

PATOLOGIA ORAL Y GERIATRICA

*Raúl Jiménez Gómez**
*Jorge Bojanini N.***

INTRODUCCION

En 1973 y 1974, Sir Macfarlane Burnet (1, 2) describió las características fundamentales del anciano:

1. Gran vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas.
2. Su piel es delgada y arrugada, en general es frágil, encorvado y pequeño. Estos cambios se deben a una progresiva desaparición del colágeno, que ocurre a un tiempo genéticamente determinado para cada especie (en el hombre 70 años).
3. Existen enfermedades estrechamente relacionadas con los procesos básicos del envejecimiento, tales como el cáncer, algunas enfermedades auto-inmunes, cambios degenerativos en los vasos sanguíneos, enfermedad cardíaca coronaria y accidentes cerebro-vasculares.
4. La ancianidad se debe en mucho a la terminación del sistema de linfocitos timo-dependiente (células T).

* Odontólogo. Pos-grado en Patología. Profesor V. Facultad de Odontología, U. de A.

** Odontólogo. Máster en Salud Pública. Jefe Departamento Salud Oral. Secretaría Municipal de Salud Pública y Bienestar Social. Medellín, Colombia.

5. La frecuencia del cáncer aumenta en los ancianos por acumulación de mutaciones en las células somáticas y por disminución del efecto del sistema de vigilancia inmunológica.
6. La atrofia del timo y de sus células dependientes se debe a la acción del reloj biológico que controla el número de divisiones de células somáticas (límite de Hayflick), que es 50 ± 14 generaciones.
7. Presenta también el anciano pelo gris o blanco, queratosis seniles y lentigo senil. Se ha encontrado pigmentado pardo cardíaco, disminución del metabolismo basal, la capacidad vital y el flujo plasmático renal.
8. Son frecuentes en el anciano la osteoartritis, diabetes y anemia perniciosa, quizás explicables por mecanismos auto inmunes. Son prevalentes las cataratas, sordera, disfunción cerebral, pérdida de la memoria cercana y psicosis senil, que podrían explicarse por trastornos en el sistema inmunológico y la circulación sanguínea.

En 1975, Squier, Johnson y Hackermann (3) informaron aspectos del sistema estomatológico del anciano:

1. La mucosa oral es delgada, suave y seca. Esto produce con frecuencia ardor y pérdida del gusto.
2. Aumentan las células en el epitelio oral y disminuyen los melanocitos, la velocidad de recambio epitelial (turn-over) y la población celular del conectivo.
3. Los vasos capilares son más frágiles.
4. Disminuyen los acinos funcionantes de las glándulas salivares menores y los corpúsculos gustativos.
5. Las glándulas sebáceas aumentan en la mucosa oral y se observa fibrosis en glándulas salivares.

Los cambios sistemáticos descritos antes, explican las alteraciones en el sistema estomatológico, por lo tanto para su discusión se debe recurrir a los primeros.

La patología oral del anciano es un campo poco explorado en nuestros países; es el propósito de este artículo presentar un resumen de los resultados obtenidos, al examinar estomatológicamente los residentes de un ancianato de Medellín - Colombia.

MATERIAL Y METODOS

El ancianato Belencito es financiado por el Municipio de Medellín, en él residen 350 ancianos de sexo masculino y femenino. En los meses de diciembre de 1978 y enero de 1979, durante seis días y con la colaboración de personal humano y con instrumentos del servicio de Salud Oral del Municipio de Medellín, uno de los autores (R. J. G.) realizó examen estomatológico a 248 ancianos (70.8^o); la otra población no se examinó por razones tales como imposibilidad o rechazo al procedimiento.

El examen estomatológico fue realizado con espejos de boca planos sin aumento y con abundante luz natural. Se empleó una metodología uniforme (4).

Para la localización de las diferentes entidades se utilizó una división de la mucosa oral en 74 áreas, cuya exactitud había sido comprobada con anterioridad (5).

Para el estudio de las anomalías de los frenillos de la línea media oral, se utilizaron los criterios de Sewerin (6) para el frenillo labial superior; para el labial inferior y el lingual se usaron criterios previamente establecidos por uno de los autores (5).

Los criterios utilizados para anomalías de mucosa oral, fueron los establecidos para otros estudios epidemiológicos (4, 5). Otras enfermedades de la mucosa oral fueron diagnosticadas con los criterios de la segunda encuesta nacional de salud colombiana (7).

No sólo se realizó exámenes estomatológicos, sino también citología exfoliativa a las lesiones blancas y rojas de la mucosa oral, con el fin de estudiar leucoplasia, candidiasis y áreas atróficas.

Las citologías fueron tomadas con una metodología uniforme (8), se las tiñó con la colaboración de P.A.S. (9), fueron leídas por el examinador utilizando un método objetivo y se estableció con ellas la presencia o no de atipias en células escamosas y la presencia o no de hifas septadas de hongo compatibles con *Candida albicans* (10).

Para evaluar la reproducibilidad de criterios intra-examinados, se llevaron a cabo exámenes orales duplicados al 10 por ciento del total de ancianos del estudio.

Los resultados serán presentados sin tener en cuenta el sexo, pues se consideró que para esta publicación lo fundamental era presentar glo-

balmente los datos, los interesados en más detalle pueden solicitarlos a los autores de la monografía del estudio (11).

