Católica de Santa María. 2015. 8-12
10. Rocabruno J. (2013). Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. Nutrición y Envejecimiento. 2 Ed. Cuba: Científico-Técnica; p 97-103
11. Piñera, W. J. D., Villar, Y. G., Fernández, T. M. L., Padua, G. R., & Padrón, H. D. (2010). Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana. Revista Cubana de Salud y Trabajo, 11(1), 38-46.
12. OMS. "Envejecimiento Activo: un marco político". Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2002; 37(S2):74-105. (Disponible desde URL: ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf)
13. Gómez-Cabello, A., Vicente Rodríguez, G., Vila-Maldonado, S., Casajús, J. A., & Ara, I. (2012). Envejecimiento y composición corporal: la obesidad sarcopénica en España. Nutrición hospitalaria, 27(1), 22-30.
14. Prado, A., & Sojo, A. (2010). Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral. CEPAL.
15. Bouchet A, Cuilleret J; Anatomía: descriptiva, topográfica y funcional; 1ª ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana S.A.; 1979
16. Cortes N. (2000) La succión: una actividad erótica. Revista facultad de Odontología, U de A. 11(2): 1-4
17. Botazzo C. El nacimiento de la odontología: una arqueología del arte dental. Lugar Editorial, 2010 Buenos Aires Argentina. ISBN: 978-950-892-352-3. Pág: 12-15
18. Malagon R. "La boca como representación" Cuerpo, Diferencias Y Desigualdades. En: Colombia ISBN: 958-96259-7-5 ed: Universidad Nacional de Colombia. Centro de Estudios Sociales, 1999; Vol: 95 – 108.
19. García-Porrero, Juan (2005). Anatomía humana. McGraw-Hill. 2º Madrid Ed. 25-45
20. Sapp, J. Philip; Eversole, Lewis R.; Wysocki, George P. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. 1º edición. España: Harcourt Brace de España S.A.; 1998. 87-135

21. Ceccotti E. (2011) Micosis bucales. En: Ceccotti E. Clínica estomatológica SIDA, cáncer y otras afecciones. Buenos Aires: Panamericana; p.162-4.
22. Santana JC. (2012). Principales enfermedades infecciosas generales con complicaciones bucales. En: Santana JC. Atlas de patología del complejo bucal. La Habana: Científico-Técnica. p.137-9.
23. Shafer W. Infecciones bacterianas, virales y micóticas. En: Shafer W, Hine M, Levy B. Tratado de patología bucal. México, D.F: Interamericana; 1986:401.
24. Regezi Joseph A.; Sciubba James J. Patología Bucal: Correlaciones Clinicopatológicas. 3º edición. Mexico: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2000. 73-74
25. García-Pola Vallejo, M.J; García Martín, J.M; González García, M. (2012) Estudio Epidemiológico de la patología de la mucosa oral en la población infantil de 6 años de Oviedo (España). Medicina y Patología. Volumen. 7. Nº 3. 23-30
26. Bascones A, Cerero R, Esparza G.(2010). Lesiones blancas de la mucosa bucal. Madrid: Ed. Avances Médico-Dentales SL. 45-59
27. Moreno LA, (2010) Cerero R, Esparza G. Lesiones en mucosa oral y consumo de tabaco, la situación actual. Rev Europea Odontoestomatol; VIII: 373-82.
28. Aguirre JM, (2011) Martínez-Conde R. Lesiones blancas de la cavidad oral. JANO43:61-73.
29. Abbey LM, (2013) et al. Intraexaminer and interexaminer reliability in the diagnosis of oral epithelial dysplasia. Oral Surg 80:188-191.
30. Piscascia DD, Robinson JK. (2013) Actinic cheilitis: A review of the etiology, differential diagnosis, and treatment. J Am Acad Dermatol;17: 255-264.
31. Bouquot, Brad W. Neville , Douglas D. Damm, Carl M. Allen, Jerry E. (2002). W.B. Saunders, ed. Oral & maxillofacial pathology (2. edición). Philadelphia. pp. 13-14.
32. Churchill Livingstone, (2011). Oral and maxillofacial medicine: the basis of diagnosis and treatment (2nd edición). Edinburgo. p. 349
33. Cawson, R. A.; Odell, E. W. (2002). Churchill Livingstone, ed. Cawson's essentials of oral pathology and oral medicine (7 edición). Edinburgo. p. 351

