

78
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ENFERMEDADES BUCALES EN PACIENTES
GERIATRICOS CON HABITO DE TABAQUISMO

Volvo
[Signature]

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A
ROSA MARIA MARTINEZ HERNANDEZ

DIRECTOR: CD. ROLANDO DE JESUS BUNEDER

MEXICO, D. F.

1999



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

274019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento y dedico esta tesina:

CON CARIÑO Y RESPETO, A MIS PADRES:

Que con su dedicación, esfuerzo y consejos,
me ayudaron a seguir el camino recto de mi
vida profesional, gracias a lo cual logré la meta
deseada, siendo ellos la base de mi éxito.

**Sr. Efrén Alfonso Martínez Mondragón
Sra. Dolores Natalia Hernández Mendóza**

CON CARIÑO, A MIS HERMANOS:

Que me motivaròn a fijarme un propòsito.

Concepciòn Martinez Hernández
Carlos Alfonso Martinez Hernández.

A MIS MEJORES AMIGOS Y COMPAÑEROS DE LA
UNIVERSIDAD Y DEL EXTERIOR, POSEEDORES
DE ESE GRAN DON QUE ES LA AMISTAD

CON GRATITUD Y RESPETO:

C.D. Rolando de Jesus Buneder.

Al cual estoy agradecida por la ayuda, orientación y tiempo que me brindò para la realizaciòn de esta tesina.

**A MIS DISTINGUIDOS MAESTRÒS QUE
DEPOSITARON EN MI, PARTE DE SU
CONOCIMIENTO.**

DOY GRACIAS A LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO POR
BRINDARME LA OPORTUNIDAD DE
FORMARME PROFESIONALMENTE Y EN
ESPECIAL A MI QUERIDA FACULTAD

AL SELECTO JURADO

INTRODUCCIÓN

La finalidad de la realización de esta tesina es el de presentar en la forma más comprensible, las diversas enfermedades que afectan a la cavidad bucal, provocados en gran medida por el tabaquismo en pacientes casi siempre geriátricos.

Sabemos que el hábito tabáquico en cualquiera de sus formas (fumado, mascado o inhalado), una de las principales causas de amenaza a la salud y de muchas defunciones en pacientes, ya que este hábito se asocia con mayor frecuencia a padecimientos coronarios, enfermedades cardiopulmonares, arteriosclerosis, aneurismas de la aorta, enfermedades cerebro vasculares y aumento en el riesgo de abortos, sin olvidar que el tabaquismo puede causar cáncer en diferentes órganos del cuerpo, siendo los sitios más frecuentemente afectados, pulmón, laringe, cavidad oral, esófago, vejiga, riñón, estómago, páncreas y cerviz uterino.

Es indispensable que sepamos la importancia que tiene, lograr un adecuado nivel de educación sanitaria en la población sobre la prevención del cáncer. De igual forma, es necesario que el diagnóstico de las enfermedades bucales por tabaquismo es un requisito obligatorio del tratamiento.

Para tener éxito en el diagnóstico, se deben conocer no sólo el cuadro clínico de la enfermedad, sino también aquellas facetas relacionadas con ella, como la etiología, prevalencia, pronóstico y tratamiento.

INTRODUCCIÓN	pág. 1
ÍNDICE	pág. 2
CAPÍTULO I. TRANSTORNOS BUCALES EN EL PACIENTE GERIÁTRICO.	pág. 5
1. Transtornos bucales normales en el paciente geriátrico.	
1.1.1 Caries en raíz.	
1.1.2 Enfermedad periodontal.	
1.1.3 Transtornos de la mucosa bucal	
1.1.4 Pérdida de tejido no mineralizado	
1.1.5 Disfunción oral.	
1.1.6 Disfunción gustativa.	
1.1.7 Transtornos de las glándulas salivales.	
2. Patologías bucales más frecuentes en el paciente geriátrico.	
1.2.1 Estomatitis.	
1.2.2 Hiperplásias de aspecto tumoral	
1.2.3 Lesiones precancerosas.	
1.2.4 Cáncer bucal	
CAPÍTULO II. DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER BUCAL.	pág.12
1. Misión del cirujano dentista en el diagnóstico temprano del cáncer bucal.	
2.1.1 Misión de la odontología en el cáncer bucal.	
2.1.2 Bases de diagnóstico temprano.	
2.1.3 Educación sanitaria y criterio preventivo.	
2. Importancia de la historia clínica.	
2.2.1 Datos personales.	
2.2.2 Historia clínica de antecedentes patológicos personales y heredofamiliares	
2.2.3 Hábitos bucales.	
2.2.4 Duración y evolución de la lesión.	
3. Empleo de la tinción con azul de toluidina como auxiliar para la ayuda del diagnóstico del cáncer y precáncer bucal.	
2.3.1 Técnica.	
4. Formas de consumo de tabaco.	
2.4.1 Uso de cigarrillo puro y pipa.	
2.4.2 Aspiración bucal.	

- 2.4.3 Masticación de tabaco y nuez de areca.
- 2.4.4 Fumar al revés.
- 5. Prevención del cáncer bucal.
 - 2.5.1 Medidas preventivas.
- 6. Radioterapia en cáncer de cavidad oral.
 - 2.6.1 Cuidados del paciente.
 - 2.6.2 Indicaciones de la radioterapia.

**CAPÍTULO III. ENFERMEDADES BUCALES BENIGNAS
RELACIONADAS CON EL HÁBITO DEL TABACO.**

pág.26

- 1. Leucoedema.
 - 3.1.1 Definición.
 - 3.1.2 Cuadro clínico.
 - 3.1.3 Etiología.
 - 3.1.4 Prevalencia.
 - 3.1.5 Sintomatología.
 - 3.1.6 Pronóstico y tratamiento.
- 2. Estomatitis nicotínica.
 - 3.2.1 Definición.
 - 3.2.2 Cuadro clínico.
 - 3.2.3 Etiología.
 - 3.2.4 Prevalencia.
 - 3.2.5 Sintomatología.
 - 3.2.6 Pronóstico y tratamiento.

**CAPÍTULO IV. ENFERMEDADES BUCALES PREMALIGNAS
RELACIONADAS CON EL HÁBITO DEL TABACO**

pág.32

- 1. Leucoplasia.
 - 4.1.1 Definición.
 - 4.1.2 Cuadro clínico.
 - 4.1.3 Etiología.
 - 4.1.4 Prevalencia.
 - 4.1.5 Sintomatología.
 - 4.1.6 Pronóstico y tratamiento.
- 2. Eritroplasia.
 - 4.2.1 Definición.
 - 4.2.2 Cuadro clínico.
 - 4.2.3 Etiología.
 - 4.2.4 Prevalencia.
 - 4.2.5 Pronóstico y tratamiento.

