

403
2ef



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

ALTERACIONES EN LA CAVIDAD ORAL EN PACIENTES GERIATRICOS

TESINA

Que presenta

NORMA GRISELDA VARGAS CRAVIOTO

Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

10/80
[Handwritten signatures and dates]



Nombre del Asesor: C. D. Luis Miguel Mendoza José

México, D. F., 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

262648



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.

A mis queridos padres:

LYDIA CRAVIOTO ESCORZA
JUAN VARGAS ORTIZ

Por su gran comprensión y cariño

Con especial agradecimiento :

Por todo lo que me has brindado
con gran alegría , tu amistad
apoyo, comprensión, y
todo tu amor.

MIL GRACIAS MAMA

LYDIA CRAVIOTO ESCORZA.

A José Antonio Pérez
con todo mi amor, de
quien siempre sentí apoyo
y respaldo. Gracias.

Con todo mi amor,
para la gran luz que
tengo, mis hijos.
Gracias.

IVONNE Y JUAN
ANTONIO

A mis queridos hermanos,
JUAN, EDUARDO, ALEJANDRO
Y HECTOR.
con especial gratitud y cariño.

A mi cuñada DULCE y
a mis sobrinos, DANIEL
y ANITA, a quienes quiero
hacer partícipes de mi ale-
gría.

A mis amigos y compañeros con lo que conviví durante cuatro inolvidables años .

Al Dr. Luis Miguel Mendoza Jose.
En agradecimiento por su ayuda
como mi asesor en la realización de
este trabajo.

Al Dr. Rolando Bunneder
Mi más sincero agradecimiento.

AL HONORABLE JURADO

A mi querida FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ALTERACIONES DE LA CAVIDAD BUCAL EN PACIENTES GERIATRICOS

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

1.1 Etiología de la caries	1
1.2 Características mas frecuentes.	2
1.3 Manifestaciones.	3
1.4 Tratamiento.	4
2.1 Etiología de la enfermedad periodontal.	4
2.2 Características mas frecuentes	5
2.3 Manifestaciones	6
2.4 Tratamiento	6

CAPITULO II PATOLOGIAS MAS FRECUENTES POR USO DE DENTADURAS COMPLETAS

2.1 Hiperplasia papilar.	12
2.1.1 Características.	12
2.1.2. Tratamiento.	13
2.2. Hiperplasia marginal.	14
2.2.1. Características.	15
2.2.2. Tratamiento.	15
2.3 Hiperplasia Fibrosa.	16
2.3.1 Características.	16
2.3.2. Tratamiento.	17

CAPITULO III QUEILITIS ANGULAR

3.1 Etiología	19
3.2 Factores que la desencadenan.	19
3.3 Manifestaciones.	20
3.4 Tratamiento.	21

CAPITULO IV ESTOMATITIS POR PROTESIS

4.1 Etiología.	22
4.2 Manifestaciones.	23
4.3 Tratamiento.	24

CAPITULO V PATOLOGIAS DE LA LENGUA

5.1 Lengua fisurada.	26
5.1.1. Características.	26
5.1.2. Tratamiento.	27
5.2 Lengua geográfica.	27
5.2.1. Características.	28
5.2.2. Tratamiento.	29
5.3 Glositis romboidal media.	29
5.3.1. Características.	29
5.3.2. Tratamiento.	30
5.4 Glosopirosis.	30
5.4.1. Características.	31
5.4.2. Tratamiento.	32

CONCLUSIONES.	33
---------------------------	-----------

GLOSARIO.	- 34
-----------------------	-------------

BIBLIOGRAFIA.	37
---------------------------	-----------

INTRODUCCION

En la práctica de la Odontología Geriátrica, se ha encontrado que las diversas enfermedades y patologías de la tercera edad, no tienen características específicas, sino que pueden ser alteradas por diversos factores, dependiendo el grado de vida que llevan los pacientes. Los elementos más importantes que influyen en los pacientes geriátricos son:

- ◆ La Dieta: La correcta alimentación del anciano es de trascendental importancia y en ella hay que considerar una serie de circunstancias especiales para obtener un rendimiento útil y balanceado. Incluso, el estado mismo de la vejez estaría condicionado a fenómenos acumulativos de procesos que no cumplen su función alimentaria, los cuales van generando estados de carencia limitada que, cuando adquieren una magnitud considerable disminuyen el rendimiento de órganos y tejidos produciendo o acelerando el proceso de envejecimiento. (9)
- ◆ PSICOLOGICO: En esta etapa es muy difícil que las personas de la 3a. edad, acepten nuevos cambios o estilos de vida. Así como el retiro laboral y social, les afecta enormemente, llegando a que en ellos se les desarrolle una depresión, pensando que ya no son capaces de poder realizar actividades físicas y mentales.
- ◆ SOCIOECONOMICOS: Cabe mencionar que este aspecto es muy importante ya que la mayoría de los pacientes geriátricos dependerán económicamente de familiares, cercanos a ellos, y piensan que pierden todo contacto, con sus amistades, y con el mundo exterior.
- ◆ EN LOS QUE RESPECTA A LAS ENFERMEDADES SISTEMICAS:
 - Encontremos con frecuencia enfermedades cardiovasculares y cardiopulmonares.
 - La diabetes que es una insuficiencia de insulina, y un creciente número de diabéticos sobreviven a edades muy avanzadas. La diabetes no controlada, está relacionada frecuentemente con signos de avitaminosis, como el de la deficiencia del complejo vitamínico B.

- **Anemia perniciosa** que es debida a alteraciones de la absorción de vitamina B12, se observa principalmente en personas de edad. La deficiencia en hierro, suele persistir o empeorarse por defectos de la absorción.

Estos trastornos pueden producir, signos y síntomas orales, como sería la glositis, ya que la deficiencia de hierro y la anemia perniciosa, son las principales causas de esta enfermedad, y las más comunes en los pacientes geriátricos.

También se desarrollan las enfermedades tan frecuentes y recurrentes como la caries y la enfermedad periodontal, en donde la caries se verá disminuida debido a los hábitos dietéticos, pero cuando se desencadena afecta las partes cervicales expuestas, debido a el gran descuido de la higiene bucal. En lo cual se verá afectado el periodonto y sus estructuras, teniendo como consecuencia, la pérdida total o parcial de los dientes.

Es importante considerar los trastornos relacionados con la colocación de dentaduras totales, y la frecuencia de lesiones o factores iatrogénicos predisponentes por esta causa.

Las prótesis totales tienen un período de eficiencia limitado que está sujeto a los cambios y cuidados de los tejidos de soporte, para que éstas no se conviertan en factores patógenos.

Algunas de las lesiones patológicas que se pueden desencadenar por el uso de las dentaduras completas serían: Hiperplasias papilar, marginal y fibrosa, queilitis angular, estomatitis protésica y trastornos en la lengua.

Un factor importante, es la presencia de el hongo llamado *Candida albicans*, que se desarrolla abundantemente en la parte interna, de las bases protésicas, ya que éstas representan espacios, que permiten la acumulación de detritus alimenticios, microorganismos y células muertas, constituyéndose así la placa bacteriana.

Mientras mayor sea la permanencia del material en la boca, más profunda es la penetración de los microorganismos en el interior de él. Algunos factores que se desencadenan podríamos citar: deficiente higiene de la prótesis, el uso nocturno de las mismas y el coeficiente de inhibición de algunos materiales de base, como las resinas acrílicas. Es necesario insistir en la educación del portador de dentaduras completas, insistiendo en la importancia, de eliminar la placa bacteriana, presente en su prótesis por rigurosas medidas de higiene, así como la mucosa oral de soporte.

En la actualidad con el avance de la Odontología el profesionalista logrará educar, detectar, prevenir y eliminar estos padecimientos haciendo que los pacientes geriátricos lleguen a una vida sin alteraciones patológicas y que tengan una mejor condición en el funcionamiento integral de su cavidad bucal, asimismo, se logrará un objetivo de vital importancia que es ofrecerles una mayor durabilidad, estabilidad y funcionamiento en sus tejidos y estructuras dentarias.