RESULTADOS Y DISCUSION

A. Población examinada

De los 248 ancianos examinados 93 (37.5^o/o) eran hombres y 155 (62.5^o/o), mujeres. Su edad varió entre 45 y 93 años con un promedio de edad de 71.5 años.

B. Hallazgos estomatológicos

Para simplificar la presentación de estos hallazgos se informará la prevalencia en los ancianos examinados y se la comparará con otro estudio realizado en EE.UU., por Bhaskar (12) y con otros estudios previos.

1. *Anomalías y variaciones de los frenillos de la línea media oral*

Estas entidades han sido poco estudiadas en Latinoamérica y existen informes adecuados por Sewerin (6) en población Danesa.

Criterios para su diagnóstico epidemiológico: (5)

Variaciones

Frenillo simple

Banda continua de tejido blando, localizada en la línea media que une la mucosa labial con la mucosa alveolar.

Frenillo con apéndice

Formación pediculada y blanda adherida al borde de un frenillo simple.

Frenillo con nódulo:

Incorporada al tejido y en el borde libre de un frenillo simple se halla un engrosamiento blanquecino firme y redondeado.

Anomalías: (750.87) (15)

Frenillo Bífido:

Frenillo ínico, con una hendidura mediana que lo divide en dos ramas en parte de su recorrido hacia la mucosa labial.

Frenillo duplicado:

El frenillo tiene dos estructuras separadas que se originan en la mucosa alveolar y terminan en la mucosa labial. Se excluyen pliegues de tejido asociados a inserciones musculares.

Frenillo con receso:

En el frenillo se halla una invaginación de la mucosa oral del tejido adyacente al mismo. La sonda periodontal penetra 3 m.m. en ella o más.

Frenillo unido a la papila incisiva.

Frenillo labial superior grueso que se extiende desde la mucosa labial, pasando entre los incisivos centrales que están separados y se une a la papila incisiva en la parte más anterior y media al paladar duro.

Frenillo grueso:

Frenillo lingual (o labial) corto e hipertrófico, que se extiende desde la línea media de la superficie ventral de la lengua y la mucosa alveolar lingual anterior. Produce anquiloglosia parcial y puede o no ser factor etiológico de enfermedad periodontal localizada.

Frenillo labial inferior anómalo

El frenillo labial inferior está rodeado por área triangular u ovoide que llega a tener un diámetro de dos cms ; el perímetro es ligeramente levantado y al traccionar el labio inferior se observa palidez (isquemia) en el área descrita.

TABLA 1

Prevalencia de variaciones y anomalías de los frenillos de la línea media oral en 248 ancianos de Medellín - Colombia, 1979, y comparación con hallazgos en escolares de Antioquia (13) y de Inglaterra (5).

Entidad	Prevalencia Ancianos Medellín	Prevalencia Escolares Antioquia	Prevalencia Escolares Ingleses
Frenillo Labial Superior	0/0	0/0	0/0
Variaciones: simple	89.1	61.4	59.7
Con apéndice	3.6	10.7	23.0
Con nódulo	4.9	15.5	9.0

Entidad	Prevalencia Ancianos Medellín	Prevalencia Escolares Antioquia	Prevalencia Escolares Ingleses
	o/o	o/o	o/o
Anomalías:			
Bífido	0.4	0.4	6.3
Unido a P. incisiva	0.4	6.6	1.5
Con receso	0.4	6.6	1.5
Duplicado	1.2	3.4	0.5
Frenillo Labial Inferior			
Simple	88.7	—	96.4
Bífido	0.8	—	0.3
Duplicado	1.2	—	0.5
Triangular	8.9	—	1.0
Con receso	0.4	—	0.0
Frenillo Lingual			
Simple	99.6	—	98.3
Ausente	0.0	—	0.5
Grueso	0.0	—	1.0
Duplicado	0.4	—	0.2
Total de Anomalías	14.1	—	13.2

DISCUSION:

El frenillo labial superior fue simple con menor frecuencia en escolares que en ancianos. El apéndice y nódulo es más frecuente en el frenillo labial de escolares.

La menor frecuencia de variaciones de este frenillo en los ancianos, quizás puede explicarse con base a la atrofia progresiva del colágeno y de la mucosa oral, en la población de edad avanzada.

Es lógica la mayor prevalencia del frenillo labial unido a la papila incisiva en escolares, puesto que la presencia de este frenillo se debe a la falta de erupción de los caninos permanentes. La prevalencia en ancianos indica los frenillos que requirieron cirugía pero no recibieron tratamiento.

El frenillo labial fue más frecuente en escolares ingleses que en ancianos y escolares de Antioquia.

El frenillo labial duplicado y con receso fue más frecuente en escolares de Antioquia.

En el frenillo labial inferior es necesario comentar especialmente la mayor prevalencia en ancianos (8.9^o/o) de una nueva anomalía de este frenillo. Sewerin en 1972 (14) describió cuatro pacientes con "lesiones cicatrizantes del vestíbulo mandibular". En 1975 (5) fue encontrada en escolares ingleses una anomalía del frenillo labial inferior con el mismo aspecto clínico y parece ser la primera descripción epidemiológica de ella. En el presente estudio se la detecta de nuevo en ancianos y con mayor prevalencia.