CAPÍTULO V. ENFERMEDADES BUCALES MALIGNAS RELACIONADAS CON EL HÁBITO DEL TABACO	pág.36
1.Carcinóma epidermoide.	
5.1.1 Definición.	
5.1.2 Cuadro clínico.	
5.1.3 Etiología.	
5.1.4 Prevalencia.	
5.1.5 Sintomatología.	
5.1.6 Pronóstico y tratamiento.	
2.Carcinóma verrugoso.	
5.2.1 Definición.	
5.2.2 Cuadro clínico.	
5.2.3 Etiología.	
5.2.4 Prevalencia.	
5.2.5 Sintomatología	
5.2.6 Pronóstico y tratamiento.	
CONCLUSIONES	pág.40
GLOSARIO	pág.41
BIBLIOGRAFÍA	pág.47

CAPÍTULO I

TRANSTORNOS BUCALES EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

1. TRANSTORNOS BUCALES NORMALES EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

En épocas pasadas era probable que los individuos de edad avanzada hubieran perdido los dientes. Dados los avances realizados en la prevención dentaria, cada vez es más frecuente que las personas de la tercera edad conserven sus dientes

Entre los trastornos bucales normales en el paciente geriátrico se encuentran los siguientes:

1.1.1 Caries en la raíz: las caries se deben a la disolución de la superficie del diente por parte de productos de degradación microbianos y se encuentran en la placa dentaria. El principal tipo de caries en los ancianos es la que afecta a las superficies de las raíces. Con la edad se produce una pérdida de hueso alveolar alrededor de los dientes y las superficies de las raíces que antes no estaban expuestas al medio oral quedan al descubierto.

La prevalencia de caries en raíces es aproximadamente cuatro veces superior en el anciano en comparación con los individuos más jóvenes.

La aparición rápida y extensa de caries en las raíces en un paciente de edad avanzada suele ser signo de una disfunción salival.

1.1.2 Enfermedad periodontal: la mayoría de las pérdidas dentarias en el adulto se deben a la enfermedad periodontal. La degeneración del aparato de sostén del diente provoca una pérdida del hueso alveolar y la destrucción del ligamento periodontal.

Al igual que la caries dentaria, la enfermedad periodontal es producida por la placa bacteriana que se acumula y adhiere a los dientes.

Al principio los tejidos gingivales sangran y están edematosos, constituyendo un signo de gingivitis. Más tarde la destrucción del hueso alveolar y del ligamento periodontal que ocasiona la pérdida de sostén del dientes, en pocas palabras periodontitis.

Hay diversas situaciones clínicas frecuentes que pueden exacerbar la enfermedad periodontal, por ejemplo la diabetes mellitus.

Muchos fármacos de utilización frecuente pueden afectar el estado periodontal, por ejemplo la difenilhidantoína y la ciclosporina, pueden irritar la encía y causar hiperplasia gingival. Otros como los antihipertensivos, los fármacos psicoactivos y los anticolinérgicos pueden reducir la producción de saliva.

1.1.3 Transtornos de la mucosa oral: se caracterizan los tejidos de la mucosa oral por pálidos, finos, secos y fácilmente vulnerables a traumatismos.

Los pacientes geriátricos con pérdida total o parcial de los dientes presentan con frecuencia lesiones traumáticas de la mucosa oral, secundarias a un mal ajuste de prótesis dentarias. Estas lesiones pueden ser eritematosas, hiperplásicas, hiperqueratósicas y ulceradas.

Pueden ser útiles sustancias de aplicación tópica paliativas, como el elixir de diclonina al .5 %, combinado con una cantidad igual de elixir difenhidramina. Esta combinación de sustancias no está comercializada y debe ser preparada por farmacéutico. Puede aplicarse directamente en las ulceraciones bucales. Puede utilizarse 5 mililitros de la mezcla como enjuague bucal aplicado.

Las sensaciones urentes de la mucosa oral son referidas con frecuencia, en especial por las mujeres postmenopáusicas. Estos síntomas son raros y su etiología no está clara.

1.1.4 Pérdida de tejido mineralizado no dentario: la extensa pérdida del hueso alveolar en los individuos que han perdido los dientes plantea un importante problema terapéutico. La realización de prótesis dentarias satisfactorias para pacientes con unos bordes óseos alveolares muy reabsorbidos resulta difícil, en particular en lo que se refiere al arco mandibular. Ello puede afectar adversamente la selección de la dieta y la nutrición del paciente. La pérdida del hueso alveolar determina también una pérdida de la altura facial y una tendencia al prognatismo, que puede contribuir a disminuir la propia imagen.

Los cambios normales del envejecimiento son especialmente difíciles de distinguir de las alteraciones artrósicas articulares. Cualquier alteración

anatomopatológica puede asociarse directamente con la articulación o con tejidos no relacionados.

Las alteraciones no articulares son de origen dentario, muscular o psicofisiológico, como la maloclusión. El trastorno no articular más frecuente es el síndrome de dolor miofacial, que se asocia a una contracción involuntaria de la mandíbula o al roce de los dientes como manifestación de la tensión.

1.1.5 Disfunción motora oral: El aparato motor oral interviene en funciones finamente coordinadas, como el habla, la masticación, la deglución y la postura facial. También la reducción de los músculos masticadores es frecuente.

1.1.6 Disfunción gustativa: La función gustativa se reduce con la edad moderadamente.

La hipogeusia, que es la disminución de la capacidad de apreciar sabores, y la disgeusia, que es la presencia de un mal sabor persistente en la boca, pueden asociarse a neuropatías infecciones respiratorias altas, uso de fármacos, tratamientos dentarios, traumatismos, menopausia y numerosas enfermedades sistémicas.

1.1.7 Trastornos de las glándulas salivales: Las causas más frecuentes de disminución glandular son las relacionadas con fármacos. La xerostomía es un posible efecto secundario de más de 400 fármacos. Muchos de los cuales son de uso frecuente en las personas de edad avanzada. Además la irradiación de la cabeza y cuello y la quimioterapia

citotóxica por neoplásias tienen efectos directos sobre la función de glándulas salivales.

Los pacientes con una disfunción verdadera de las glándulas salivales presentan síntomas típicos como dificultad para deglutir alimentos secos, necesidad de tomar líquidos al intentar deglutir, sequedad de boca y de los labios durante las comidas y dificultad para hablar durante tiempo prolongado. 10

2. PATOLOGIAS BUCALES MÁS FRECUENTES EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Las patologías más frecuentes son:

1.2.1 Estomatitis. Las más frecuentes son dos:

a) Por las prótesis. Inflamación del paladar duro de apariencia granular, que puede terminar en candidiasis.

b) Medicamentosa. Por antibióticos y sedantes. La mucosa lingual y oral están enrojecidas y el paciente se queja de ardor.

1.2.2 Candidiasis. La *Candida albicans* está presente en el 50% de la flora oral normal de los adultos. Pero sólo cuando aparecen factores predisponentes se produce la candidiasis. Además de la xerostomía fisiológica, también son factores favorecedores la malnutrición, diabetes, corticoides e inmunosupresores, déficit de hierro, prótesis dentarias y mala higiene oral. La presentación clínica es variable, aunque suele producir notables molestias.

El tratamiento debe ser preventivo (higiene), etiológico y con antibióticos.

1.2.3 Hiperplásias de aspecto tumoral. Son muy frecuentes y ocasionan temor al cáncer:

a) Diapneusia. De aspecto sésil en las zonas de la arcada donde falta una pieza dentaria.

b) Granuloma telangiectásico, piógeno o botriomicoma. Masa rojiza que suele sangrar, más frecuente en labios y paladar blando.

c) Épulis. Lesiones sobre la encía causadas por factores irritativos, crónicos, habitualmente prótesis más ajustadas.