CAPITULO I

CARIES Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

1.CARIES

1.1 ETIOLOGIA DE LA CARIES

La caries es una enfermedad infecciosa química-biológica, que causa un daño, progresivo e irreversible. Dentro de los agentes causales más importantes encontramos a: los streptococos mutans, lactobacilos, estafilococos y streptococos cariogénicos. Van a causar la destrucción del esmalte dentario y posteriormente de todo el diente.(4)

La caries tiene una evolución rápida y es una de las causas principales de la pérdida de dientes en personas jóvenes.

El último efecto de la caries es destruir el esmalte y la dentina y abrir una vía para que las bacterias, lleguen a los tejidos subyacentes. Esto produce, infección e inflamación de la pulpa y mas tarde de los tejidos periodontales apicales. La pulpitis y periodontitis ocasionadas de ésta manera, son las causas más comunes del dolor que se da en los dientes. La caries una vez que se ha formado, la única manera práctica de tratar el daño, es extirpar el tejido, infectado y restaurarlo con obturaciones como; la amalgama, resinas, iónomeros de vidrio, o con restauraciones como serían: incrustaciones, coronas completas.(2)

La caries va ha ser más frecuente en poblaciones cuyas dietas, incluyan grandes cantidades de carbohidratos.

En cuanto a pacientes geriátricos, el diente presenta cariorresistencia que se ve contrarrestada por la involución fisiológica de la encía, la cual sufre un proceso de retracción del tejido marginal del diente, dejando al descubierto porciones del diente recubiertas de cemento, y , por tanto menos resistencia a los procesos cariogénicos.

La caries en estos pacientes es recurrente y lenta, de extensión circular, localizada frecuentemente en las periferias de obturaciones antiguas, desgastadas o fracturadas. La incidencia de fracturas aumenta con la edad, presentandose también en las superficies proximales y gingivales.

La mayoría de las caries en las raíces se localiza en las superficies bucales de los premolares y molares inferiores, y en los molares superiores sobre las superficies palatinas.

1.2. CARACTERÍSTICAS MÁS FRECUENTES

En los pacientes geriátricos el proceso carioso se va haciendo crónico y tiende a tener menos síntomas que en las personas más jóvenes.

Si no se realiza el tratamiento a tiempo se extiende la caries originando complicaciones como:

- caries en zonas cercas a obturaciones o restauraciones antiguas
- caries en los bordes de contacto y de soporte a las dentaduras parciales
- Así como las partes cervicales expuestas, que aparecen en superficies vestibulares o linguales, y se extienden desde la zona opuesta a la cresta gingival, hasta la convexidad del diente, marcando la zona de autolimpieza de ésta superficie

Cabe mencionar la importancia que tiene la caries que se origina en la raíz, por la proximidad que tiene con la cámara pulpar, otras causas que pueden contribuir al desarrollo, de esta enfermedad, es la disminución del flujo salival, en pacientes que son tratados con radioterapias, lo cual puede predisponer el cuello dentario, a un procesos carioso.

La caries del cemento, en los pacientes geriátricos, que han sufrido una recesión gingival constituye un problema especial. Aunque el cemento se hace más grueso con la edad, la unión cemento-esmalte es más delgada, y las lesiones de caries tienden a invadir rápidamente la dentina.

1.3. MANIFESTACIONES

En las lesiones de la caries se presentan fragilidad en el esmalte y la dentina estos cambios deben tenerse en cuenta por la modificaciones que se realizan cuando llevamos a cabo la restauraciones. La caries puede estar tan desarrollada que al hacer el tratamiento ya se han originado complicaciones. Estas lesiones en los pacientes geriátricos deben hacerse lo más pronto posible para no llegar a un daño irreparable. A medida que avanza la edad, el proceso de caries se hace, más crónico, y se hace menos sintomático que en personas jóvenes.

1.4 TRATAMIENTO

Las obturaciones que se realizan en cuanto a cavidades con un proceso carioso serán en la mayoría de los casos preparaciones de clase V, en los dientes anteriores trataremos de dar un buen funcionamiento y estética, haciendo, una preparación cavitaria, sin demasiada extensión, utilizando un restaurador eficaz como sería la resina. Otro material que podemos utilizar sería, el ionomero de vidrio, el cual es un restaurador que se une a la estructura dentaria y da una buena respuesta gingival.

En las preparaciones de cavidades en dientes posteriores también presentarán cavidades de clase V, podremos utilizar como material de obturación, una amalgama, para lograr una mayor resistencia, en algunos casos, que tengan que usar prótesis para tener un mayor soporte en los retenedores, así como podremos utilizar también una resina o un ionómero de vidrio, para darle una mejor estética a estas piezas.

En los pacientes geriátricos el margen gingival de cualquier restauración debe estar por lo menos 1 mm arriba de la encía para conservarse limpio por el mismo paciente. Así como emplear un recubrimiento más extenso de la superficie oclusal y tener una protección más adecuada por medio de incrustaciones.

Para prevenir la caries sobre todo en pacientes con xerostomía se recomienda usar un gel, como sería la glicerina de 160 g, y el carboximetilcelulosa de sodio de 22,5 g. se recomienda usarlo, una vez al día, después de cepillarse los diente, con el cepillo, o con los dedos, indicándole al paciente, hacer enjuagues tres veces al día, por un tiempo de una semana.

2. ENFERMEDAD PERIODONTAL

2.1 ETIOLOGÍA DEL TEJIDO PERIODONTAL

El periodonto es el tejido de sostén y protección del diente, y está sujeto a cambios morfológicos y funcionales conforme a la edad. Los elementos por los que está constituido son:

- * **Ligamento Periodontal:** es la estructura del tejido conectivo que rodea a la raíz, y la une al hueso.
- * **Encía:** es aquella parte de la mucosa bucal, que cubre los procesos alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes . En la cuales encontramos la encía: libre, adherida e interdental.
- * **Cemento:** Es el tejido mesenquimatoso calcificado que forma la capa externa de la raíz, puede ejercer un papel muy importante en la evolución de la enfermedad periodontal. La membrana periodontal y el alvéolo, darán como resultado la implantación de la pieza dentaria dentro de su alvéolo correspondiente.
- * **Hueso alveolar:** El proceso alveolar es el hueso que se forma y sostiene a los alvéolos dentarios, ésta compuesto por una pared interna del alvéolo de la lámina cribiforme de hueso esponjoso y tablas vestibular y palatina del hueso compacto.

En los pacientes geriátricos éstas estructuras se verán modificadas por la edad de las siguiente manera:

- * **Ligamento Periodontal:** Hay aumento en fibras elásticas, disminución en la vascularización, existen un aumento y una disminución del espesor. La disminución del espesor también puede ser consecuencia de la invasión del ligamento por el depósito continuo de cemento y hueso.
- * **Encía:** Disminución de la queratinización, y del puntilleo así como el aumento de las sustancias intercelulares y reducción del consumo de oxígeno como medida de la actividad metabólica. Una queratinización aumentada en los labios y mucosa de la mejilla que podría estar relacionada con el tabaco.
- * **Cemento y Hueso alveolar:** Los cambios que se presentan con la edad, en el hueso alveolar son muy parecidos a los que se manifiestan, en el sistema óseo, estos pueden ser osteoporosis, disminución de la vascularización y una reducción en el metabolismo y en la capacidad curativa. La reabsorción aumenta, y la formación ósea decrece.

2.2 CARACTERÍSTICAS MAS FRECUENTES

La enfermedad periodontal aumenta con la edad, teniendo una considerable recesión gingival con aumento en la proporción corona - raíz.

En los pacientes geriátricos se afectan las estructuras periodontales, por la gran acumulación de placa bacteriana, y restos de alimentos entre los dientes, y hay un mayor grado de inflamación.

El espacio interdental ya no será llenado por las papilas debido a la recesión gingival, y el hueso alveolar perderá entre un tercio o la mitad de su estructura.

El cemento se hace mas grueso con la edad, y la unión cemento-esmalte es más suave, las lesiones de caries pueden invadir rápidamente.

La saliva ejerce una considerable influencia en la iniciación de la placa, maduración y metabolismo.

La enfermedad periodontal y caries están influenciadas por el fluido salival y su composición.