Sewerin (14) afirma que esta entidad puede estar asociada a trauma pero concluye que su etiología es oscura. En los escolares ingleses no se encontró evidencia de trauma ni un factor familiar relacionado. La palidez presentada en el área del frenillo hace suponer que exista una disminución de capilares sanguíneos, lo que favorece la opinión de una anomalía del desarrollo. Al detectar esta entidad en ancianos quizás es confirmación de que se trata de una verdadera anomalía del frenillo labial inferior, la cual no desaparece con la edad.

El frenillo lingual se observó con características similares en ancianos y escolares.

La prevalencia total de anomalías de los frenillos orales fue similar en ancianos y escolares.

2. Resumen de hallazgos estomatológicos

Los 248 ancianos examinados presentaron un total de 824 anomalías o enfermedades de la mucosa oral y tejidos subyacentes. Ningún anciano pudo clasificarse sin alteraciones orales.

De las diferentes entidades se presentan las primeras 17 en orden de frecuencia y cuya prevalencia fue superior al 3 por ciento.

Los autores consideran que estas son las entidades que deben tenerse en cuenta como tendencias epidemiológicas orales del anciano para estudios de este tipo en Latinoamérica.

TABLA 2

Las 17 anomalías o lesiones orales más prevalentes en 248 ancianos de Medellín, Colombia. 1979, y comparación con un estudio realizado en ancianos de Washington, EE.UU. (12).

Entidad	Código CIE-AO (15)	Prevalencia Ancianos Colombia	Prevalencia Ancianos EE.UU. Bhaskar (12)
1. Várices sublinguales	456.90	66.5	48.9 (1)
2. Leucoedema	528.71	42.7	20.8 (2)
3. Pigmentación melánica excesiva	528.96	38.3	5.5 (3)
4. Condición de Fordyce	750.85	28.2	13.1 (4)
5. Lengua blanca pilosa	529.31	24.6	13.9 (5)
6. "Hiperplasia Irritativa"	528.90	23.8	3.1 (6)
7. Hiperplasia papilar inflamatoria palatina	528.98	23.4	2.9
8. Anomalías de frenillos de la línea media oral.	750.87	14.1	—
9. Leucoplasia homogénea	528.6x	9.3	20.8 (2)
10. Areas atróficas de la mucosa oral	—	7.7	7.1
11. Candidiasis atrófica crónica	112.x8	7.7	20.8 (2)
12. Lengua saburral	529.30	6.5	13.9 (5)
13. Tumores benignos	—	5.6	1.1 (7)
14. Queilitis angular	528.50	5.2	1.5 (8)
15. Ulcera traumática	528.92	4.8	4.8
16. Lengua fisurada	529.5x	4.8	6.5
17. Leucoqueratosis nicotínica palatina	528.72	4.8	8.8 (9)

(1) Total de lesiones varicosas sin discriminar entre sublinguales o de otros sitios de la mucosa oral.

(2) Bhaskar (12) agrupa como lesiones hiperqueratósicas a: Leucoplasia, hiperqueratosis, leucoedema, leucoqueratosis y paquiderma oris.

(3) Denominadas por Bhaskar (12) como "lesiones pigmentadas benignas".

(4) "Enfermedad" de Fordyce.

- (5) Prevalencia de lengua "blanca, pilosa o saburral".
- (6) "Epulis fisurado".
- (7) Prevalencia de fibromas.
- (8) "Parches eritematosos".
- (9) "Estomatitis nicotínica".

DISCUSION

1. *Várices orales*

Criterio: Vasos sanguíneos venosos dilatados y tortuosos, de color rojo azul-rojizo, comprensibles, asintomáticas, desaparecen a la dígito-presión o al recorrerlos con un instrumento. En algunas ocasiones no desaparecen con estas maniobras y en este caso son vé-nulas trombosadas que pueden ser dolorosas y requerir tratamiento quirúrgico.

Las vârices orales pueden estar localizadas en la mucosa sublingual o en otros sitios de la mucosa oral. EL CIE-AO sólo considera código para las primeras.

En este estudio 168 ancianos (67.7^o/o) presentaron vârices orales. La prevalencia para las sublinguales fue 66.5^o/o, las de mucosa oral (1.2^o/o) estaban localizadas en el labio inferior y el carrillo.

Se ha sugerido que estas lesiones son sugestivas de hipertensión o cirrosis hepática; Bhaskar (12) no pudo encontrar tal asociación al revisar la historia médica de los ancianos de su estudio.

Las vârices orales son debidas probablemente a una mayor fragilidad de los vasos sanguíneos en el anciano, pues también se observan en ellos nevus en araña, y lesiones varicosas en conjuntiva y lecho ungueal (3). Los vasos sanguíneos son "frágiles" por la progresiva desaparición del colágeno en el anciano (1, 2).

2. *Leucoedema*

Criterio: Velo-blanco-grisáceo, semitransparente, bilateral, que compromete ampliamente la mucosa del carrillo. Cuando se distiende la mucosa la entidad desaparece. Esta entidad puede encontrarse también en la mucosa labial y lingual.

La importancia epidemiológica del leucoedema reside en su importancia para diagnóstico diferencial con leucoplasia. No debe confundirse el leucoedema con la "línea blanca oclusal" en el carrillo.

Axell (16) considera poco importante el hecho que desaparezca o no al distender y basa el diagnóstico de la entidad sólo en la inspección. Para este autor, cuando el color blanquecino "es mínimo" debe utilizarse el término pre-leucoplasia.