1.2.4 Lesiones precancerosas. Cuando la posibilidad de malignisarse es igual o superior al 5%.

a) Líquen plano. Algunos niegan que se malignise, aunque no parece haber dudas en las formas atróficas y erosivas. Son placas o filamentos blancos, presentes con preferencia en el surco mandibular, repliegue bucal y bordes alveolares.

b) Lengua atrófica. Como parte del síndrome de Plummer-Winson por déficit de hierro se manifiesta por sensación urente y dificultad para la deglución, junto con una lengua depapilada, lisa y pálida o muy roja

c) Leucoplasia. Suele manifestarse como múltiples manchas blancas en la mucosa oral y que no se desprenden con el rascado. Puede confundirse con el líquen plano. Su potencial carcinogénico es del 6 al 30%, es más frecuente en forma nodular o moteada que la homogénea. Las irritaciones mecánicas, alcohol, tabaco y mal nutrición son factores etiológicos. Si al suprimirlos no desaparece, debe ser extirpado y hacer seguimiento periódico con biopsias.

d) Eritroplasia. Poco frecuente, pero con gran peligro de malignización. Tiene aspecto abultado, color rojo intenso y sensación de terciopelo al tacto. Debe extirparse.

1.2.5 Cáncer bucal.

a) Incidencia. Aunque en nuestro medio suele presentar sólo el 5% de los tumores malignos, su incidencia en el anciano es mayor.

b) Tipo y localización. El 90% son epidermoides o espinocelulares. El labio y la lengua, seguidos a distancia por el suelo de la boca, encías y paladar, son los lugares más frecuentes del asentamiento.

c) Formas clínicas. Ulcerosa (bordes duros y piel infiltrada), exofítica o vegetante y mixta. La existencia de adenopatías cervicales orienta al diagnóstico.

d) Pronóstico. Dependerá del momento del diagnóstico y de la localización. La sociedad americana del cáncer publicó que la supervivencia a los 5 años era de un 50% si el cáncer bucal se diagnosticaba con un tamaño menor a 1 cm, pero descendía al 17% si era mayor a 3 cm. Los cánceres bucales localizados en labio son de mejor pronóstico por ser lentos en metastatizar precozmente.

e) Prevención y diagnóstico precóz. Incide sobre una serie de factores predisponentes : alcohol, tabaco, dieta pobre en vitaminas y minerales, higiene dental y dentaduras defectuosas.

f) Tratamiento. Se valoraran las posibilidades de cirugía, raditerapia y quimioterapia. 11

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER BUCAL

I. MISIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA EN EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DEL CÁNCER BUCAL

En general la sobre vida para el cáncer bucal correctamente tratado, alcanza al 75% a los 5 años, si se diagnostica en su lugar de origen (localizado), y solo al 25% si ya hay metástasis regionales.

2.1.1 Misión de la Odontología en el cáncer bucal: El odontólogo de práctica general y los especialistas en prótesis, operatoria, endodóncia, periodóncia, ortodóncia, etc :

°Tenemos la obligación de tener conocimientos suficientes y actualizados de cáncer bucal.

°Tenemos la obligación de tener presente la enfermedad y saber reconocer las lesiones iniciales.

°Tenemos la obligación de examinar en forma cuidadosa y completa a todos los pacientes, cualquiera sea la causa que motiva su consulta, en busca de lesiones sospechosas de la mucosa bucal, maxilares, glándulas salivales, piel de la cara y ganglios linfáticos de cabeza y cuello.

°Tenemos la obligación de conocer perfectamente el procedimiento a seguir en cada caso para lograr el diagnóstico final y el tratamiento inmediato y correcto del enfermo.

2.1.2 Bases del diagnóstico temprano: El pronóstico varía a veces notablemente según el tipo de tumor, sus características histológicas y su localización. Estas tres variables escapan a todo tipo de control profesional. Por lo tanto, con los medios terapéuticos actuales aplicados correctamente, las únicas posibilidades de éxito en el cáncer bucal, como en el resto de las localizaciones, residen en el diagnóstico temprano y exacto.

Se considera que el diagnóstico es temprano cuando el tumor permanece aún localizado, o sea que se halla limitado al órgano de origen sin invasión de otros tejidos u órganos, ni presenta ningún tipo de metástasis; y es regional cuando ha invadido los órganos vecinos sin evidencia de metástasis a distancia.

2.1.3 Educación sanitaria y criterio preventivo: Así como el diagnóstico temprano y el tratamiento inmediato y correcto constituyen la base del éxito en cáncer, para que el primero se aplique en la medida y con la eficiencia necesaria es preciso lograr un nivel adecuado de educación sanitaria en la población y el desarrollo de un sólido criterio preventivo en los profesionales odontólogos y médicos generales.

Existen tres factores humanos que intervienen en el proceso de la enfermedad como eslabones de una cadena cuya integridad permite aspirar al éxito:

Primer eslabón: Enfermo de cáncer bien informado.

Segundo eslabón: Profesional con conciencia del cáncer.

Tercer eslabón: Especialista de cáncer capaz.

Tiene que ser un objetivo permanente de las autoridades sanitarias nacionales y provinciales lograr un nivel suficiente de educación mediante el suministro de información adecuada sobre el cáncer bucal. Las campañas educativas no deben ser esporádicas sino permanentes con controles periódicos que permitan evaluar su éxito o su fracaso.

Juegan un papel importante en la planificación de esas campañas, no solo el conocimiento exacto del problema por parte de los organizadores, sino también la consideración de los factores socioeconómicos y culturales que exigen la adaptación de esas campañas a las posibilidades receptoras y de medios de los diferentes grupos humanos. Debe lograrse en la población una posición mental equilibrada con relación al cáncer bucal que asegure:

- 1) El examen periódico en salud, sin desarrollar una oncofobia perjudicial.
- 2) El examen inmediato del enfermo o presunto enfermo ante cualquier sospecha lógica, evitando el descuido significando tiempo perdido que en cáncer no se recupera y el "miedo al cáncer" que aleja al enfermo de la consulta evadiendo una posible realidad que lo aterra. 1

Es necesario diseñar programas para la detección oportuna de cáncer bucal, ya que en el transcurso de estos tres años se va notando un mayor incremento del mismo. Esto no necesariamente podría significar que el cáncer bucal sea más frecuente de lo que es en realidad, pero si refleja, que se ha tenido una mayor preparación para la detección del mismo.

Se recuerda que el cáncer de cavidad bucal es curable si se detecta en forma oportuna, por lo cual una de las medidas permanentes a desarrollar tanto en los centros universitarios como en el sector salud debe de ser la detección temprana de esta lesión tan devastadora. 13

2. IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Cuando nos encontramos con todas o casi todas las siguientes características clínicas como son, masa tumoral dura, de gran tamaño, que está adherida a los tejidos contiguos, rodeada por una induración notable, que tiene una ulceración crónica en el centro y de forma de cráter; el odontólogo debe enviar rápidamente al enfermo a un especialista en oncología; puede omitir incluso la biopsia, ya que es de suponer que el especialista realizará un estudio microscópico. Este establecerá el diagnóstico histológico por varias razones:

- a) Aunque esté seguro también de que la lesión es una neoplasia maligna por su aspecto clínico, debe realizarse un estudio microscópico para descartar la más mínima posibilidad de que la lesión no sea maligna;
- b) Debe determinar el tipo celular de la lesión (carcinoma, sarcoma, etc); y
- c) Su grado de diferenciación (bien diferenciado, indiferenciado, etc), antes de elegir el plan de terapéutico más adecuado (extirpación quirúrgica, irradiación, quimioterapia o combinaciones).

Pero cuando la lesión sospechosa es pequeña y poco expresiva, o cuando nos encontramos frente a una lesión que presenta sólo una característica cancerosa, e incluso en muy poco grado, o cuando nos encontramos ante una lesión sobre la que se está indeciso en realizar o no una biopsia, se ha visto que la realización de la historia es muy útil ya que la información obtenida por el interrogatorio no puede ser decisiva y decidir la realización de un estudio histológico.

