

Recibido: 26 de enero del 2011 Aprobado: 16 de marzo del 2011

DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS CLÍNICOS DE LAS MUCOSAS ORALES EN ADULTOS MAYORES

DESCRIPTION OF CLINICAL CHANGES ON ORAL MUCOSA IN ELDERLY

Lina María Franco González,¹ Germán David Escobar Restrepo,² Arleth Patricia Turizo Rovira,³ Margarita Vélez Ceballos,⁴ Diana Lucía Cardona Gil⁵

R E S U M E N

Los cambios en los tejidos orales pueden ser considerados cambios fisiológicos asociados a un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales y bioquímicas que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo la vida; dichos cambios llevan al deterioro e incapacidad para los procesos de autocuidado, particularmente, en los tejidos orales. **Objetivo:** Describir los cambios de los tejidos orales asociados a la edad en adultos mayores. **Metodología:** se diseñó un estudio descriptivo transversal (de corte), con una población total de 100 pacientes mayores de 40 años, del Centro Geriátrico Refugio Santa Ana, a quienes se les realizó una encuesta y examen intraoral. **Resultados:** en el grupo poblacional adulto mayor estudiado se encontró que el 46,25% presentó prótesis total bimaxilar, además se observó que el porcentaje de lesiones en mucosa oral que predominó fueron las lesiones de origen traumático (55%), y el compromiso sistémico más frecuente fue de tipo cardiovascular (44%). **Conclusión:** se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la asociación de los signos clínicos con el uso y estado de la prótesis, con un valor de $p= 0,0016$.

Palabras clave: autocuidado, cambios orales, envejecimiento.

A B S T R A C T

Introduction: changes on oral tissues can be taken as physiological changes associated to a dynamic process of morphological, functional, and biochemical modifications that start at birth and develop throughout life, which lead to impairment and disability for self-management processes, especially in oral tissues. **Objective:** describing oral tissue changes associated to aging in older people. **Method:** a descriptive study design, with a total population of 100 patients over 40 year at Santa Ana Geriatric Center, who were given an intraoral examination survey. **Results:** elderly population group reported that 46.25 percent had bimaxillary dental prosthesis, and we observed 55 percent of oral mucosal lesions were predominant traumatic injuries, and the most frequent systemic involvement was cardiovascular type was (44 percent). **Conclusion:** we observed statistically significant differences between association of clinical signs and prosthesis use and status giving a value of $p= 0.0016$.

Keywords: self-care, oral changes, aging.

Cómo citar este artículo: Franco González Lina María, Escobar Restrepo Germán David, Turizo Rovira Arleth Patricia, Vélez Ceballos Margarita, Cardona Gil Diana Lucía. Descripción de cambios clínicos de las mucosas orales en adultos mayores. Revista Nacional de Odontología. 2011; 7(12): 28-34.

¹ Odontóloga, cirujana oral maxilofacial. Estudiante de la Maestría en Ingeniería de Tejidos de la Universidad de Antioquia. Docente medio tiempo de Patología y Cirugía Oral, Facultad de Odontología de la Universidad de Cooperativa de Colombia, sede Envigado. Correos electrónicos: lina.franco@campusucc.edu.co, linafrancog@yahoo.es

² Odontólogo de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Envigado. Odontólogo en servicio social obligatorio. Correos electrónicos: german.escobar@campusucc.edu.co, perio.ucc@gmail.com

³ Odontóloga de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Envigado. Odontóloga en servicio social obligatorio. Correos electrónicos: arleth.turizo@campusucc.edu.co, perio.ucc@gmail.com

⁴ Odontóloga de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Envigado. Odontóloga en servicio social obligatorio. Correos electrónicos: margarita.velez@campusucc.edu.co, perio.ucc@gmail.com

⁵ Odontóloga de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Envigado. Odontóloga en servicio social obligatorio. Correos electrónicos: diana.cardonag@campusucc.edu.co, perio.ucc@gmail.com

Introducción

La población adulta constituye, aproximadamente, 34,7 millones de personas con al menos 65 años de edad y 4,25 millones de personas, con al menos 85 años de edad;¹ es diversa y heterogénea en aspectos de salud, hábitos, factores socioeconómicos, étnicos y ocupacionales.¹

Esta población tiene una variedad de enfermedades sistémicas que tienen un alto impacto sobre la salud oral, lo que lleva a cambios y expresión de patologías de las mucosas y tejidos de soporte orales.