En estudios previos (4) se ha encontrado que el leucoedema es más frecuente en pacientes de 11 a 30 años (9.5^o/o) y su frecuencia es baja en ancianos (1.2^o/o). En este estudio 106 ancianos presentaron la entidad (42.7^o/o) que es similar a la informada por Axell (16) en suecos. En escolares de Antioquia (7) la prevalencia fue de 7 por ciento. Roed-Petersen y Pindborg en 1973 (18) demostraron una relación altamente significativa entre leucoedema y la edad. Esto explicaría la baja prevalencia en escolares y la muy alta en ancianos.

El leucoedema debe ser más frecuente en el anciano por la disminución de la velocidad de recambio epitelial. Esto se confirma en el presente estudio.

3. *Pigmentación melánica excesiva*

Criterio: Areas maculares pigmentadas de la mucosa oral, de color pardo o pardo-negruzco, asintomáticas. Esta pigmentación, generalmente, está relacionada con el color de la piel.

El CIE-AO (15) no considera códigos diferentes para la gingival y la que está localizada en otros sitios; como veremos, esto es importante.

En este estudio solo un anciano (0.4^o/o) presentó pigmentación melánica en el reborde alveolar y 94 (37.9^o/o) en otros sitios de la mucosa oral.

En estudios previos (4) se ha demostrado que la pigmentación melánica gingival disminuye a medida que avanza la edad de los pacientes; en cambio, la no gingival aumenta progresivamente con la edad. Por lo tanto pueden presentar un comportamiento biológico diferente.

La pigmentación oral en el anciano debe ser menor que en los más jóvenes, puesto que en ellos se ha demostrado una disminución de

los melanocitos (3). Sin embargo, epidemiológicamente los escolares de Antioquia (17) presentan una prevalencia ligeramente superior (43^o/o).

4. *Condición de Fordyce.*

Criterio: Pápulas de 1 a 3 mm de diámetro, bien definidas, ligeramente elevadas, aisladas o en grupos, de color amarillo o blanco-amarillento y que se encuentra frecuentemente en la mucosa de los carrillos y del labio.

Esta condición se ha demostrado aumenta directamente de acuerdo a la edad de los pacientes (4). En escolares la prevalencia es de 51 por ciento (17), pero se han encontrado prevalencias hasta de 83 por ciento (19) en estudios epidemiológicos, lo que está de acuerdo con la literatura publicada al respecto. En indígenas Kattíos de Antioquia (20) no se encontró esta condición, lo que es muy interesante desde el punto de vista antropológico. La prevalencia de condición de Fordyce debiera ser mayor en los ancianos, pues se ha demostrado que en ellos aumenta la cantidad de glándulas sebáceas de la mucosa oral. Esto se ha confirmado en pacientes de una clínica estomatológica (4).

5. *Lengua blanca pilosa*

Criterio: Las papilas del dorso lingual presentan color blanco lo que da a la mucosa de la lengua el mismo aspecto, no despega al raspado con espejo o bajalenguas y es asintomática.

Para Bhaskar (12) aparentemente no es importante distinguir entre lengua blanca pilosa y saburral. La prevalencia detectada en su estudio, que agrupa estas entidades (13.9^o/o) es mucho menor que los hallazgos en ancianos de Medellín (24.6^o/o).

La lengua blanca pilosa debe ser frecuente en ancianos, pues al disminuir la velocidad de recambio epitelial (3) se acumularía queratina en las papilas linguales. Esto se confirma en este estudio, pues en pacientes de clínica estomatológica no se detectó la entidad (21). En adultos de Suecia (16) la prevalencia fue 0.58 por ciento.

6. *Hiperplasia irritativa*

El CIE-AO (15) establece este término para las lesiones de mucosa oral relacionados con trauma crónica; la lesión en realidad no es una hiperplasia desde el punto de vista patológico y es necesario e importante distinguir entre las lesiones producidas por prótesis

(iatrogénicas) y producidas por otros tipos de trauma (v.g.: hábitos).

Los autores prefieren utilizar los términos aumento tisular producido por prótesis y aumento tisular con causa diferente a prótesis, haciendo énfasis en la causa aparente que produce estas lesiones, para distinguirlas epidemiológicamente de las lesiones sin causa aparente que, por definición, son tumores benignos. No obstante los resultados se deben presentar respetando el CIE-AO, hasta cuando se introduzcan las modificaciones pertinentes.

Criterios:

Aumento tisular producido por prótesis

Crecimiento de tejido blando oral, firme, recubierto por mucosa de color rosado o blanquecino, de base sésil o pediculada, de tamaño y forma variables, asintomático o doloroso al tacto y directamente relacionado con una prótesis total u otro aparato removible o fijo.

Aumento tisular con causa aparente diferente a prótesis.

Crecimiento firme recubierto por mucosa de color rosado o blanquecino, sésil o pediculado, de tamaño y forma variables, asintomático y tiene una causa demostrable diferente a prótesis.

La causa de este aumento de tejido puede ser trauma dental, hábito de morderse el carrillo, diastemas o ausencia de piezas, malposiciones dentarias, alteraciones de la línea de oclusión y otros.

Algunos autores denominan a estas entidades polipo fibro-epitelial, "Friboma", epulis fisurado e hiperplasia paraprotética. Estos términos son inexactos.

En el primer estudio nacional de salud de Colombia (22) del total de la población examinada de 15 y más años, el 88.1 por ciento estuvo o estaba afectada por problemas que requerían o requirieron prótesis.