La historia contendrá datos relativos a la historia personal, al estado médico, a los hábitos orales y la información sobre la propia lesión.

2.2.1 Datos personales: sobre todo la edad y sexo del enfermo, forma parte del material diagnóstico. Así si una lesión muy poco sugestiva se encuentra en la boca de un hombre de más de 50 años de edad, la sospecha será mayor que si el enfermo es una mujer o un varón más joven. La edad o el sexo pueden ser las únicas informaciones adicionales necesarias para justificar una biopsia. Se ha demostrado de forma adecuada que el cáncer de la boca es mucho más frecuente en los varones que en las hembras, en una proporción de 5:1, y que generalmente se presenta en personas de cierta edad (75% de los casos se da en personas de más de 50 años, aumentando su porcentaje a partir de los 57 años).

2.2.2 Historia clínica de antecedentes patológicos personales y heredofamiliares: contendrá al menos una anotación sobre la existencia de aquellas enfermedades y estados que hayan dejado mal nutrición o deficiencias vitamínicas, como son los síndromes crónicos de mal absorción, el síndrome de Plumer-Vinson, la disfunción hepática, la cirrosis y el alcoholismo. Debe considerarse la existencia de cualquiera de ellas, ya que se ha demostrado que el cáncer es más frecuente en enfermos con enfermedades de este tipo que en individuos que carecen de ellas.

2.2.3 Hábitos bucales: ha demostrado ser de gran importancia diagnóstica, sobre todo en relación a la utilización de tabaco. Así, si se obtiene una historia de un fumador de pipa empedernido, de cigarros o cigarrillos, de masticación de tabaco o de absorción de rapé en un enfermo que tiene unas lesiones ligeramente sospechosas por su aspecto, es

suficiente para obligar a realizar una biopsia. En este caso las estadísticas demuestran también que el cáncer de boca se encuentra con mucho mayor frecuencia en estos enfermos que en aquellos que carecen de hábitos relacionados con el tabaco.²

Los pacientes que están expuestos a la luz solar directa durante largos periodos han de utilizar un protector o una loción especial en cara y labios. Los negros y otras personas de piel oscura y los asiáticos tienen menos peligro de este tipo de cáncer que los blancos.³

2.2.4 Duración y evolución de la lesión: Se debe de hacer una anotación sobre la duración y evolución de la lesión sospechosa. Si se observa que la lesión o triplicado su tamaño en un tiempo relativamente corto (por ejemplo durante unas semanas, es obligatorio realizar una exploración biopsica, ya que el crecimiento rápido y continuo es una característica de las enfermedades cancerosas.²

3. EMPLEO DE LA TINCIÓN CON TOLUIDINA COMO AYUDA EN EL DIAGNÓSTICO DE PRECÁNCER Y CÁNCER BUCAL

La técnica de tinción con azul de toluidina es una tinción metacromática usada debido por su afinidad por DNA in vivo.

El mecanismo de coloración no ha sido totalmente entendido. Se cree que existe una mayor retención de colorante en los espacios intercelulares, los cuales están alterados en los tejidos neoplásicos por la disminución de la cohesión celular en estos tejidos; por otro lado, tiene afinidad por material nuclear, el cual también está incrementado en células neoplásicas. 7, 8

Sin embargo su utilidad ha sido cuestionada debido a que se han reportado falsos negativos en algunas series; su bajo costo, así como su fácil aplicación y el no ser una técnica agresiva localmente, hace de esta técnica una excelente alternativa para la identificación de carcinomas y displasias epiteliales, en poblaciones abiertas y con poca accesibilidad a centros especializados.

2.3.1 Técnica:

1.- Enjuague con ácido acético al 1% en solución acuosa, a una temperatura de 15 a 20 grados centígrados, durante 10 a 20 segundos.

2.- Aplicación con un pincel el azul de toluidina al 1%, de 30 segundos a 1 minuto.

3.- Enjuague con ácido acético al 1%, o agua, 10 a 20 segundos.

Después del enjuague con azul de toluidina, toda la mucosa se tiñe, y se debe desteñir la que no está afectada, para que las zonas afectadas sean evidentes, por la retención de la solución. Esto hace más fácil la toma de biopsia, para la correlación clínica patológica.

El azul de toluidina sólo nos permite delimitar la zona más afectada, y facilita la toma de biopsia; de ninguna manera es un sustituto de ésta, la fijación del colorante en una lesión es un signo de posibilidad de que la lesión se premaligna o maligna. 7

4. FORMAS DE CONSUMO DEL TABACO

Existen variadas formas de consumo del tabaco que se describirán a continuación:

2.4.1 Uso de cigarrillo, puro y pipa: Una comparación entre el uso de cigarrillos puro y pipa indica que el segundo causa menos lesiones bucales que los otros dos, posiblemente por la mayor temperatura de combustión en estos. La frecuencia más elevada de todas las lesiones bucales se relacionan con el uso de la pipa sola o además cigarrillos; el empleo de cigarrillos produce el mayor índice de estomatitis por nicotina. La edad es un factor importante, pues las lesiones bucales relacionadas con el tabaquismo son más frecuentes en el grupo de más de 50 años. Hasta la fecha las lesiones bucales por tabaquismo son más comunes en varones, pero considerando el aumento de esta costumbre en mujeres jóvenes en las dos últimas décadas, se espera un cambio de esta relación por sexos en los siguientes diez años.

2.4.2 Aspiración bucal: La aspiración bucal (colocación o retención del tabaco en polvo o finamente molido "rapé" en el vestibulo bucal), se relacionan con una frecuencia excepcionalmente alta de mortalidad por cáncer bucal y faríngeo en mujeres blancas estadounidenses. Los no fumadores que acostumbran la aspiración bucal tienen cuatro veces más riesgo de cáncer bucal que los que no lo hacen. La aspiración bucal no siempre se acompaña de un aumento de la frecuencia del cáncer bucal pues, por ejemplo en Escandinavia y Sudáfrica rara vez reportan alteraciones premalignas debido a las variaciones de la composición del polvo.

2.4.3 Masticación del tabaco y nuez de areca: En la India, Sudeste de Asia, Nueva Guinea y en algunas repúblicas soviéticas, se acostumbra la masticación del tabaco y nuez de areca; en donde se mezclan variedades de tabaco curado y no curado con cal, aceite y sabores. La frecuencia de cáncer bucal es mayor en quienes mastican y fuman tabaco que en los que solo lo aspiran.

2.4.4 Fumar al revés: Se ha observado en comunidades costeñas primitivas aisladas de la India , el Caribe y Sudamérica la costumbre de fumar al revés. Esta forma que se dice permite fumar en sitios o lugares expuestos a grandes vientos y lloviznas, se acompaña de una frecuencia mayor de lesiones bucales posiblemente por las temperaturas intrabucales elevadas y los diferentes productos de combustión. 2

5. PREVENCIÓN DEL CÁNCER BUCAL

Habitualmente el cáncer no se presenta de la noche a la mañana, sino que se desarrolla secundariamente a una lesión, el cáncer siempre avisa, de tal manera que cualquier ulceración que no sane en un periodo de 8 a 15 días, a más tardar, es de alarma. 17

2.5.1 Medidas de prevención para el cáncer.

Los programas de enseñanza de los pacientes han de insistir en los siguientes puntos:

- 1.- La relación entre cáncer, fumar cigarrillos, masticar tabaco y beber mucho alcohol. Estos son factores establecidos y seguros de alto riesgo de cáncer de boca y faringe. Se estima que al alcohol y al tabaco les corresponden aproximadamente las tres cuartas partes de todos los cánceres de la cavidad bucal en varones de Estados Unidos.
- 2.- La importancia de una dieta equilibrada y un ingreso adecuado de todas las vitaminas y minerales.
- 3.- Evitar alimentos enlatados.
- 4.- Consumir vegetales como brócoli, col y lechuga en nuestra dieta diaria.
- 5.- La necesidad de cuidado dental regular, para disminuir la irritación y la lesión mecánica y vigilar los tejidos bucales .