2.3 MANIFESTACIONES

El cambio más obvio en los dientes es la pérdida de sustancia dental causada por la atrición. Esta reduce la altura e inclinación de las cúspides, con aumento de la superficie masticatoria. También hay una leve atrofia en la zona de molares y a la oclusión borde a borde en el sector anterior. Sin embargo, es más probable que la menor eficacia masticatoria en pacientes geriátricos sea la consecuencia del no reemplazo de dientes ausentes o dientes móviles, prótesis mal adaptadas o pocos deseos de utilizar una prótesis.

En algunas ocasiones con la enfermedad periodontal se llegan a exponer los conductos laterales y los forámenes accesorios, y algunas veces se tendrá que llegar a la extracción por factores como la nutrición y enfermedades crónicas que afectan la reparación periapical. Si la cavidad bucal no se conserva limpia, la placa afecta los tejidos, dando como resultado la pérdida de los dientes con exposición radicular.

Aunque la recesión gingival, la atrición y la pérdida ósea sean procesos comunes del envejecimiento, no se presentan en todos los pacientes y varían considerablemente en un mismo grupo de edades.

La pérdida ósea acentuada de los ancianos se atribuye a una higiene bucal poco eficaz, la migración patológica de los dientes y la pérdida de la dimensión vertical pueden ser las consecuencias de la enfermedad periodontal y del no reemplazo de dientes ausentes.

2.4 TRATAMIENTO

En los pacientes geriátricos, el estancamiento de los alimentos, y cálculos conducen a la inflamación, y la eliminación es la medida más importante para la salud, y así evitar la periodontitis y reducir su nivel

La mayoría de los pacientes geriátricos, registran formación de bolsas lo cual alrededor de un tercio del soporte de hueso alveolar de los dientes se pierde. Por lo cual, una buena higiene oral efectiva es esencial y sin ella es necesario el cuidado terapéutico.

Para el cuidado de las bolsas, aparte de medir la profundidad, debemos complementar la información con radiografías intraorales, que revele la situación marginal.

Algunas medidas terapéuticas que podríamos utilizar son:

Curetaje y estimulación o masaje.

En esta fase se usará la siguiente técnica:

El raspado y alisado radicular. La utilización de una anestesia infiltrativa o anestesia local.

La cureta se selecciona de manera que el borde cortante vaya hacia el tejido, una cureta gracey núm. 13, se inserta en la capa más interior de la pared de la bolsa, y se lleva a lo largo del tejido mediante un golpe horizontal.

La pared de la bolsa puede mantenerse por medio de la presión suave del dedo en la superficie externa, la cureta se desplaza entonces bajo el borde cortante del epitelio de unión. El curetaje es realizado frecuentemente como método de mantenimiento de las áreas de inflamación recurrente y profundidad de las bolsas.

Estas producirán la curación de tejidos, siempre que la eliminación de la placa y cálculos se lleve a cabo al mismo tiempo.

El paciente debe tener un período largo y cuidadoso postoperatorio y una supervisión cuidadosa en el hogar.

Otra medida sería la Ferulización provisional, que es mediante la inmovilización del diente.

La extracción, está es tomando en cuenta la dificultad de obtener un higiene oral efectiva, en la persona de edad con dientes tratados y afectados periodontalmente, se considerará hacer la extracción como una terapia.

3. METODOS DE PREVENCION

Con lo que respecta a la caries, en métodos que pueden ayudar a los pacientes geriátricos son los siguientes:

Tratar de llevar a cabo una buena higiene oral, esto es mediante diversas técnicas de cepillado, para que las bacterias, no colonizen tan rápido, así como el uso adecuado del cepillo.

La tendencia actual es usar cepillos relativamente pequeños y rectos, con dos o tres hileras de 10 a 12 penachos de fibras sintéticas cada una. En la actualidad, se elaboran dos clases distintas de dentríficos fluorados, uno contiene, fluoruro de sodio y otro con fluoruro estano. En pacientes de edad avanzada con dentición natural es recomendable cepillado frecuente con una pasta fluorada como un recurso preventivo de la incidencia de caries en lugares restaurados, en la corona y en la raíz.

La prevención de la enfermedad periodontal, será mediante el control de la placa, para prevenir, si es posible que aparesca. Las medidas que se recomiendan al paciente para que adquieran el hábito seran:

El uso de cepillo dental, cepillos interdetales, seda dental, y la recomendación de algunas técnicas de cepillado como serian las siguientes:

La técnica de rotación:

Las cerdas del cepillo se colocan casi verticales contra las superficies vestibulares y palatinas de los dientes, con las puntas hacia la encia y los costados de las cerdas recostadas sobre ésta. Debe ejercerse una presión moderada hasta que se observe una ligera isquemia de los tejidos gingivales.

Se rota el cepillo hacia abajo y adentro en el maxilar , arriba y adentro , y las cerdas que deben arquearse, barren las superficies de los dientes en un movimiento circular, esta acción debe repetirse de : 8 a 12 veces en cada sector de la boca, en una secuencia definida y repetida rutinariamente para no olvidar alguna de las superficies vestibulares y palatinas de la boca.

Las superficies oclusales pueden cepillarse por medio de movimientos horizontales de barrido hacia adelante y atrás.

La técnica de Bass:

Las cerdas del cepillo se colocan a un ángulo de aproximadamente 45 grados con respecto de las superficies vestibulares y palatinas, con las puntas presionadas suavemente dentro de la superficie gingival.

Una vez ubicado el cepillo, el mango se acciona con un movimiento vibratorio, de vaivén, durante 10 o 15 segundos en cada uno de los sectores de la boca. El mango del cepillo debe mantenerse horizontal y paralelo, a la altura de premolares y molares y superficies vestibulares, de los incisivos y caninos.

Por ejemplo el cepillo debe ser de penachos múltiples de nylon, textura mediana o suave, debe tener una cabeza corta, para que pueda llegar a las superficies internas de un arco estrecho o pequeño.

Cepillos eléctricos, tiene penachos múltiples y finos que permiten un buen acceso en zonas interproximales, así como de especial uso para pacientes geriátricos que tienen, alguna deficiencia, o poca capacidad física.

La seda dental , con la cual los pacientes, pueden eliminar la placa en los puntos de contacto interdental y alrededor de los mismos.

Otro método de prevención es la pastilla reveladora, la cual el paciente, la masticará, pasandola completamente por todas las zonas de la boca, el efecto de esta es inmediato, pigmentandose las zonas de los dientes que contiene la placa dentobacteria, lo cual se le indicara al paciente, que debe cepillar esás zonas con mayor dedicación, para la eliminación y el alivio de sus órganos dentarios.

También usar limpiadores de puentes, ya que las colonias bacterianas que constituyen las placa se forman donde se encuentran las condiciones para hacerlo, y las superficies gingivales de los tramos de puente, o los proximales de las restauraciones o dientes de anclaje.

Así como el uso, de pastillas efervescentes, para eliminar el sarro de las dentaduras completas, se coloca una pastilla efervescente en un vaso con agua y se introducen las dentaduras totales, las cuales quedarán sin ningun resto alimenticio por la función que ejerce la pastilla y se dejará aprox. durante una noche. Al día siguientes se enjuagaran perfectamente, con agua y jabón, y un cepillo de cerdas suaves, con objeto de eliminar algun residuo de alimento que halla quedado.

CAPITULO II

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES POR USO DE DENTADURAS COMPLETAS.

Hiperplasia

La hiperplasia es un crecimiento nodular común de la mucosa bucal, que desde el punto de vista histológico, es un tejido inflamatorio de granulación. Algunos son crecimientos excesivos de predominio epitelial con estromas de tejido conjuntivo.(12)

En muchas lesiones, diferentes cortes pueden revelar, ejemplos de cada uno de éstos patrones histológicos.

Suele suponerse que el principal factor etiológico de éstas lesiones, es el traumatismo crónico, como: (el que se produce por dentaduras mal ajustadas, cálculos, restauraciones dentales sobresalientes y dientes fracturados). En muchos casos es posible demostrar de manera conveniente irritantes crónicos, (hiperplasia papilar palatina).