El 35.5 por ciento del total habían recibido tratamientos protésico; de éstos el 21 por ciento presentaron prótesis adecuadas y 14.5 por ciento prótesis no adecuadas, es decir, prótesis que es muy probable produjeron aumento de tejidos cuya causa era la prótesis. El 21.1 por ciento de personas de 45 y más años presentaban pró-

tesis inadecuadas, este dato se correlaciona con los hallazgos del presente estudio, al detectar una prevalencia de hiperplasia irritativa del 23.8 por ciento.

7. *"Hiperplasia" papilar inflamatoria palatina*

Criterio:

El paladar duro presenta papilas múltiples asintomáticas usualmente relacionadas con la cámara de succión de una prótesis superior o aparatos protésicos u ortodóncicos removibles mal adaptados.

El CIE-AO (15) sólo considera un código para esta entidad; sin embargo, en este estudio se la dividió así: "Hiperplasia papilar sintomática"; en ésta se demostró una candidiasis asociada y se la clasificó como candidiasis atrófica crónica.

En este estudio 62 ancianos (25^o/o) presentaron "hiperplasia" papilar en el paladar. En 58 de ellos (23.4^o/o) la hiperplasia era asintomática y no tenía candidiasis asociada. En cuatro ancianos (16^o/o) se detectó hiperplasia papilar con candidiasis atrófica crónica asociada.

Es llamativa la gran diferencia entre este estudio y el realizado en ancianos por Bhaskar (12); este autor encontró una prevalencia de 2.9^o/o, en el presente trabajo fue 23.4^o/o. Quizás pueda explicarse esta diferencia por la buena atención recibida por los ancianos estadounidenses, que eran residentes de una institución de las Fuerzas Armadas.

8. *Anomalías de los frenillos de la línea media oral*

35 ancianos (14.1^o/o) presentaron alguna anomalía de estos frenillos; ya se han discutido previamente estos resultados.

9. *Leucoplasia homogénea*

Criterio: Área o placa blanca o blancogrisácea de la mucosa oral, asintomática, no despega al raspado, no se puede diagnosticar clínicamente como otra entidad.

Este es el criterio básico para estudios epidemiológicos y ha sido utilizado por muchos autores. En el presente estudio se agregó al criterio lo siguiente: . . . , cuya citología era negativa para candidiasis y sin atipias celulares en el extendido. Esto, con el fin de se-

parar las leucoplasias homogéneas de candidiasis hiperplásica crónica.

Para el diagnóstico diferencial con la leucoplasia homogénea se tuvieron en cuenta las siguientes entidades: Líquen plano, nevus blanco esponjoso, morsicatio Buccarum y candidiasis.

Aunque se diseñaron criterios, de acuerdo a la literatura para otros tipos de leucoplasia, no fueron detectadas en los ancianos.

De acuerdo a la sugerencia de Axell (16) se buscó separar leucoplasia de la queratosis friccional, pero tampoco se detectaron ancianos con esta lesión.

Lamentablemente el CIE-AO (15) todavía no considera código para los diferentes tipos de leucoplasia, no obstante la notoria evidencia en la literatura del comportamiento biológico diferente a tales variedades.

Bhaskar (12) agrupa como lesiones hiperqueratósicas a la leucoplasia, hiperqueratosis, leucoedema, leucoqueratosis y paquidermia oris. Esto es altamente discutible.

En este estudio la entidad blanca más frecuente fue el leucoedema (42.7^o/o), en segundo lugar estuvo la leucoplasia homogénea (9.3^o/o) sin atipias. La queratosis friccional se ha detectado en escolares de Antioquia con una prevalencia de 2 por ciento (17).

En adultos suecos (16) la prevalencia de leucoplasia fue de 3.53 por ciento, en otros estudios epidemiológicos en la India, la prevalencia varía de 1.5 por ciento a 3.2 por ciento. Si se suma la prevalencia de leucoplasia y pre-leucoplasia en el estudio de Axell (16) se encuentra una prevalencia global de 8.4 por ciento, lo que es similar al presente estudio.

Además de los factores asociados a leucoplasia, en especial el tabaco, debe considerarse el efecto de la edad. En el anciano la velocidad de recambio epitelial está disminuida (3) por lo que sería de esperar mayor frecuencia de lesiones blancas en la vejez; ésto se confirmó en el presente estudio.

10. *Áreas atróficas de la mucosa oral*

Criterio: Área o parche rojo de la mucosa oral, asintomática, con citología negativa para candidiasis y sin presencia de atipias en células escamosas del extendido.

Se ha informado (3) en los ancianos la atrofia progresiva de la mucosa oral, por lo tanto no es sorprendente este hallazgo cuando se realizan estudios epidemiológicos en ellos. En el presente estudio no se pretendió estudiar atrofia de mucosa oral en ancianos, sino estudiar áreas rojas con o sin síntomas, por medio de citología. Si se descubría candidiasis entonces se las clasificaba como de la variedad atrófica crónica; si la citología era negativa para el hongo se las clasificaba como áreas atróficas. Como no se encontraron ancianos con eritroplasia, todas las áreas rojas de la mucosa oral de los examinados se clasificaron en las dos entidades mencionadas.