6.- Es importante buscar en la boca signos de alarma que pueden indicar cáncer, como: hinchazones, masas o crecimientos, placas escamosas, eritematósas o blancas, una irritación que no cede, dolor persistente o hemorragia sostenida.

7.- Los pacientes que están expuestos a la luz solar directa durante largos periodos han de utilizar un protector o una loción especial en cara y labios. La exposición excesiva al sol es un factor seguro del cáncer labial. Los negros y otras personas de piel oscura y los asiáticos tienen menos peligro de este tipo de cáncer que los blancos. Cuando se descubren lesiones sospechosas, el examen usual puede ir seguido de biopsia. Si el dentista examinador prefiere no efectuar la biopsia, tiene que mandar al paciente a un cirujano bucal oncólogo, o bien a una institución que pueda efectuar la cirugía o el tratamiento adecuado si el diagnóstico es positivo. El dentista examinador ha de conservar contacto con el paciente después de mandarlo a alguien más. 4

6. RADIOTERÀPIA EN CÀNCER DE CAVIDAD ORAL

Radioteràpia es la aplicaci3n de una d3sis homogènea y terapèutica de radiaci3n a un adecuado volùmen tumoral, con los efectos minimos posibles en los tejidos normales que los rodean.

2.6.1 Cuidados del paciente. Antes de la radiaci3n deben seguir un exàmen de su estado dental, se les dan instrucciones de higiene oral, la extracci3n dental debe de ser evitada en lo posible antes del inicio del tratamiento, debe suspenderse el tabaquismo y el alcoholismo.

Una reacci3n secundaria es la perdida del apetito que puede llevar a una inadecuada nutrici3n, por lo que se aconsejan complementos alimenticios, se recomienda una alimentaci3n liquida o semiliquida rica en aportes cal3ricos, disminuci3n en la secreci3n de la saliva.

2.6.2 Indicaciones de la radioteràpia. La radioteràpia en los tumores de la cavidad oral puede estar indicada, o bien, como modalidad ùnica de tratamiento, o asociada con cirugia y quimioteràpia en t3rminos generales; la radioteràpia radical se emplea en las lesiones tumorales que ahùn no han dado matàstasis ganglionar linfàtica de cuello.⁷

CAPÍTULO III

ENFERMEDADES BUCALES BENIGNAS RELACIONADAS CON EL HÁBITO DEL TABACO

I. LEUCOEDÉMA

3.1.1 Definición: El leucoedema de la boca es un hallazgo clínico muy frecuente, aunque muchas veces se le considera un proceso patológico, es más probable que se trate de una anomalía hereditaria. Los autores creen que se trata de un defecto de maduración del epitelio escamoso, que es de origen hereditario y que puede ser una forma leve de la displasia blanca plegada familiar. 2

3.1.2 Cuadro clínico: Su aspecto varía desde una opalescencia membranosa de la mucosa en las primeras etapas hasta un modelo más definido de color blanco grisáceo con una superficie gruesa y arrugada en las etapas más tardías. Casi en todos los casos las lesiones se presentan bilateralmente, a menudo afectan a la mayor parte de la mucosa vestibular, y se diseminan sobre la superficie bucal de los labios. Esta afección es más notable a lo largo de la línea de oclusión de la región premolar y molar. 4, 5

3.1.3 Etiología: En Estados Unidos Sandstead y Lowe realizaron un extenso estudio acerca de esta afección sin encontrar una correlación obvia entre leucoedema y el uso del tabaco, pH de la saliva, infección bacteriana, sífilis o irritación galvánica. Pero Pindborg ha podido demostrar la relación evidente entre este tipo de lesiones y diferentes formas de irritantes (rapé, tabaco, etc) utilizados en ciertos hábitos, en prolongados contactos con

ciertas partes de la mucosa bucal en los que se hacen aparentes las manifestaciones del leucoedema. 4

El riesgo de que se instale un cáncer bucal en fumadores crónicos y que son además bebedores consuetudinarios es de 37.3 a 80.0 veces más que si no lo hace, dependiendo del autor, lo cual conduce a establecer que el alcohol junto con el tabaco es el carcinogénico más conocido.

El etanol parece ser capaz de afectar la carcinogénesis en diferentes grados durante la iniciación y promoción y, probablemente, se basa, en el incremento de la activación pulmonar de procarcinogénicos contenidos en el humo del tabaco por parte del alcohol, los cuales al ser activados por los microsomas adhieren características mutagénicas. 15

3.1.4 Prevalencia: Tiene una importante incidencia en personas de raza negra en un 75%. En su estudio el leucoedema se presentó aproximadamente en 45% de varones y 40% de mujeres, ambos sexos de raza caucásica, mientras que apareció en 94% de los varones de raza negra y en 86% en mujeres de esta misma raza; todos adultos con una edad promedio de 45 años.

3.1.5 Sintomatología: en algunos casos el enfermo se queja de "mudación de los tejidos" de la lengua o de la mucosa bucal; siendo solo pliegues descamados de células leucoedematosas. Aparte de la queja de la descamación ocasional, no hay otros síntomas asociados al leucoedema y, de hecho muchos enfermos ignoran su existencia. Sin embargo si la descamación es importante, puede presentarse una ligera y transitoria hiperestesia de la zona.

3.1.6 Pronóstico y tratamiento: La ausencia absoluta de atípicas y la tendencia a retroceder de las lesiones cuando se suprime el agente causal, hablan de la banalidad de la lesión.

El mejor tratamiento es la supresión de la causa que lo origina. 2

2. ESTOMATITIS NICOTÍNICA

3.2.1 Definición: Lesión hiperqueratósica que se presenta en los tejidos blandos del paladar y que se deben a fumar en cantidad excesiva, principalmente a fumar pipa. 2

3.2.2 Cuadro clínico: En la estomatitis nicotínica de grado moderado, se observa un ligero blanqueamiento o un aspecto blanco grisáceo difuso del paladar. La característica más llamativa es la exageración de los orificios de los conductos correspondientes a las glándulas mucosas, los cuales ofrecen el aspecto de pequeños puntos rojos que contrastan con el fondo pálido del aspecto de la mucosa. En las lesiones de fase avanzada, la mucosa se vuelve cada vez más queratinizada y aparecen fisuras, quedando una superficie arrugada e irregular con zonas papulosas elevadas situadas entre las fisuras.

Cada una de estas áreas papulosas tiene tendencia a presentar un centro deprimido de color rojo, que le proporciona un aspecto umbilicado. Las lesiones suelen estar limitadas al paladar duro, si bien el proceso puede extenderse y afectar a buena parte del paladar blando. En los pacientes que han usado dentadura postiza durante largo tiempo, la zona palatina recubierta por la misma puede permanecer libre de lesiones, apareciendo estas exclusivamente en las zonas descubiertas. 6

3.2.3 Etiología: La estomatitis nicotínica presenta una clara relación con el hábito de fumar en pipa intensamente y durante periodos prolongados, menos a menudo cuando lo que se fuma son cigarrillos y claramente inferior si se trata de cigarrillos.