Son muy comunes los irritantes, casi todos ocurren en la superficie de la mucosa bucal. La mayoría de las hiperplasias no recurren., las cuales vamos a en contrar, especialmente en el paciente geriátrico, y son importantes ya que éstas lesiones, vienen relacionadas, con la colocación de la prótesis, y la falta de adecuadas medidas de higiene oral.

Estas tienen un tiempo, de eficacia en la boca, que va ha estar sujeto a cambios y cuidados de los tejidos de soporte, para que no se conviertan en factores patógenos.

Hay tres tipos de hiperplasia las cuales se definen como sigue:

2.1 Hiperplasia Papilar

Conocida también como hiperplasia epitelial palatina o papilomatosis del paladar. Es una lesión común, con aspecto característico, que se forma en el paladar duro, en respuesta a la irritación crónica por una dentadura, en un porcentaje de 3 a 4 % de quienes la utilizan.

La lesión se compone, de numerosas proyecciones papilares rojas, y edematosas, que abarcan casi la totalidad del paladar duro, y le dan aspecto verrugoso. Elevándose de la mucosa palatina y a veces se encuentra sobre el reborde y en los surcos bucal o labial.

En lesiones el estímulo mas potente, son las dentaduras completas, en que se cortan áreas de alivio en la superficie palatina de asentamiento, también se observan bajo dentaduras parciales y en algunos casos, ésta lesión en pacientes que nunca utilizaron dentaduras.

La lesión suele, acompañarse de cierto grado de dolor, debido a la infección crónica por candida que influye, en el aspecto de la hiperplasia papilar. Cuando se complica por candida albicans, la lesión tiene un aspecto rojo a escarlata y las proyecciones tumefactas, seje man la superficie de una baya muy madura. Puede presentarse a cualquier edad adulta, pero no tiene predilección definida por el sexo.

2.1.1 Característica.- Predomina en pacientes desdentados que usan prótesis, en algunos casos, se ha observado que en pacientes que conservan todos sus dientes llegan a tener la hiperplasia

En los pacientes desdentados tendran las siguientes manifestaciones:

- Microcolonización en las bases de la prótesis.- Es por la proliferación de microorganismos existentes formados en la dentadura, por la candida albicans.
- Prótesis totales superiores desadaptadas.- Se debe principalmente, a un error o deformación en el registro de la impresión.

- Uso durante largos períodos (más de 5 años).- No dejando descansar las mucosas. (uso nocturno de ellas)
- Higiene protésica y bucal deficiente.- Mientras mayor sea la permanencia de la prótesis en la boca, más profunda es la penetración de los microorganismos en el interior de él.
- Disminución de la secreción salival.- Puede ser debido a la deficiencia de la Vitamina B, el uso de medicamentos, y radioterapias.

2.1.2 Tratamiento

El tratamiento será la interrupción de uso de prótesis mal ajustadas y se hará la confección de una prótesis nueva.

No es esencial extirpar quirúrgicamente la hiperplasia papilar, pero sin la eliminación quirúrgica del tejido excedente, nos da como resultado, la regresión del edema e inflamación, y la hiperplasia persiste. Se puede realizar la excisión quirúrgica de la lesión, antes de la confección de una nueva prótesis, devolviéndole a la boca su estado normal.

La técnica que se utiliza es la siguiente:

Se logra mejor con el paciente baja sedación o analgesia con óxido nitroso, oxígeno y anestesia local, usando una unidad de electrocirugía, totalmente rectificadora y un electrodo de asa.

La profundidad de la recesión se hace hasta la submucosa. Esta viene determinada por la ausencia del efecto de campos de trigo al viento, cuando los tejidos se someten a flujo de aire comprimido. El color gris amarillento de la submucosa, es una guía útil para lograr profundidad adecuada a la resección.

Se debe evitar la penetración del periostio para evitar escaras óseas que retrasarán la curación. Se usa una férula palatina recubierta con apósito periodontal especial, para reducir al mínimo el sangrado y el dolor posoperatorio. Se permite que la férula permanezca en su lugar, para permitir buen inicio de formación de tejido de granulación.

El apósito se cambiara cada semana bajo anestesia t6pica para permitir la curaci6n por granulaci6n, y epiteliaci6n secundaria .

Puede producirse hemorragia posoperatoria durante 5 a 7 d1as, cuando las escoras se ablandan. y caen durante la comida. Estas se controlan presionando la f6rula o con una compresa saturada en soluci6n de hipoclorito s6dico o anestesiando el paladar adyacente al sitio de la hemorragia, para lograr presi6n sobre los vasos y efecto de vasoconstrictor.

Se requiere de 3 a 5 semanas de curaci6n, antes de iniciar el per1odo de elaboraci6n de la nueva dentadura. (15)

2.2 Hiperplasia Marginal

La lesi6n gingival es com6nmente conocida como fisuratum, granulomatosis prot6sica, o fibromas del fondo vestibular.

Se asocia con la irritaci6n cr6nica de borde perif6ricos sobreextendidos o desadaptados, de una dentadura completa sobre el epitelio del surco vestibular, por la resorci6n del reborde osealveolar.

El epitelio del fondo vestibular reacciona a la irritaci6n produciendo tejidos hiperpl6sicos de reparaci6n , ocasionando una serie de pliegues ulcerosos, semejandose a un doble labio.

La hiperplasia marginal puede producirse por pr6tesis y se puede encontrar en el v6stibulo labial inferior o en el v6stibulo labial superior.

Se observan dos formas t1picas; la fibromatosa y la papilomatosa. La patogenia de ambas depende de la rapidez de su evoluci6n, del dise1o y la acci6n del borde perif6rico de los movimientos funcionales,(masticaci6n, h6bitos, fonaci6n), y factores de orden general. (movilidad debido a pr6tesis mal ajustadas, superficies 6speras, reparaciones traum6ticas, as1 como factores predisponentes, como el tabaco y el alcohol.

2.2.1 Características.- Esta lesión es generalmente asintomática, El tejido prolifera en la zona del surco, entre el contorno periférico de la prótesis y la mucosa vestibular. En el borde periférico de las dentaduras inmediatas, o desgaste prolongado, se ejerce una presión sobre la mucosa, y se ocasiona la hiperplasia, la cual aloja y retiene residuos alimenticios y a los microorganismos, como la *Candida albicans*.

Por ello se explica los cambios rápidos y continuos en el volumen de los tejidos blandos, después de las extracciones, junto con la reparación ósea y la resorción de los rebordes alveolares residuales, que dan como resultado el asentamiento de la base protésica en los tejidos de soporte.

La semejanza de la lesión de hiperplasia marginal, con los fibromas papilomas, no es sólo clínica, sino también histológica, lo cual propicia su confusión. Histológicamente el epitelio es ligeramente hiperplásico y en algunos casos está ulcerado.

2.2.2 Tratamiento.

Se debe retirar la prótesis, o desgastar el borde periférico incrustado en la zona hipertrófica, esto es para que el tejido se recupere y descansa de la lesión, el cual debe ser prolongado para que permita la cicatrización y regresión del epulis.

Esta recuperación o reparación puede lograrse diseñando el contorno con modelina de baja fusión, y materiales para acondicionamiento de tejidos con compresión; alivian radicalmente en la mayoría de los casos o mejoran los casos graves. (9)

Cuando los procedimientos anteriores no solucionan los problemas, se procede a realizar la extirpación quirúrgica. Esta logra disminuir la profundidad del vestíbulo, cuando ya se presentó la contractura de la cicatrización.

La extirpación se hará en el vestíbulo labial superior, mediante la aplicación de anestesia local o por infiltración en el fondo vestibular.

Se sostiene con pinzas de curación, haciendo la extensión del pliegue labial angosta y bucalmente dirigido hacia adelante, la fijación y sostén del pliegue mucoso se hará con pinzas para tejido, al tornarse isquémico, ya que la presión reduce el aporte sanguíneo, se mantiene la presión sobre el tejido y se practica la incisión, con bisturí liberando desde la base, se repite la incisión, y después se separa completamente la lesión.

El sangrado que brota en la zona operada es principalmente de capilares y se va a controlar al afrontar los bordes con sutura, se utiliza hilo 000, se hace con puntos aislados. Una semana después se retiran los puntos, y la cicatrización deberá evolucionar en forma satisfactoria.