Es necesario aclarar que un área atrófica puede ser de color rosado o rojo; los autores estaban particularmente interesados en las rojas por las razones expuestas. Por lo tanto, la prevalencia de áreas atróficas de mucosa oral en el presente estudio (7.7%) es muy baja, puesto que probablemente todos los ancianos tenían evidencia de atrofia de la mucosa oral.

En el estudio en EE.UU. (12), Bhaskar se refiere a parches eritematosos benignos, pero no comenta en la discusión si se trataba de atrofias o de candidiasis.

11. *Candidiasis atrófica crónica*

Criterio: Área o parche rojo de la mucosa oral, sintomático o no, con citología positiva para candida y sin atipias en células escamosas observadas en el extendido.

La prevalencia de esta entidad en los ancianos examinados fue 7.7%, lo que es similar a la de áreas atróficas. Es importante anotar que se detectaron en ancianos áreas rojas, con citología positiva para candida y completamente asintomáticas. Por lo tanto al evaluar áreas rojas en ancianos es necesario tener presente siempre la candidiasis.

En este estudio un total de 25 ancianos presentó la entidad y estuvo localizada en comisuras, dorso de lengua, paladar duro y mucosa del carrillo.

La presencia de candidiasis en el anciano se puede explicar por su gran vulnerabilidad a las infecciones y por la disminución del efecto del sistema de vigilancia inmunológica (células T) (1, 2), que explicaría el no reconocimiento del hongo dentro del epitelio como

un elemento extraño y por lo tanto se favorece la presencia de la infección.

12. *Lengua saburral*

Criterio: Dorso de la lengua recubierto por material blanco amarillento, despegable al raspado y no hay síntomas asociados.

En un estudio epidemiológico previo, realizado en pacientes ambulatorios de una clínica estomatológica (4) se demostró que la lengua saburral es más frecuentemente en pacientes de 31 a 40 años. (11.4^o/o) se detectó en 9.5 por ciento de pacientes mayores de 50 años. En el presente estudio la prevalencia fue 5.5 por ciento, lo que indica que esta entidad no es "muy frecuente" en ancianos como se afirma rutinariamente.

Bhaskar (12) informa una prevalencia mayor (13.9^o/o) pero agrupando "lengua blanca, pilosa o sucia". Los autores consideran que es necesario distinguir entre lengua blanca pilosa y lengua saburral pues son dos entidades diferentes, como se demuestra en este estudio.

La lengua saburral es reflejo de la dieta blanda del anciano y de la falta de estímulo mecánico (cepillado) en la mucosa del dorso lingual.

13. *Tumores benignos*

Epidemiológicamente no se puede afirmar que un sujeto presenta un tumor benigno, a menos que el aspecto clínico sea característico como en los hemangiomas. En consecuencia, los autores creen que epidemiológicamente deben detectarse los aumentos tisulares sin causa aparente, que serán entonces probablemente tumores benignos, diagnosticables definitivamente por biopsia.

Criterio: Crecimiento de tejido blando o firme, recubierto por mucosa de color rosado o blanquecino, de base sésil o pediculada, de tamaño y forma variables, asintomático o no. El examinador por medio del interrogatorio o el examen clínico no encuentra una causa asociable a la lesión.

Este criterio es general y sólo es útil para estudios pilotos o generales de una población y pretende detectar aquellos crecimientos sin causa aparente visible en la mucosa oral.

Un aumento sin causa aparente puede ser un tumor benigno, maligno, la manifestación oral de una enfermedad sistémica o una lesión pseudotumoral. Esta es la razón por la cual a todo examinado con aumentos tisulares sin causa aparente, se le debe tomar biopsia en o después del estudio.

En los ancianos examinados en Medellín se encontraron 14 (5.6%) con aumentos tisulares sin causa aparente. De ellos 11 (78.5%) no presentaban aspecto clínico de hemangioma.

14. *Queilitis angular*

Criterio: Área o zona roja en la comisura oral, uni o bilateral, puede presentar pseudomembrana o no, dolorosa o sin síntomas, que compromete la mucosa oral del área y a veces la piel vecina.

La queilitis angular puede o no estar asociada a candidiasis. Para detectar las candidiásicas se agregó lo siguiente al criterio: La citología es positiva para *Candida albicans* y no se observan atípias en las células escamosas del extendido.

En este estudio 13 ancianos (5.2%) presentaron queilitis angular, en 12 de ellos (92%) no se detectó presencia de *Candida albicans*, en 1 (8%) la queilitis fue candidiástica, de la variedad atrófica (no había pseudomembrana, ni se observó área blanca que no despegaba al raspado).

En pacientes de clínica estomatológica se ha informado (21) una incidencia de queilitis candidiástica del 0.7 por ciento. En escolares de Antioquia prevalencia de queilitis angular varió entre 0.4 y 0.8 por ciento (13, 19).

La queilitis no asociada a candidiasis en los ancianos del presente estudio, quizás pueda explicarse por pérdida de la dimensión vertical; ésta favorece humedecimiento crónico de la mucosa y piel comisural, lo que lleva al establecimiento de la queilitis.

Bhaskar (12) no informó la presencia de queilitis, esto se debe probablemente a muy buena atención odontológica.

15. *Úlcera traumática*

Una úlcera traumática, es mejor definida como una úlcera con causa aparente, para distinguirla de la úlcera sin causa aparente que es

probablemente un tumor maligno (en estudios epidemiológicos orales).