Ahora bien en un artículo sobre las lesiones parecidas a estomatitis nicotínica que se realizó para conocer la frecuencia de estas lesiones en la población que acude a consulta a la Facultad de Odontología, en la UNAM (abiéndose revisado 115 pacientes al azar) se encontró que:

1) Las alteraciones de la mucosa palatina que caracterizan a la estomatitis nicotínica, no se presentan en forma exclusiva en aquellos sujetos que tienen el hábito de fumar tabaco,

2) En la población estudiada, las lesiones características de estomatitis nicotínica, se presentan en el 96.5% de los sujetos examinados,

3) El 70.3% de sujetos con lesiones clínicamente compatibles en estomatitis nicotínica, no tenían el hábito de fumar tabaco,

4) Las lesiones características de esta entidad en sujetos no fumadores se asocian con mayor frecuencia a:

a. Ingesta de bebidas o alimentos calientes.

b) Ingesta de alimentos condimentados y/o con picante.

c) Combinación de ambos factores.

5) El término de estomatitis nicotínica es inadecuado para describir esta entidad, pues no siempre se asocia al hábito de fumar tabaco y sus manifestaciones con el paladar, por lo que se sugiere el término de palatitis para nombrar este tipo de alteraciones y posteriormente se mencione el factor asociado. 14

3.2.4 Prevalencia: Incide casi exclusivamente en los varones. Chapman y Redish publicaron un estudio correlativo clínico e histológico de 19 hombres de edad avanzada, todos los cuales eran fumadores habituales de pipa. Los resultados obtenidos eran muy sugestivos de que, en realidad, el grado de hiperplasia palatina estaba en relación significativa con la duración y malignidad del hábito de fumar.

3.2.5 Sintomatología : La estomatitis nicotínica suele ser asintomática , aunque Saunders describió lesiones palatinas ulceradas en el curso del proceso. 6

3.2.6 Pronóstico y tratamiento: Ya que la estomatitis nicotínica es fundamentalmente una lesión hiperqueratósica, en la gran mayoría de los casos se comporta de forma parecida a la hiperqueratosis verdadera de forma irreversible y desaparece después de la causa. 2

CAPÍTULO IV

ENFERMEDADES BUCALES PREMALIGNAS RELACIONADAS CON EL HABITO DEL TABACO

1.LEUCOPLÁSIA

4.1.1 Definición: Es una lesión premaligna que se caracteriza por ser una placa blanco grisáceo, blanquizco o amarillento que no se desprende y cuya identificación no resulta tan fácil como en el caso de otras lesiones mucosas específicas, como el liquen plano, nevo blanco esponjoso, etc. Además es una placa excesivamente queratinizada. 9

4.1.2 Cuadro clínico: Se observa como una placa blanquizca, bien delimitada, de 5 o más milímetros de diámetro, de superficie lisa, rugosa, a veces verrugosa que puede presentar surcos o fisuras, y no se desprende con el raspado, limitada por mucosa de aspecto normal o eritematoso percibiéndose al tacto una ligera induración.

Puede instalarse en cualquier parte de la mucosa bucal pudiendo ser uni o bilateral o simétrica, única o múltiple. 2

4.1.3 Etiología: La etiología de la leucoplásia ha sido atribuida a numerosos factores, incluyendo tabaco, alcohol, irritaciones mecánicas, sífilis, déficit vitamínicos, alteraciones hormonales, galvanismo, malnutrición y, en el caso de la leucoplásia labial radiaciones actínicas.

El tabaco ha sido considerado como uno de los factores etiológicos principales, disponiéndose de bastantes pruebas clínicas y estadísticas para apoyar esta opinión. La mejoría con frecuencia espectacular, observada cuando un enfermo con leucoplásia extensa deja de fumar es la prueba más convincente de esta relación causa efecto. 2

4.1.4 Prevalencia: La enfermedad es algo más frecuente en los hombres que en las mujeres . Tiene una incidencia mayor en enfermos de 40 y 70 años de edad, solo en raras ocasiones se observaron leucoplásias en pacientes menores de treinta años.

4.1.5 Sintomatología: A veces se observan lesiones persistentes o ulceraciones crónicas en la placa queratósica o cerca de ella y los pacientes pueden reportar dolor. 9

4.1.5 Pronóstico y tratamiento: Las lesiones orales en las cuales hay atipia celular muy leve , no deben producir alarma, pero cuando los cambios celulares son pronunciados y particularmente si hay asociación con agentes carcinogénicos promotores como el alcoholismo o tabaquismo, esta lesión debe considerarse como premaligna y deberá eliminarse completamente, se recomienda el seguimiento del paciente. 5

2. ERITROPLÁSIA

4.2.1 Definición: Es una lesión en las mucosas, que en una gran proporción de los casos, tiene alteraciones epiteliales que van de una displasia leve al carcinoma in situ e incluso al carcinoma invasor. 4

4.2.2 Cuadro clínico: En la cavidad bucal hay tres diferentes manifestaciones clínicas de la eritroplasia:

1) Forma homogénea que se presenta como una lesión blanda, rojo brillante, con márgenes rectos o festoneados bien definidos, por lo general de gran extensión, común en la mucosa bucal, y que a veces está en paladar blando, y más raramente en lengua y piso de la boca;

2) Eritroplasia entre mezclada con placas leucoplásicas, en la cual las zonas eritematósas son irregulares y de rojo tan brillante con en la forma homogénea, vista con mayor frecuencia en lengua y piso de la boca, y

3) Lesiones blancas y rojas, levemente elevadas, de contorno irregular o superficie finamente nodular moteada con minúsculas placas blancas, que suelen ser denominadas "eritroplasia moteada. 4,5

4.2.3 Etiología: Los factores etiológicos como en los demás tipos de cáncer es relativamente desconocido pero indudablemente se trata de factores intrínsecos y extrínsecos.

Entre los factores intrínsecos se encuentran el alcohol, mal nutrición, déficit de vitamínicas, hierro y sífilis; y entre los extrínsecos están el tabaco y la luz solar. 4

4.2.4 Prevalencia: No se han registrado suficientes casos de eritroplasia como para extraer datos coherentes respecto a la predilección por el sexo, la distribución por edades u otra información estadística.

4.2.5 Pronóstico y tratamiento: Si la historia revela existencia de una lesión precancerosa, corresponderá a su eliminación quirúrgica con suficiente margen.