Además las dentaduras en uso deben ser correctamente rebasadas y ajustadas, si éstas no se pueden utilizar se procede a realizar una nueva dentadura. (9)

2.3 Hiperplasia Fibrosa

Es un crecimiento que ocurre en la superficie de la mucosa bucal, esta lesión va a estar relacionada con la periferia de dentaduras mal ajustadas, en el cual el crecimiento suele segmentarse por el borde de la dentadura, y una parte de la lesión, se encuentra bajo la misma y la otra entre el labio o el carrillo, de la superficie externa de la dentadura. Esta afección es consecuencia de la resorción del reborde residual, ante una dentadura completa desajustada, debido a las fuerzas oclusales desequilibradas y constantes en una zona localizada.(3)

Normalmente cada prótesis total superior, que articula contra pocos antagonistas anteriores inferiores naturales, les provoca atrofia ósea, con hiperplasia fibrosa, en la porción anterior del reborde, cubriendo el borde mandibular atrófico.

2.3.1 Características .- Se presenta la influencia del traumatismo, que es ocasionado por fuerzas excesivas.

- La consecuencia se dará también, a que una dentadura completa superior, ocluya contra una prótesis parcial con extensiones distales bilaterales, donde han presentado resorción bajo sus bases de soporte.
- Así como las fuerzas excesivas anteriores también llegan a presentarse cuando se emplean, dientes anteriores de porcelana, con dientes posteriores de resina.
- La escasa resistencia al desgaste de resina, causa una hiperoclusión de los dientes anteriores de porcelana.
- En algunos casos que son más graves, pueden relacionarse con prótesis total inmediata, no ajustada o remplazada oportunamente.

2.3.2 Tratamiento

Cuando se localiza la hiperplasia, en la zona anterior del maxilar superior desdentada, y en la zona inferior generalmente se requiere realizar una excisión quirúrgica o vestibuloplastia

Siendo que el reborde residual anterior del maxilar inferior está tres o cuatro veces menos afectado que el reborde del maxilar superior.

Con éstas técnicas se trata de obtener superficies mucosas estables, elásticas y firmes así como conservar la amplitud y profundidad suficiente del vestibulo protésico. Así como la elaboración de un nueva dentadura

Prevención

Las instrucciones que se les debe de dar al paciente, deben ser claras y específicas, para que las puedan aplicar fácilmente en casa.

Así como tratar de proporcionarles folletos, para hacer más sencilla y fácil las indicaciones mencionadas anteriormente.

En el paciente geriátrico, que ésta imposibilitado, debemos recurrir a terceras personas, para que ayuden a controlar y llevar a cabo, las instrucciones que se les han indicado.

En el cuidado y uso de las dentaduras, debemos conscientizar al paciente desde el principio hasta el final que el tratamiento es una solución, para

rehabilitar la fisiopatología de la edentación. Así como sus condiciones físicas, mentales y bucales son de naturaleza individual.

Se le debe indicar lo siguiente:

Que sus hábitos cambiáran, en cuestión de la masticación, puede demorar por lo menos de 3 a 6 semanas, y que es conveniente reducir la masticación a alimento blandos, cortarlos en pequeños trozos, y llevarlos hacia la comisura, en lugar de hacerlo entre los dientes anteriores.

En la fonética, se le aconseja al paciente que practique la lectura en voz alta y que repita palabras o frases de difícil pronunciación.

En cuanto a la higiene de sus dentaduras, se le indica que debe quitarse las prótesis, después de las comidas y limpiarla con cepillo blando, utilizando un detergente líquido o jabón y agua. Se recomienda hacer el cepillado sobre un recipiente lleno de agua o cubierto con una toalla húmeda, porque se puede llegar a caer y fracturarse. Por las noches se colocarán en un recipiente con agua, una vez a la semana, con una solución de, una cucharadita de hipoclorito, durante 30 min aproximadamente, para que se elimine la acumulación de tártaro o manchas, se enjuagan minuciosamente y con cuidado las dentaduras, descansando así los tejidos de soporte.

En su higiene oral, se les recomienda usar un cepillo blando para limpiar diariamente las superficies mucosas de los rebordes residuales y la superficie dorsal de la lengua. Este procedimiento proporciona estimulación para una mayor circulación, y elimina los residuos que podrían causar la irritación de la mucosa. (10)

CAPITULO III

QUEILITIS ANGULAR

3.1 Etiología

La queilitis angular es una lesión que afecta las comisuras labiales, donde se acostumbra aglutinar una serie de manifestaciones, erosivas, ulcerosas y costrosas. La causa de dichas lesiones, intervienen de diversos factores como son:

- Enfermedades sistémicas.- raras veces se dan en diabetes, neutropenia y sida. (3)
- Deficiencias nutricionales.- Como en las anemias y deficiencias de vitamina B, o ácido fólico.
- Prótesis completas inadecuadas.- Son dentaduras mal ajustadas, también por el succionamiento de los labios, y atenciones dentales prolongadas.
- Disminución en el flujo salival.- Por la deficiencia de la vitamina B.
Y en un gran número de casos hay una sobreinfección por candida albicans.

El examen clínico de las lesiones, así como los frotis obtenidos del ángulo bucal y de la superficie lingual, son estudiados al microscopio, y se ha demostrado que en muchos casos la presencia de la candida. Y en determinadas circunstancias si se alteran los factores, son capaces de producir sintomatología, y sobre todo después de terapéuticas antibióticas prolongadas, les provoca una rápida colonización y afecta la parte superior de la mucosa oral.

3.2 Factores que desencadenan la enfermedad

En la queilitis angular vamos a encontrar tres clasificaciones, en las cuales se puede observar diversos factores como son :

- La Queilitis activa
Se observa en individuos sensitivos a la luz solar, y a factores como, la succión habitual de los labios, atenciones dentales prolongadas, y puede predisponer a una leucoplasia o cáncer.

- **La Queilitis por irritación**

Muchos de estos pacientes, como resultado de los cambios faciales que produce la edad, tienen pliegues profundos en los ángulos de la boca. La infección y el cambio inflamatorio pueden diseminarse a lo largo de estos pliegues de la piel, de tal manera que la lesión se vuelve más extensa y notoria. Por eso se ha pensado durante mucho tiempo que los pliegues profundos en los ángulos de la boca se deben a una sobremordida. (11)

- **Disminución de la dimensión vertical**

Puede causar fisuras en las comisuras de la boca. Se observa en pacientes edéntulos y en portadores de dentaduras completas, con la disminución de la dimensión vertical maxilomandibular.

Que sufre el paciente a través de los años, y se van ha modificar por los cambios faciales.(2)

La resequedad de la saliva acumulada en las fisuras puede ocasionar ulceraciones semejantes a las que se producen por deficiencia de vitamina B.

3.3 Manifestaciones

Cuando existe un queilitis angular hay que tener presente que el proceso puede ser una manifestación de anemia por deficiencia de hierro.

En la queilitis angular se presentan fisuras en los ángulo de la boca.

Por lo general es, casi siempre una característica de la vejez, aún cuando el paciente utilice o no prótesis dental. El factor más importante es la infección por la *Candida albicans*.

Así como pueden ser factores predisponentes:

Los carrillos flácidos y colgantes

comisuras labiales muy hundidas que están constantemente humedecidas por la saliva y la reducción de la oclusión en sentido vertical.

La saliva fluye por las fisuras que a veces están cubiertas por placas amarillentas.

Este pliegue de la piel no es tan inflamado excepto en un pequeño número de pacientes. (12)

3.4 Tratamiento

Las personas tratadas con antimicóticos, presentan una desaparición de las lesiones al cabo de 6 días de tratamiento.

También se realizan enjuagues con mycostatin, diluyendo 10 gotas de ésta solución en $\frac{1}{4}$ de agua, haciendo los enjuagues por cinco minutos, aproximadamente durante 3 veces al día, y en un lapso no mayor de los 7 días.

Otra medida sería la utilización de los óvulos de mycostatin en la zona afectada, para proteger la lesión.

Así como la prescripción de la vitamina del complejo B, y restaurar la dimensión maxilomandibular.