34. Shklar G, Mc Carthy PL.(2010) The oral lesions of lichen planus. Oral Surg 14:164-81
35. Scully C, El-Kom M. (2010). Lichen planus: review and update on pathogenesis. J. Oral Pathol;14:431-58.
36. Hilton JF. (2000). Functions of oral candidiasis episodes that are highly prognostic for AIDS. Stat Med (7):1004.
37. Vázquez JA. (2011). Options for the management of mucosal candidiasis in patients with AIDS and HIV infection. Pharmacotherapy , 19(1):76-87.
38. Netter (2012). Anatomía Patológica. Buja, L.M. Ed. Elsevier-Masson. 1º edición. 46-50
39. Alan Stevens. James Lowe (2014). Texto y atlas de anatomía patológica. Ed. Doyma. 3º edición. 17-38
40. Rapini, Ronald P.; Bologna, Jean L.; Jorizzo, Joseph L. (2007). Dermatology: 2-Volume Set. St. Louis: Mosby. 146-181
41. SAUER J M, OZONOFF M M. (2011). Congenital bone anomalies associated with lipomas. Skeletal Radiol, 13: 276-279.

ANEXOS

ANEXO 1

CARTA DE PRESENTACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Arequipa, abril 07 del 2016

Hrna. Luz Alva Málara Suárez
Madre Superiora del Asilo Victor Lira

ASUNTO: Solicito Ingreso con Fines Investigativos.

De mi mayor consideración:

Reciba el cordial saludo de las autoridades de la Universidad Alas Peruanas y en especial de la Escuela Profesional de Estomatología.

Por medio de la presente hacer de su conocimiento que el Sr. *Deivy Goedy Puruhuaya Carcausto*, con DNI 43167254, egresado, para optar el Título Profesional de Cirujano Dentista, se ha acogido a la modalidad de Tesis, por lo que, habiendo sido aprobado su Proyecto de Investigación por sus respectivos Asesores es que, solicito a su digno despacho permitirle el Ingreso a las instalaciones del Asilo para la recolección de muestras por un periodo de 15 días, Institución que dignamente representa, a partir del 11 hasta el 25 de abril del presente año.

Agradeciendo anticipadamente la atención que le brinde al presente, es propicia la ocasión para manifestarle sentimientos de mi alta consideración.

Atentamente,


Dra. María Luz Nieto Muriel
Coordinadora Académica
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

Sr. Luz Alva Málara Suárez

ANEXO 2

CONSTANCIA DE REALIZACIÓN DEL PROYECTO

CONGREGACION DE HERMANITAS DE LOS
ANCIANOS DESAMPARADOS
"ASILO VICTOR F. LIRA" – AREQUIPA
Dirección Calle Carmen Alto S/N – Cayma
Telf. (054)271199 y (054) 270844

CONSTANCIA

La que suscribe, Madre Superiora del Asilo Víctor Lira de la ciudad de Arequipa hermana Luz Alba Malara Juárez con DNI N° 06450047, hace constar que **Don Deivy Goedy Puruhuaya Carcausto**, identificado con DNI N° 43167254, bachiller en Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, se presentó por voluntad propia a nuestra casa hogar con el fin de realizar el proyecto de investigación "MANIFESTACIONES CLINICAS DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS EN MUCOSA BUCAL EN LA POBLACIÓN ADULTO MAYOR", del asilo que tengo a bien dirigir.

Dicho proyecto fue realizado del 11 al 26 de abril del presente año, el cual no ha suscitado ningún inconveniente.

Se expide la presente constancia para los fines que el interesado vea por conveniente.

Arequipa 26 de abril del 2016



Luz Alba Malara Juárez

LUZ ALBA MALARA JUAREZ
Superiora

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El que suscribe _____ con DNI N° _____

Hace constar que da su consentimiento expreso para ser considerado en la investigación que presenta el Sr. Deivy Puruhuaya Carcausto, Bachiller en Estomatología de la Universidad Alas Peruanas, titulada: “MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LESIONES BLANCAS Y ROJAS EN MUCOSA BUCAL DE ADULTOS MAYORES DEL ASILO VÍCTOR LIRA. AREQUIPA. 2017”.

Expreso también, que he sido informado convenientemente sobre los derechos que me asisten, en lo que respecta a privacidad, anonimato y confidencialidad de la información brindada, así como derecho a un trato justo y digno, antes, durante y posterior a la investigación.