Aunque tiene pronóstico relativamente bueno, cualquier cambio sospechoso del cuadro clínico o en el citograma se requerirá de una nueva biopsia. 1

La excisión quirúrgica o la radioterapia son los procedimientos terapéuticos utilizados habitualmente. 5

CAPÍTULO V

ENFERMEDADES BUCALES MALIGNAS RELACIONADAS CON EL CON EL HÁBITO DEL TABACO

1.CARCINOMA EPIDERMÓIDE (C. ESPINOCELULAR O C. DE CELULAS ESCAMOSAS)

5.1.1 Definición: Es el tumor maligno más frecuente de la mucosa bucal y puede localizarse en cualquier sector de la misma y representa el 90% de los cánceres orales. En nuestro medio, el 50% aproximadamente se distribuye con frecuencia en la semimucosa del labio y en la lengua. 1, 9

5.1.2 Cuadro clínico: Los tumores suelen comenzar en el borde del bermellón del labio, a un lado de la línea media. Al principio, es una pequeña zona de engrosamiento, induración y ulceración o irregularidad de la superficie. A medida que la lesión se agranda, crea un pequeño defecto crateriforme o produce un crecimiento exofítico y proliferativo de tejido tumoral. Algunos pacientes tienen grandes masas fungosas en un lapso relativamente corto, mientras que en otros pacientes el avance es muy lento.
4

5.1.3 Etiología: Uno de los más comunes era el consumo del tabaco, principalmente por fumar en pipa. Aunque no es posible extraer conclusiones de tales datos debido al consumo difundido del tabaco , en la población general parecería que el calor, el traumatismo de la pipa y

posiblemente los productos de la combustión del tabaco podrían tener cierta importancia en la etiología del cáncer del labio. 1

5.1.4 Prevalencia: Dorn y Cutler comprobaron que el cáncer de la cavidad oral representaba el 6.2% de los cánceres entre los varones y el 1.9% en las mujeres en los estados unidos. Las cifras de porcentajes en las diversas regiones de los Estados Unidos demuestran también una cierta variación según la distribución geográfica. 9

5.1.5 Sintomatología: Este tipo de afección evoluciona de modo indoloro.

5.1.6 Pronóstico y tratamiento: El carcinoma de labio ha sido tratado por excisión quirúrgica o con rayos X con éxito aproximadamente igual, según, en cierta medida, la duración y la extensión, y la presencia de metástasis. 4

Para su tratamiento, existen muchos pacientes imposibilitados para pronunciar algunos fonemas por la cirugía; entonces se les hace un aditamento, una prótesis dental con una parte fonoarticuladora. 16

Son muchos los factores que influyen en el éxito y en el fracaso del tratamiento del carcinoma del labio. El tamaño de la lesión su duración, presencia de ganglios linfáticos metastásicos, o su ausencia y el grado histológico de la lesión son todos elementos que han de ser cuidadosamente considerados por el terapeuta al planificar su enfoque del problema neoplásico. 4

2.CARCINOMA VERRUGOSO

5.2.1 Definición: Es una variedad clínico patológica diferenciada del carcinoma epidermide de grado bajo. Este tipo de lesión no se limita a la cavidad oral, ya que pueden hallarse lesiones con una morfología y comportamientos similares en el dorso de la mano o en la mucosa del pene o de la vulva, laringe, fosas nasales o escroto.

5.2.2-Cuadro clínico: El carcinoma verrugoso suele originarse en el surco bucomaxilar, mucosa bucal adyacente y mucosa alveolar del surco maxilar inferior. Se trata fundamentalmente de una enfermedad de personas de edad avanzada.

Se presenta como una gran masa papilar que, ha menudo se extiende sobre una cantidad considerable de zona de mucosa.

A la palpación, esta masa resulta relativamente y no posee la induración característica del carcinoma epidermoide.

Su coloración varía desde blanco a rojo según la magnitud de la queratinización superficial.

5.2.3 Etiología: El carcinoma verrugoso de la cavidad oral muestra una notable asociación con el hábito de mascar tabaco o aspirar rapé.

5.2.4 Prevalencia: Incide fundamentalmente, de una enfermedad de personas de edad avanzada, la edad promedio de los pacientes de la serie

de Goethals fue de 60 años. La proporción entre hombres y mujeres depende de la situación gráfica y de las costumbres locales.

5.2.5 Sintomatología: La lesión va precedida a menudo de una zona de prolongada leucoplasia y evoluciona de modo indoloro comparado con el más característico carcinoma epidermoide.

5.2.6 Pronóstico y tratamiento: Los índices de supervivencia para pacientes con carcinoma verrugoso de la cavidad oral son relativamente mejores que en la mayor parte de los otros tipos de cáncer oral.

El índice de recidivas de este tipo de lesiones es relativamente elevado y parece ser debido al origen multicéntrico de nuevos focos localizados sobre una amplia zona condicionada de mucosa. No es raro que los enfermos desarrollen dos o más carcinomas verrugosos independientes después del tratamiento aparentemente adecuados de la lesión inicial.

Las metástasis en los ganglios linfáticos regionales son relativamente frecuentes, aún cuando las lesiones primitivas sean extensas, y en cuanto a las metástasis a distancia son francamente escasas.

La excisión debe ser suficientemente radical como para eliminar la lesión por completo. 9

CONCLUSIONES

La sociedad mexicana se caracteriza por el cuidado familiar de las personas de la tercera edad, ya sea por cultura, costumbres o por otras razones, a diferencia de otras culturas donde la gran mayoría de los ancianos habitan y viven en casa especialmente diseñadas y pensadas para su estancia. Las personas de la tercera edad tienen características muy diferentes a las de un adulto, especialmente en lo que se refiere a la salud bucal. El problema no es tan simple como el hecho de buscar la forma más conveniente de rehabilitar bucalmente a este grupo poblacional. Existen otros problemas relacionados como son: la salud general del individuo que va a tener efecto en la cavidad bucal.

Igualmente tenemos los aspectos de financiamiento, planeación, organización, implementación y administración de los servicios de la salud para este tipo de la población.

En años anteriores se ha reportado que la población de la tercera edad tiende a usar, más que el paciente promedio, los servicios médicos pero, usualmente acuden menos que el promedio a solicitar atención dental; ya sea por la dificultad para transportarse, falta de información al respecto de los servicios e información inadecuada acerca de la conveniencia de realizar revisiones dentales periódicas.

Por lo tanto debemos prepararnos para atender a este grupo de pacientes que definitivamente son diferentes a los adultos jóvenes, no solo desde el punto de vista biológico sino social, psicológico y económico.

GLOSARIO

A

- ACÉTICO ÁCIDO**, perteneciente o relativo al vinagre.
- ACTÍNICO**, perteneciente o relativo a los rayos de aspecto luminoso más allá del extremo violeta del espectro, que producen efectos químicos.
- ADENOPATÍA**, aumento del tamaño de las glándulas, en particular de los ganglios linfáticos.
- AFINIDAD**, semejanza o relación inherente.
- ALQUITRÁN**, líquido viscoso de color pardo oscuro o negro.
- ANOMALÍA**, desviación de la norma, especialmente a consecuencia de defectos congénitos o hereditarios.
- ANTICOLINÉRGICO**, que bloquea el paso de los impulsos por los nervios parasimpáticos.
- ATROFIA**, disminución de las funciones, de células, de los tejidos, órganos o partes.

B

- BIOPSIA**, extirpación y examen usualmente microscópico, de tejido de un cuerpo vivo, para establecer un diagnóstico preciso.

C

- CÁNDIDA**, género de hongos imperfectos, caracterizados por producir células de levadura, micelios, ceudomicelios y blastoporas.
- CÁNCER**, tumor cuyo curso natural suele conducir a la muerte.
- CARCINOGENICO**, cualquier sustancia que produce cáncer.

- CARCINÓMA**, neoplásia maligna constituida por células epiteliales, que tiende a infiltrar los tejidos adyacentes y origina metástasis.
- COHESIÓN**, fuerza que da unión a varias partículas entre si.
- COMPATIBILIDAD**, cualidad de compatible.
- CRÁTER**, area circular deprimida y rodeada por un borde elevado.