El desarrollo de nuevos antibióticos específicos, como la Nistatina, Anfotericina, Clotrimazol, actualmente se usa el Ketoconazol, Flucitosina, Miconazol y un nuevo antimicótico bucal, que es significativamente más efectivo. El Fluconazol.

Tratar de restaurar la dimensión vertical maxilomandibular, tanto fisiológica como morfológica, aumentando la dimensión vertical de la boca. Cuando se restaura la altura de los dientes, esto dependerá del grado de adaptabilidad del paciente geriátrico, y debe hacerse la elaboración de una dentadura nueva, a fin de que el paciente pueda usarla, y no cause fatiga muscular.(7)

CAPITULO IV

ESTOMATITIS POR PROTESIS

4.1 Etiología

La estomatitis por prótesis dental puede considerarse, como una enfermedad yatrógena, en cuanto a su desarrollo, depende de la oclusión o traumatismo prolongado de la mucosa oral por una prótesis mal ajustada.

También es una inflamación difusa del área de los maxilares en que se apoya la dentadura. Durante los períodos de exacerbación, suele haber dolor y ardor, pero el área roja persistirá años, en tanto se utilice la dentadura.
(24)

El recubrimiento de la mucosa, por la prótesis proporciona un medio favorable, en el cual los microorganismos, pueden proliferar bajo condiciones casi anaerobias, y pueden favorecer al desarrollo, principalmente de la *Candida albicans*.

Los factores causales de ésta patología son:

El traumatismo.- ocasionado por dentaduras mal ajustadas, pérdida de la dimensión vertical e hipovitaminosis B.

Alérgias.- Como podrían ser, por el material con el que se elaboran las dentaduras, (acrílico, como un resultado de una formación incompleta de los componentes durante, la polimerización, o sea la existencia de monómero residual en cantidad excesiva por deficiente polimerización.)

Causas generales.- como algunos factores psicológicos, trastornos hormonales y alteraciones hemáticas.

Que pueden estar asociadas:

En los estudios microbiológicos, realizados y confirmados, sostienen que el número de bacterias, tienden a aumentar con los años, en la prótesis en personas con estomatitis.

La estomatitis por prótesis, para todos los fines prácticos, sólo se observa por debajo de una prótesis superior, esto se debe, a que la prótesis inferior por lo general se adapta en forma menos estrecha, y continuamente se ésta levantando por los músculos de la masticación, lo cual permite que la saliva fluya más libremente, entre la prótesis dental y la zona cubierta por la prótesis.

4.2 Manifestaciones

Esta lesión se caracteriza por lo siguiente:

Suele ser asintomática, y el cambio que presenta es una zona de eritema brillante uniforme y está delimitada, por la zona de la mucosa cubierta por la prótesis superior. (19)

En el borde posterior de la dentadura se observa, una línea bien demarcada, entre el enrojecimiento de la estomatitis y la palidez normal de la mucosa. La presencia de levaduras adheridas a la dentadura, es un factor importante, de candidiásis. La adherencia de la levaduras a la dentadura aumentan por moco y suero, y disminuye con la película salival.

También se observa microscópicamente, que hay una reducción del espesor del epitelio, ausencia del estrato corneó, un marcado aumento de los espacios intercelulares en el estrato basal, una intensa infiltración de células inflamatorias, principalmente de linfocitos y el tejido conjuntivo, así como en el epitelio.

Algunos traumas que se presentan con la estomatitis, son: la poca estabilidad de la base, así como, la oclusión céntrica y excéntrica traumática.

La colocación y el uso de dentaduras completas interfiere con la flora normal de la boca desdentada. En las prótesis se produce una colonización de estreptococos mutans y sanguis, y el aumento de la concentración de estos, se asocia con la presencia de una superficie sólida y apropiada para la colonización bacteriana.

En esta enfermedad se darán tres clasificaciones que son:

Tipo I.- Puntos de hiperemia. Es una inflamación simple localizada o hiperemia puntiforme, donde aparecen puntos de hiperemia difusa de un área limitada de la mucosa palatina.

Tipo II.- Eritema Difuso. Es una inflamación más generalizada, con un eritema más difuso que afecta parte o la totalidad de la mucosa cubierta por la dentadura.

Tipo III.- Inflamación granular o papilar hiperplásica. Es una inflamación de tipo granular, que por lo general incluye el paladar central y los rebordes alveolares.(11)

Es frecuente que en la misma persona coexistan estomatitis por dentadura e hiperplasia papilar palatina.

4.3 Tratamiento

Hay diversos tratamientos para la estomatitis protésica, en la cual para mejorar resultados, es conveniente que los pacientes dejen de utilizar, la prótesis dental, excepto en ocasiones especiales, durante un período hasta los 15 días y durante este tiempo, deben chupar tabletas de nistatina o anfotericina durante 3 días. La dentadura o la mucosa deben mantenerse limpias y la superficie de contacto con la mucosa debe frotarse con un cepillo sólido, jabón y agua. La prótesis debe mantenerse, cuando no se esté usando en un vaso de agua con las patillas efervescentes para una mejor higiene. Muchas veces es necesario hacer un rebase o la creación de una nueva dentadura.(5)

CAPITULO V

PATOLOGIAS DE LA LENGUA

Etiología

La lengua, es un órgano muscular complejo, unido al hueso hioides, a la apófisis estiloides y a los tubérculos genianos de la mandíbula, esta insertada en los tres músculos extrínsecos de la lengua, el hiogloso, estilogloso y geniogloso. La lengua está dividida en porción anterior o bucal que es pequeña y una posterior más grande.(6)

La lengua, tiene múltiples funciones, es útil conocerlas, para el diagnóstico y tratamiento de trastornos locales y sistémicos.

Sus funciones son de:

Presión e ingestión.- Actúa como un medio para acumular líquido y alimento sólido, e impulsarlo hacia la faringe. Los movimientos de lamido, succión y masticación hacen la actividad muscular coordinada de la lengua y los maxilares, labios y carrillos.(3)

Succión.- La actividad muscular lingual genera una onda peristáltica que se mueve hacia atrás, y comprime.

Percepción.- La mucosa especializada y sensorial del dorso de la lengua proporcionan una valoración sensible de temperatura, textura, gusto, dolor y sensación general. (11)

Fonación.- Se requiere una fuerza y control muscular adecuada y un sistema sensorial lingual intacto, la glossectomía parcial en el adulto puede limitar la comunicación con tanta efectividad como la laringectomía.

Respiración.- Los músculos de la lengua, indican que la posición de la mandíbula y la lengua influyen en el control respiratorio, porque contribuyen al tono muscular lingual.(12)

Por supuesto la lengua, puede ser afectada en la estomatitis generalizada y en otras lesiones similares a la que ocurren en otras partes de la boca.

Las expresiones como hablar, con una lengua diferente (lengua viperina), atribuyen actitudes y conductas mentales al órgano visible, con el cual se expresan las afecciones, el dolor de la lengua y pueden implicar los mismos caracteres de personalidad.(2)

La lengua, también es el sitio de lesiones o la causa de síntomas que sólo, se presentan en la misma, y por razones desconocidas puede producir síntomas más tempranos.

A continuación se mencionan, las diferentes patológicas y características que puede adquirirse en la lengua.

5.1 LENGUA FISURADA

La lengua fisurada, ocurre en menos del 10% de la población. En estudios de gemelos, se hace probable que este determinada genéticamente, aunque las personas con lengua fisurada bien marcada aumentan con la edad, así mismo, el número, anchura y profundidad de las fisuras en la gente que la adquiere.(1)

5.1.1 Características

Suele considerarse como un resultado de una glositis de larga duración y de la cicatrización, y es irreversible.

Las grietas son profundas y recogen desechos celulares, alimenticios y flora microbiológica. Es mayor en personas con retraso mental y en psicóticos, así como en la trisomía del par 21.

Dentro del Síndrome de Melkersson-Rosenthal, las características del síndrome en boca son:

La aparición simultánea de parálisis facial unilateral, edema de la cara y lengua plegada. El síndrome se observa a menudo en forma incompleta, afecta por igual a hombre y mujeres y no hay predilección racial.