Criterio: Lesión destructiva de tejidos blandos orales, cuyo fondo es limpio o recubierto por membrana gris-amarillenta, asintomática o dolorosa a la palpación y directamente relacionada con una causa que puede explicarla.

Las causas de úlceras traumáticas pueden ser: Prótesis total o removible traumáticas, aparatos ortodóncicos, bordes dentarios agudos o cortantes, restauraciones traumáticas, trauma físico previo accidental o intestinal u otros.

Las úlceras con causa aparente son por definición benignas, es decir, desaparecen o mejoran al eliminar la causa. Sin embargo, en raras oportunidades una úlcera con causa, puede ser un tumor maligno con trauma sobreagregado. Una úlcera gingival aparentemente asociada a factores locales, puede ser la primera manifestación de una leucemia o una micosis.

Como se ve el criterio es general y pretende solamente separar las úlceras que tenían causa en el estudio epidemiológico, de las sin causa. Se debe proceder luego a tomar biopsia para establecer el diagnóstico definitivo.

La prevalencia de úlceras traumáticas en el presente estudio fue 4.8 por ciento, lo que es similar a lo informado por Bhaskar (12).

En este estudio 142 ancianos (57.2^o/o) presentaron al menos una de las siguientes lesiones traumáticas en la mucosa oral; "Hiperplasia" irritativa asociada a prótesis (59.23^o/o) "Hiperplasia papilar inflamatoria palatina" asociada a cámara de succión de prótesis superior (53, 21^o/o); úlcera traumática (12, 4.8^o/o) y escoriación de la mucosa oral por trauma (6, 2.4^o/o). Como conclusión puede decirse que las lesiones traumáticas son una importante tendencia epidemiológica en estos ancianos.

16. *Lengua fisurada*

Criterio: Las papilas del dorso lingual se hallan separadas en grupos bien definidos, por fisuras profundas que llegan hasta la punta o bordes laterales linguales. Estas fisuras pueden o no ser ramificaciones de otras localizadas en la línea media lingual.

La lengua fisurada en estomatología tiene importancia por su asociación con stomatitis geográfica (lengua geográfica).

En este estudio la lengua fisurada y cumplía el criterio en 12 ancianos (4.8^o/o). Lengua geográfica fue diagnosticada en cinco ancianos (2.0^o/o).

En el trabajo de Bhaskar (12) la prevalencia fue ligeramente mayor (6.5^o/o). La diferencia se debe probablemente a que en el estudio presente sólo se consideró como fisurada, la lengua que presentaba fisuras que comprometían bordes o punta lingual; por lo tanto si sólo había algunas fisuras en el dorso de la lengua no se la consideró como tal.

En un estudio previo en escolares (13) se clasificó la lengua fisurada como de intensidad ligera si sólo habían algunas fisuras en el dorso lingual; como moderada si a partir de fisuras centrales se hallaban otras que se ramificaban a partir de las primeras, pero sin comprometer bordes linguales; como de intensidad notoria, cuando las fisuras comprometían los bordes. La prevalencia en 290 escolares estudiados fue: ligera (46^o/o), moderada (25.5^o/o) y notoria (1.5^o/o). En consecuencia, en el estudio presente en ancianos, la prevalencia de lengua fisurada notoria es mayor (4.8^o/o), no se clasificaron las otras intensidades de esta entidad.

17. *Leucoqueratosis nicotínica palatina*

Los cambios palatinos producidos por el hábito de fumar pueden ser de tres clases:

- a. La denominada estomatitis nicotínica, en la cual se presenta inflamación de paladar y es característico el aspecto de las glándulas salivares menores palatinas.
- b. La leucoqueratosis nicotínica del paladar, en la cual se observa lesión blanca que no despega al raspado y está asociada al hábito de fumar intensa y crónicamente en forma "Normal".
- c. La leucoqueratosis nicotínica del paladar de los fumadores al revés (o con la "candela" hacia adentro de la cavidad oral). En ésta, la lesión es blanco-grisácea, hay áreas rojas y está claramente establecida su naturaleza pre-maligna.

El CIE-AO (15) considera un código único para las tres entidades, lo que es lamentable.

En epidemiología interesa primordialmente detectar la lesión pre-maligna.

Criterio: La mucosa del paladar duro y blando presenta color blanco-grisáceo, pequeñas áreas rojas y múltiples formaciones papulares de uno a cinco milímetros con punto rojo en su centro; o superficie plana y "agrietada". Esta entidad es asintomática y está asociada al hábito de fumar con la "candela" del tabaco o cigarrillo hacia adentro de la boca por largos períodos de tiempo.

En la actualidad se tiende a abandonar el término leucoqueratosis para la lesión premaligna, pues la lesión no es estrictamente leucoqueratosis y se sugiere denominarla cambios palatinos de los fumadores al revés, así tendríamos separada la lesión realmente premaligna.

En este estudio 12 ancianos (4.8^o/o) presentaron alteraciones palatinas por el hábito de fumar: En siete (58.3^o/o) estaban asociados al hábito de fumar "normalmente". Cinco ancianos (41.7^o/o) presentaron la lesión premaligna descrita, con una prevalencia de 2^o/o.

En el estudio de Bhaskar (12) la prevalencia de estomatitis nicotínica fue 8.8 por ciento; no presentó este autor la prevalencia de la entidad pre-maligna aunque menciona su importancia.

d. Calibración Intra-examinador

Para evaluar la reproductibilidad de criterios intra-examinador, se realizaron durante el estudio exámenes estomatológicos duplicados a 24 (9.7^o/o) ancianos.