D

- DESCAMACIÓ**, exfoliación de elementos epiteliales, especialmente de la piel.
- DEGRADACIÓN**, reducir un compuesto químico a otro menos complejo por desdoblamiento de uno a más grupos.
- DESMINERALIZAR**, eliminación excesiva de sales minerales o inorgánicas.
- DICLONINA**, anestésico local con actividad y fungicida importante.
- DIFERENCIACIÓN**, acción de distinguir una cosa o enfermedad de otras.
- DIFENHIDRAMINA**, antihistamínico.
- DIFENILHIDANTOÍNA**,fenitoína.
- DISFUNCIÓN**, anomalía de la función de un órgano.
- DISGEUSIA**, cualquier pervención del sentido del gusto.
- DIAGNÓSTICO**, arte de diferenciar una enfermedad de otra.
- DISPLÁSIA**, alteración de la forma , las dimensiones y la organización de las células adultas.
- DISOLUCIÓN**, fenómeno por el cual una sustancia se disuelve en otro.

E

- EDÉMA**, presencia de volumen excesivamente grande en los líquidos de los espacios intercelulares del cuerpo.

-EPIDERMOIDE, cualquier tumor que se presenta en un sitio no cutáneo.

-ÉPULIS, cualquier tumor de la encía.

-ERITROPLÁSIA, estado de la mucosa caracterizado por lesiones eritematósas papulosas.

-ERITÉMA, enrojecimiento de la piel producido por congestión de los capilares, que puede deberse a diversas causas, la etiología o el tipo específico a menudo se designan con el objetivo calificativo.

-EROSIÓN, destrucción o úlcera lenta y progresiva de un tejido por fricción, compresión o por la acción de una sustancia corrosiva.

-ESTOMATITIS, inflamación de la mucosa bucal a causa de factores locales o generales.

-EXTRÍNSECO, que proviene o se origina en el exterior.

G

-GALVÁNICO, corriente eléctrica en un metal.

-GERIATRÍA, rama de la medicina que trata los problemas de la senectud y del envejecimiento.

-GERONTOLOGÍA, estudio científico de los problemas del envejecimiento en sus aspectos clínicos biológicos históricos y sociológicos.

-GRANULÓMA, masa o nódulo de tipo tumoral de tejido de granulación, de fibroblastos de crecimiento activo y focos de crecimiento capilar.

H

-HIPERESTESIA, aumento de la sensibilidad a la estimulación.

-HIPERPLÁSIA, multiplicación o crecimiento anormal en el número de células normales con disposición normal de un tejido.

-HIPERQUERATÓISIS, hipertrófia de la capa córnea de la piel, o cualquier enfermedad caracterizada por ella.

-HIPOPLÁSIA, desarrollo incompleto subnormal de un órgano o un tejido .

-HOMOGENEO, elementos o ingredientes semejantes o está formado por ellos de calidad uniforme.

I

-INDURACIÓN, calidad de ser duro, proceso de endurecimiento.

-INMUNOSUPRESOR, perteneciente o relativo a la inmunosupresión o que la induce.

-INTRÍNSECO, dicese de lo que está situado totalmente dentro de una parte.

L

-LEUCOEDÉMA, anormalidad de la mucosa bucal, parecida a la leucoplásia incipiente.

M

-METACROMÁTICO, que se tiñe de manera diferente con el mismo colorante.

-METÁSTASIS, tranferencia de enfermedad de un órgano a otro órgano relacionado.

-MICROSOMA, cualquiera de los fragmentos vesiculares del retículo endoplasmático formados después de destrucción y centrifugación de las células.

-MUTACIÓN, cambio en la forma, modalidad o alguna otra característica.

N

-NEOPLÁSIA, multiplicación de células progresiva bajo condiciones que no producirían multiplicación de células normales.

-NEVO, malformación circunscrita estable de la piel y ocasionalmente de la mucosa bucal de origen hereditario.

-NICOTÍNA, alcaloide líquido soluble y muy venenoso, con un olor del tipo de piridina y sabor quemante que se obtiene del del tabaco, o se produce de manera sintética.

-NÓDULO, acumulación relativamente pequeña de tejido.

O

-ONCOLOGÍA, suma de conocimientos relativos a los tumores, estudio de ellos.

P

-PALATITIS, inflamación del paladar.

-PIÓGENO, que produce pus.

-PSICOACTIVOS, que afecta a la mente o a la conducta.

Q

-QUERATINA, principal escleroproteína de epidermis, pelo, uñas, tejidos córneos, u matriz orgánica del esmalte dental.

S

-SARCÓMA, tumor constituido por una sustancia del tipo de tejido conjuntivo embrionario.

-SIFILIS, enfermedad venérea transmisible que produce muchas lesiones estructurales y cutáneas, causada por una espiroqueta treponema.

-SÍNDROME, conjunto de signos y síntomas.

T

-TABACO, hojas desecadas y preparadas de nicotiana tabacum, planta solanácea.

-TERAPÉUTICA, tratamiento de las enfermedades.

-TUMOR, tumefacción uno de los principales signos de la inflamación; aumento mórbido de tamaño.

U

-ULCERA, defecto o excavación local de la superficie de un órgano o tejido, producida por el esfacelo de tejido necrótico inflamatorio.

X

-XEROSTOMÍA, sequedad de la boca por falta de la secreción normal de la saliva.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-BORGUELLI, Ricardo francisco. "Temas de patología bucal clínica". Tomo I. Editorial Mundi. Argentina. 1979. Págs. 61, 357, 381, 382, 415, 418, 419.
- 2.-ZAGARELLI, Edward. "Diagnóstico en patología oral". Editorial Salvat. Barcelona. 1979. Págs. 242, 253, 254, 256, 262, 263.
- 3.-BURKET. "Medicina bucal". Interamericana. México. 1987. Cuarta edición. Págs. 252, 253, 556, 557.
- 4.-SHAFER,William G. "Tratado de patología oral". Editorial Interamericana. Cuarta edición. México 1986. Págs. 34, 105, 107, 108, 252, 253, 254.
- 5.-PORTILLA, Robertson Javier. "Texto de patología oral". 1989. PÁS. 31, 32,34.
- 6.-THOMAS, Linda. "Atención al paciente geriátrico". Editorial Limusa. México. 1991. Págs. 897.
- 7.-OCHOA CARRILLO, Fco Javier, et al. "Neoplasias orales". UNAM. México. 1996. Págs. 171, 172.
- 8.-MOYER, H.G. "Nutrición y ciencia de los alimentos". Acribia. 1980. Pág. 170.

9.-THOMA. "Patología oral". Editorial Salvat. Barcelona. 1980. Segunda edición. Págs. 887, 889, 895, 899, 900, 920, 921.

10.-RIVERA CASADO, José M, et al. "Manual Merck de Geriatria". Editorial Doyma. España. 1992. Págs. 505, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513.

11.-SALGADO, Alberto. "Manual de Geriatria". Editorial Salvat. México. 1991. Págs. 231, 232, 233.

12.-"Diccionario Médico". Edición número 23. Editorial Interamericana. España 1989.

13.-"Incidencia y prevalencia de tumores en cavidad oral". Revista ADM. Vol.51. Nos 1-6. 1994. Págs. 133-138.

14.-"Lesiones palatinas parecidas a estomatitis nicotínica". Revista DENTISTA Y PACIENTE. Vol. 1. Nos 1-6.1992. Págs. 19-22.

15.-"Alcoholismo crónico y caviad oral". Revista DENTISTA Y PACIENTE. Vol.1. Nos 1-6. 1992. Pás. 21-25.

16.-"Cáncer en boca?". Revista DENTISTA Y PACIENTE. Vol. 1. Nos 34. 1995. Págs. 15-17.

17.-"El cáncer bucal en la sociedad moderna" Revista DENTISTA Y PACIENTE. Vol. 2. Nos 13. 1993.Pág. 19-21.