La tumefacción, que es la característica fundamental del síndrome, no es dolorosa, ni tiene depresiones y puede adquirir grandes proporciones.(7)

Las diferencias registradas en relación con causas distintas congénitas podemos mencionar, la carencia nutricional, trauma crónico, deshidratación y trastornos endócrinos.(25)

Las lenguas fisuradas, se denominan con fisuras precisas, en la línea media y se extienden hasta la punta o bordes laterales de la lengua. Estos pacientes regularmente se quejan de ardor o de otros síntomas. Como resultado, las zonas adyacentes de la lengua suelen mostrar inflamación. Y algunos factores que se relacionan con el aumento de la fisuración lingual son: la duración de portar una dentadura completa durante muchos años, disminución de la saliva, posible deficiencia de vitamina B, y candidiasis.

5.1.2 Tratamiento

Se tendrá que realizar, un gran esfuerzo, para llevar a cabo una detallada higiene lingual, porque se piensa que las bacterias y desechos que se retienen en las fisuras contribuyen a las molestias, y a la enfermedad.

Este material se quita mediante el estiramiento y aplanamiento de las fisuras y la limpieza de la superficie, con un cepillo dental o una gasa.

Cuando exista dolor se puede recetar esteroides en especial de los que contienen medicamentos antimicóticos.

5.2 LENGUA GEOGRAFICA

Es un trastorno que se caracteriza por la aparición y desaparición recurrente de zona rojas sobre la lengua. Se desconoce la causa, pero al parecer en algunos casos, el trastorno es determinado genéticamente.

Más de un miembro de la familia puede ser afectado.

Desde el punto de vista histológico hay adelgazamiento del epitelio, en el centro de la lesión y puede haber hiperplasia no muy desarrollada.

A veces la lesión presenta un borde pálido, ligeramente elevado y varias zonas pueden experimentar un aspecto festoneado.

La lengua geográfica suele acompañarse de variaciones menores en la estructura de este órgano.

En pacientes con lengua geografía y sus familiares no hay un patrón hereditario, establecido en particular.(25)

En personas con este tipo de lengua, tienden a tener mayor queja o manifestar incomodidad, independientemente de que estas lesiones se acompañarán de síntomas. Conforme a lo anterior y el temor exagerado de cáncer bucal que con frecuencia expresan los pacientes, se ha citado un fondo psicossomático.(13)

5.2.1 Características

La lengua geográfica también se le conoce como glositis migratoria benigna, y se le consideran como múltiples zonas de descamación de las papilas filiformes en forma irregular, también se refiere a áreas rojizas irregulares de pérdida de papilas y adelgazamiento del epitelio dorsal de la lengua. Este tipo de padecimiento suele acompañarse de variaciones menores como el de la lengua fisurada.

Puede estar la lesión en un sitio, y después regenerarse y aparecer en otro lugar dando así la impresión de migración.

Los síntomas en lesiones de la lengua geográfica, con frecuencia, los pacientes en quienes se observan comentan síntomas de ardor, picazón y dolor.

5.2.2 Tratamiento

El tratamiento de la lengua geográfica, cuando el fin es de controlar el dolor ardoroso crónico o alguna anomalía sensorial bucal, se hace la aplicación de anestésicos, locales tópicos de la variedad, como la lidocaína, o antihistamínicos acuosos como clorhidrato, de difenhidramina al 0.5%, administrados como enjuague bucal sobre el hielo machacado antes de las comidas.

Se logra una anestesia transitoria de la mucosa y algunos pacientes, encuentran que es preferible a las sensaciones ardorosas y otras irritaciones, como alimentos calientes, o muy condimentados.

5.3 GLOSITIS ROMBOIDAL MEDIA

Se puede describir como un área elevada redondeada o casi en rombo que ocurre en la línea media del dorso de la lengua, adelante de las papilas calciformes, puede estar lobulada o fisurada. (11)

Su prevalencia es tan solo de 1.3%. por lo cual resulta ser poco frecuente en población infantil. Además se le considera como una forma localizada de candidiasis crónica.

Rara vez hay una alteración carcinomatosa en ésta región, aunque la preocupación en pacientes esta presente.(9)

La sintomatología de las demás enfermedades descritas anteriormente, no se relacionan con la lengua romboidal media.

5.3.1 Características

Es importante considerar que éstas manifestaciones, son características de un mezcla de signos (enrojecimiento y aislamiento), y de un síntoma dolor, y estos de ninguna manera, se presentan en forma conjunta.

Los pacientes geriátricos llegan a considerar como normal, éstos cambios, sobre todo cuando se encuentran alojados en algún albergue.

Esencialmente es un reflejo de mala nutrición, originado por una ingestión reducida o por una mala absorción y deficiencias del complejo B.

El dolor de la lengua no es una molestia rara en los pacientes geriátricos. Puede atribuirse a la prótesis dental, falta de espacio para la lengua, hay pocas pruebas de que una prótesis dental pueda producir dolor difuso de la lengua.

Es probable que quienes utilizan prótesis dentales sean particularmente afectados.

Además se presentan en cualquier género, no hay predominancia en varones. Este tipo de pacientes, y con estomatitis por dentadura y queilitis angular, casi el 90% de los casos es posible identificar cándida. También un factor determinante es la diabetes, por la frecuencia de anomalías de la glucemia. La lesión se presenta con la lengua roja, lisa y adolorida.

La lengua puede estar dolorosa sin que haya cambios visibles o puede tener un aspecto liso pero sintomático.

5.3.2 Tratamiento

La glositis romboidal media se trata siempre mediante excisión quirúrgica, cauterio y se puede remitir para tratamiento con antimicóticos tópicos o sistémicos.

5.4 GLOSOPIROSIS

Las sensaciones dolorosas, ardorosas, localizadas en la lengua o que afectan otras áreas de la mucosa bucal, son molestias relativamente comunes. Los síntomas varían entre los distintos pacientes, algunos lo refieren como dolor, otros como ardor, hormigueo o entumecimiento.

La glosopirosis puede ocurrir en ésta forma como un síntoma aislado, y en otros enfermos , como una anomalía del gusto, que incluyen dolor sordo, profundo, continuo de la variedad del dolor facial atípico. Es un síntoma muy común entre las personas de edad, puede depender de varias , causas. Los pacientes pueden sentir e identificar ansiedad en su boca, y pueden observar que pueda ser una posible prueba de enfermedad.

Estas lesiones pueden o no acompañarse de síntomas. Cuando se encuentra una anomalía de la mucosa superficial en una región, tan obvia como la lengua, hay una posibilidad firme de que cualquier sintoma que se experimente en ese órgano, se atribuirá a la anomalía de la mucosa, sin importar la causa de los síntomas.

La movilidad constante de la lengua, y su importancia en el habla, y la alimentación asegura que incluso, las afecciones menores de éste órgano, se acompañen o no de lesiones, se experimentarán como una incapacidad importante y continúa.

5.4.1 Características

El paciente geriátricos, suelen tener molestia de ardor, puede influir malas restauraciones, dentaduras ásperas, cálculos, alimento irritantes, hábitos musculares bucales y tabaquismo intenso.

Cuando la forma de una lesión en la lengua, semeja bastante al posible irritante, parece más seguro su sitio etiológico. Con frecuencia se culpa a las alergias a materiales de bases de dentaduras, restauraciones metálicas, por los síntomas no siempre se resuelven cuando se eliminan estos agentes y los irritantes dentales locales.

El ardor también puede ser un síntoma temprano de candidiasis bucal. También se puede relacionar con enfermedades sistémicas como: Diabetes, anemia perniciosa o el síndrome de Plummer Vinson.

5.4.2 Tratamiento

Consistirá en eliminar los irritantes bucales.

Elaborar guardas oclusales para recubrir de la oclusión que aumenten los efectos, secundarios de los hábitos linguales.

Suele obtenerse cierto alivio de los síntomas con analgésicos tópicos, como la difenhidramina acuosa al 0.5% sola o combinada con diclonina o lidocaína, u otros ungüentos analgésicos aplicados en el área afectada.

El uso de nistatina o clotrimazol a veces producen resultados positivos y si hay proliferación de hongos.

La administración de Benadryl puede ayudar.