Al analizar los resultados obtenidos por el examinador en el primero y segundo examen de los sujetos, aplicando la distribución de X^2 , se concluyó que no hubo diferencias significativas entre los exámenes ($P < 0.05$).

e. Otras entidades

Del total de 824 anomalías o enfermedades orales diagnosticadas en los ancianos de este estudio, 789 (95.7^o/o) corresponden a las 17 entidades presentadas. Se diagnosticaron además otras 13 entidades cuya prevalencia fue inferior a 3 por ciento.

RESUMEN

En este artículo se presentan las 17 entidades más frecuentes diagnosticadas clínicamente, en un estudio epidemiológico realizado a 248 ancianos de Medellín-Colombia. Se hace énfasis en las características sistémicas de la vejez y la aplicación de ellas a la patología estomatológica.

Los resultados son comparados con hallazgos previos en escolares de Antioquia y con ancianos de EE.UU. y se presentan las deficiencias que para la codificación en algunas enfermedades de estomatología, presenta la codificación internacional de enfermedades aplicada a odontología y estomatología (CIE-AO).

Las entidades presentadas se consideran como tendencias epidemiológicas para estudios de este tipo en ancianos de nuestros países. Sobre cada una de las entidades se presenta el criterio de diagnóstico objetivo que es posible utilizar en estudios epidemiológicos en estomatología.

BIBLIOGRAFIA

1. BURNET, M. *Genes, Dreams and Realities* Penguin Books, Middlesex, England, 1973.
2. BURNET, M. *Intrinsic Mutagenesis. A genetic approach to ageing*. MTP. Lancaster, 1974.
3. SQUIER, C. A., Johnson, N. W., HACKERMANN, M. Structure and function of normal oral mucosa. En *Dolby Mucosa in Health and disease*. Blackwell, Oxford, 1975.
4. JIMENEZ GOMEZ, R. Las diez anomalías más frecuentes en 557 pacientes de una clínica estomatológica *Temas Odont.* 13: 1 - 21, 1975.
5. JIMENEZ GOMEZ, R. Anomalías of the oral mucosa and teeth in children. A pilot survey of methods and criteria, M.M.S. Thesis: U. of Sheffield, England. 1975.
6. SEWRIN, IB. Prevalence of variations and anomalies of the upper labial frenum. *Acta Odont. Scand.* 29: 487 - 496, 1971.
7. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. ESTUDIO NACIONAL DE SALUD. Manual del Odontólogo Examinador. Por Hernando Molina S. Jorge Bojanini N., Raúl Jiménez Gómez. Bogotá, D. E. 1977.
8. JIMENEZ GOMEZ, R. Manual de descripción clínica, biopsia y citología exfoliativa de lesiones en estomatología. Ed. Académicas, Medellín, 1973.
9. BANCROFT, J. D., STEVENS, A. *Histopathological stains and their diagnostic uses*. Churchill Livingstone. Edinburgh, 1975.

10. CONANT, N. F., Smith, D. T., BAKER R. D., Callaway, J. L. Manual of Clinical mycology. Saunders, Philadelphia. 1971.
11. JIMENEZ GOMEZ, R. BOJANINI, J. Patología de Mucosa Oral en Ancianos de Medellín: Ancianato Belencito. Resultados del examen estomatológico a 248 ancianos. Medellín - 1979.
12. BHASKAR, S. N. Oral Lesions in the aged population. A survey of 785 cases. Geriatrics 23: 137 - 149. 1968.
13. JIMENEZ GOMEZ, R. Estudios epidemiológicos de anomalías y enfermedades orales en el Departamento de Antioquia. IV: Escolares de Entreríos. Temas Odont. 13: 64 - 78. 1975.
14. SEWERIN, IB. Cicatrikoide defekter I Sulcus alveolo-labialis inferior. Tangleagebladet 76: 646 - 651. 1972.
15. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Application of the International classification of diseases to Dentistry and Stomatology. Geneva. 1973.
16. AXELL, T. A. Prevalence study of oral mucosal lesions in an adult. Swedish population odontologisk revy 27: Sup. 36. 103 p. 1976.
17. JIMENEZ GOMEZ, R. Estudios epidemiológicos de anomalías y enfermedades orales en el Departamento de Antioquia. V. Resumen y conclusiones. Temas Odont. 13: 79-97, 1975.
18. PETERSEN, B. R., Pindborg. J. J. Prevalence of oral leukoedema in Uganda. Arch oral biol 18: 1191 - 1196. 1973.
19. JIMENEZ GOMEZ, R. Estudios epidemiológicos de anomalías y enfermedades orales en el Departamento de Antioquia. II: Escolares de Dabeiba. Temas Odont. 13: 39 - 51. 1975.
20. JIMENEZ GOMEZ, R. IDEM. III: Escolares Katíos de Dabeiba. Temas Odont. 13: 52 - 63. 1975.
21. JIMENEZ GOMEZ, R. Diagnósticos realizados a 557 pacientes de una clínica estomatológica. Temas Odont. 13: 22 - 28. 1975.
22. ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA. Morbilidad oral. Por Raúl Mejía V. y otros. Bogotá. 1971. (Estudio de recursos humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia) 83 p.