En fe de lo expresado anteriormente y como prueba de la aceptación consciente y voluntaria de las premisas establecidas en este documento firmamos:

Investigador
Deivy Puruhuaya Carcausto
DNI N° 43167254

Investigado
DNI N° _____

ANEXO 4

FICHA CLÍNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre: Edad: F.C. N°:

Lugar de Nacimiento: Sexo:

LESIONES BLANCAS			
PATOLOGÍA	PRESENTA	UBICACIÓN	OBSERVACIONES
Leucoedema			
Nevo esponjoso blanco			
Disqueratosis benigna epitelial			
Queratosis folicular			
Hiperqueratosis focal			
Lesiones rel. con tabaco no fumado			
Estomatitis nicotínica			
Queilitis solar			
Leucoplaquia idiopática			
Leucoplaquia pilosa			

Lengua pilosa			
Lengua geográfica			
Liquen plano			
Esfacelo rel. con dentífricos			
Candidiasis			
Quemaduras en la mucosa			
Fibrosis submucosa			
Tejido linfoide ectópico			
Quistes gingivales			
Páruis			
Lipoma			

LESIONES ROJAS			
PATOLOGÍA	PRESENTA	UBICACIÓN	OBSERVACIONES
Eritroplasia			
Candidiasis atrófica			
Glositis romboidal			

ANEXO 5

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE DATOS

NÚMERO	SEXO	EDAD	PATOLOGÍA	CLASIFICACIÓN	TIPO	UBICACIÓN	MAXILAR
1	M	81	0	0			
2	M	83	0	0			
3	M	87	1	1	1	1	2
4	M	80	0	0			
5	M	82	0	0			
6	M	82	1	1	2	2	2
7	M	79	1	1	3	3	1
8	M	80	0	0			
9	M	82	0	0			
10	M	87	0	0			
11	M	80	1	1	1	4	1
12	M	75	0	0			
13	M	81	0	0			
14	M	108	0	0			
15	M	75	1	1	1	4	1
16	M	100	0	0			
17	M	81	0	0			
18	M	82	0	0			
19	M	78	0	0			
20	M	83	1	1	3	3	2
21	M	85	0	0			
22	F	82	0	0			
23	F	78	1	1	1	1	1
24	F	83	1	1	1	4	1
25	F	89	1	1	4	5	2
26	F	90	0	0			
27	F	80	0	0			
28	F	75	1	1	2	2	2
29	F	90	0	0			
30	F	89	0	0			
31	F	76	0	0			
32	F	79	1	1	2	2	2
33	F	72	0	0			
34	F	91	0	0			
35	F	68	0	0			
36	F	85	1	1	5	5	2
37	F	77	0	0			
38	F	81	1	1	4	5	2
39	F	81	0	0			
40	F	83	0	0			

ANEXO 6
SECUENCIA FOTOGRÁFICA



Imagen 1: Queilitis solar en estadio precoz.



Imagen 2: Hiperqueratosis focal ocasionada por el uso de prótesis removible.



Imagen 3: Hiperqueratosis focal en paciente edéntulo parcial.



Imagen 4: Aspecto clínico de párulis en paciente con restos radiculares.



Imagen 5: Aspecto clínico de lengua geográfica.

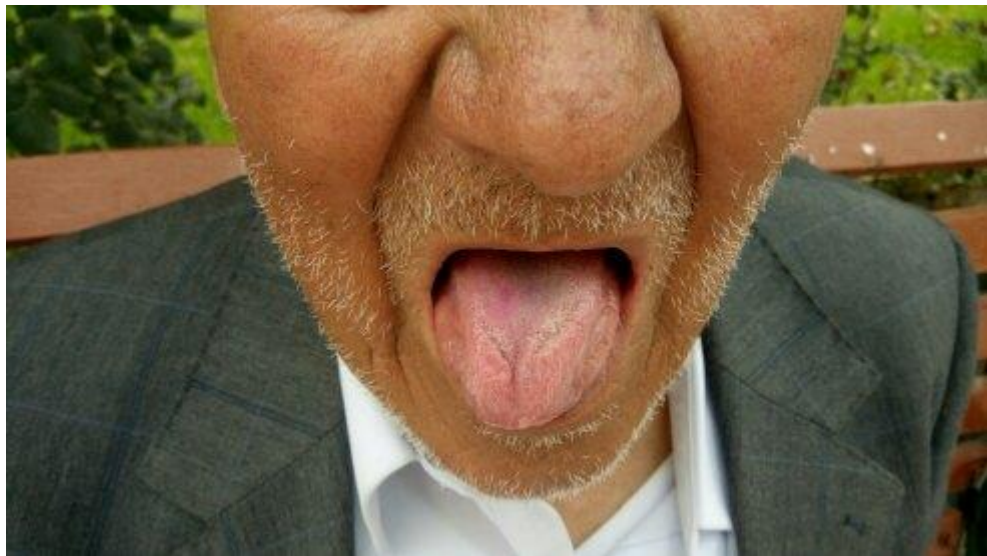


Imagen 6: Paciente con diagnóstico de lengua geográfica.