Cuando hay factores prominentes como irritantes locales, por ejemplo un arco dental irregular, y tensión muscular, suelen ser eficaces los relajantes musculares a dosis pequeñas para controlar estos síntomas

tratar la tensión muscular mediante la corrección de la mala oclusión o relajantes musculares como diacepam. (3).

Cuando no se puede identificar el factor causal es muy difícil de tratar.

CONCLUSIONES

La Odontogeriatría, es una rama de la Odontología que por diversas situaciones, no ha llegado a desarrollarse en su totalidad.

Esta tiene por objeto, dar un servicio asistencial a los pacientes seniles, esto es muy importante, si existe una estrecha relación entre odontólogo-paciente.

La finalidad de la geriatría, es de aliviar todos los tejidos, tanto de los pacientes sanos como de los enfermos, su problemática y sus características individuales.

Es conveniente realizar un tratamiento adecuado lo más pronto posible. Un tratamiento produce resultados prevenibles, y evita que el paciente llegue a una fase crónica y patológica.

Aquí es importante enfatizar que con la edad aumentan los problemas de salud, principalmente los padecimientos crónicos.

Desde mi particular punto de vista, sería conveniente que existieran Centros de Rehabilitación, dedicados a la Odontogeriatría, también sería conveniente que se llegara a formar una Asociación de Odontólogos, dedicados especialmente para el tratamiento de las personas de edad senil, ya que con esto se contribuiría a el apoyo de aquellas personas que son de escasos recursos.

GLOSARIO

Atrición.- Cambios que sufren las superficies incisales y oclusales debido a la función masticatoria.

Candidiasis.- infección producida por una especie de hongo llamado monilia albicans.

Cámara pulpar.- Cavidad de un organismo, donde se encuentra localizada la pulpa dentaria.

Carcinomatosis.- Trastorno caracterizado por la diseminación, amplia de un carcinoma, por todo el organismo.

Cauterio.- Dispositivo o agente que produce quemadura y cicatrización de la piel como sucede en la coagulación, tisular por medio de calor a sustancias cáusticas.

Cavitaria.- Relativo a la presencia de una o más cavidades

Cureta.- Instrumento quirúrgico, en forma de cuchara o de pala para raspar y retirar material de un órgano, una cavidad o una superficie.

Detritus.- Alimentos que se quedan alojadas en zonas, difíciles de quitar.

Edéntulos.- Personas que no presentan ningún órgano dentario en la cavidad bucal.

Epitelio de Unión.- Cubierta o revestimiento de los órganos internos y externos del cuerpo.

Epulis.- Tumor o tumoración gingival.

Esclerosis.- Trastornos caracterizados por el endurecimiento de los tejidos, debido a distintas causas como inflamación, depósitos de sales minerales e infiltración en las fibras conjuntivas.

Estomatitis.- Trastornos inflamatorios de la boca, producidos por una infección bacteriana, que ocasiona por deficiencias vitamínicas o enfermedades sistémicas y traumatismos..

Forámen.- Orificio o abertura en una estructura membranosa o en un hueso, como el foramen dental apical y el carotideo.

Glositis.- Inflamación de la lengua, se caracteriza por hinchazón, dolor intenso, que puede irradiarse a los oídos.

Hioides.- hueso impar y medio que se halla suspendido de las apófisis estiloides de ambos huesos temporales.

Hiperplasia.- Crecimiento nodular común de la mucosa bucal.

Hipertiroidismo.- Trastorno caracterizado por hiperactividad de la glándula tiroides y se puede acelerar los procesos metabólicos, que están hipertrofiadas, y segrega cantidades anormales de hormonas tiroides.

Lactobacilos.- Grupo de bacilos no patógenos grampositivos que producen ácido láctico a partir de los carbohidratos.

Lámina Propia.- Capa de tejido conjuntivo alveolar que sostiene la membrana epitelial de las mucosas y de la inicial, se separa por una capa basal.

Mitótico.- Número de células, por cada mil que experimentan mitosis, durante un determinado tiempo.

Osteoporosis.- Proceso caracterizado por rarefacción anormal del hueso, que sucede con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas, y en enfermos en tratamientos prolongados con corticosteroides.

Papiloma.- Neoplasia epitelial benigna, caracterizada por un tumor con ramificaciones lobulares.

Periapical.- Relativo a los tejidos situados alrededor del vértice de un diente, incluida la membrana periodontal y el hueso alveolar.

Periodontitis.- Inflamación del periodonto, que incluye el ligamento periodontal, las encías y el hueso alveolar.

Pulpitis.- Inflamación o infección de la pulpa dental.

Queilitis.- Trastornos de los labios, que se caracterizan por la inflamación y cuarteamiento de la piel.

Rinitis.- Inflamación de la mucosa de la nariz, acompañada de hinchazón y secreción. Puede complicarse con sinusitis.

Tubérculo.- Nódulo o pequeña eminencia, como los presentes en los huesos.

Xerostomía.- Ausencia de saliva, caracterizándose por la deficiencia vitamínica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- A.s.t. Franks, Odontología Geriátrica: Editorial A.Lubors.a. 1986. pag.36-40,58-63,70-80, España, Madrid.
- 2.- Bates j.f. Tratamiento Odontológico del paciente geriátrico: Editorial Manual Moderno. 1986.pag. 52-59,63-6 , 82-85 México, D.F.
- 3.- Bürker, Medicina Bucal: Editorial 1994.pag.136,184.182,267,268,398,96-97 México, D.F.
- 4.- G Stalin David. The clinical care of the person aged:editorial Oxford uiversithy,1994.pag.108-131. Inglaterra, Londres.
- 5.- Glickman Irving, Fermin a. Carranza, Periodontología Clínica: Editorial Interamericana,1986.3,30,42,54,88,570,707,990. México D.F.
- 6.- Jhon L Guinta, Oral Pathology: Editorial BC Decher Burlington Ontario,1989.pag.54.74-75,95-99. Canada.
- 7.- J.J Pindborg, Atlas de Enfermedades de la mucosa Oral: Editorial Salvat, 1994.pag.62,70,76,184,230,232,233,234. Barcelona,España.
- 8.- Mercedes cláros, Diccionario de Medicina Editorial Oceano,1994. México,D.F.
- 9.- Osawa Deguchi José, Estomatología Geriatrica: Editorial Trillas,1994.pag.253,257,239,249,266,268. México,D.F.
- 10.- Osawa Deguchi Jose, Prostodoncia Total, 1984. pag.466-476 S.U.A. México, D.F.
- 11.- Racawson, Cirugía y Patología Odontológicas, Editorial: Manual Moderno,1985.pag.231,376,377,240,374,223.337. México,D.F.
- 12.- Stanley Robbins, Patología Humana: Editorial Interamericana,1975.pag102,108-110,136,142.Philadelphia

13.- Walter Tusel, Geriatric Dentistry: Editorial Quintessence
Publishing, 1991, pag. 17-35, 39. Bon, Alemania.

14.- William Rhozpard. The oral cavity: Editorial Ave
Melckackan, 1990, pag. 36, 58, 66, 85.

15.- Int. prosthodont. 1995 nov-(dec) 8 (6) 564-71
Mojon-P. Rentsch-A

16.- Acta odontolog. scandinavica. 1995 feb. 53(1) 49-59 the prevalence of
staphylococcus and candida relation to oral mucosal in a group of 79
years Ohman S-C Dahlen-G

17.- Risk factors and the prevention of root caries in older adult. spec-care-
dentist 1994 mzo-apr(14 (2) 68-70 Youngs-G

18.- J. pathon med. 1994 apr. 23(4) 168-71 the relationship between
micronutrient depletion and oral health in geriatrics Thuhlar Mr. Shay

19.- J. prosthodont. 1994 may 71(5) 517-24 use of a new assay
technique for quantification of antifungal activity of mycostatin incorpo-
rated in denture liners Lombardi-T Budtz.

20.- Treatment of denture induced stomatitis eur. j. prosthodont.-resdent.
1993 sep 2(1) 17-22 Lombardi-T

21.- Oral mucosal disorders in institutionalized elderly people. age-
ageing. 1998 may 17(3) 193-8 Ekelund-R

22.- Denture hyperplasia and oncocytes, metaplasia ann-deret 1992 summer
51(1) 27-8 Siar-Ch.