Fisiológicamente, los tejidos humanos, incluyendo la mucosa oral, tienen un proceso de envejecimiento natural. Los cambios en los tejidos orales pueden ser considerados cambios fisiológicos asociados a un proceso dinámico de modificaciones morfológicas, funcionales y bioquímicas, que se inician en el momento del nacimiento y se desarrollan a lo largo de la vida. Sin embargo, estos cambios pueden estar directa o indirectamente relacionados con factores intrínsecos (genéticos, metabólicos, sistémicos), extrínsecos (tabaquismo, higiene oral, prótesis, medicamentos) y otros factores relacionados con la limitación de las actividades psicomotoras y psicosociales, los cuales llevan al deterioro e incapacidad de los procesos de autocuidado, particularmente en los tejidos orales.²

Entre los cambios más relevantes en la población adulta, se encuentran:

1. Compromiso de glándulas salivares, caracterizado por la disminución del flujo salivar (hiposialia), sensación de quemazón en la mucosas orales, disminución del sentido del gusto (disgusia) y procesos de infección recurrente que pueden sugerir un síndrome de boca ardiente.² Según el género, se han observado diferencias en el flujo salivar, indicando que las mujeres presentan disminución después de los 60 años de edad.
2. Las mucosas orales, con el transcurso del tiempo, pueden perder las características de brillo, textura y elasticidad, lo que sugiere la presencia de una atrofia del epitelio, disminución o aumento del estrato corneo, cambios que están relacionados con el tabaquismo, alcohol, prótesis, alimentación

y patologías (liquen plano, leucoplasia), que pueden inducir a la generación de carcinomas escamocelulares.

3. Con respecto a la lengua, la mayoría de sus cambios son benignos, los más frecuentes son la alteración del gusto por atrofia de las papilas, la glosodinia, glositis migratoria benigna, aumento del tamaño (macroglosia) en algunos individuos. La presencia de fisuras también es un cambio frecuente, pudiendo estar relacionado con estados carenciales y enfermedades sistémicas.³
4. La pérdida de hueso alveolar ha sido relacionado con la enfermedad periodontal. La disminución del hueso alveolar se ha reportado en un 40% de la población adulta, y puede incrementar según la edad, genética, enfermedades óseas metabólicas (osteoporosis), exodoncias e higiene oral.⁴

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal (de corte) en una población de adultos mayores de Medellín, pertenecientes al centro geriátrico Refugio Santa Ana, durante el periodo febrero del 2009 a febrero del 2010. A las personas participantes se les solicitó el consentimiento para ser incluidas dentro del estudio.

Éste incluyó un total de 100 personas, a quienes se les realizó una anamnesis y evaluación clínica del estado de los tejidos orales (mucosas orales y tejidos dentales). Las personas incluidas dentro del estudio fueron mayores de 40 años y de ambos sexos. Del total de la población se obtuvo una población final de 80 pacientes debido a que a 20 pacientes no se les pudo realizar el examen completo, pues presentaban dificultad en la coordinación de movimientos e incapacidad para responder el cuestionario. Para facilitar nuestro estudio, se clasificaron los pacientes en diferentes grupos, así: 1) pacientes con enfermedades sistémicas, 2) presencia de alteraciones de las mucosas orales, 3) presencia de prótesis y estado. La evaluación y clasificación se realizó por dos investigadores de forma independiente y, posteriormente, se realizó una correlación de los hallazgos que tuvieron un mínimo del 95% de coincidencia. El análisis estadístico se realizó de acuerdo con un estudio de análisis

univariado para las variables cuantitativas (media, mediana, mínimo, rango, desviación estándar), y el acercamiento a las variables cualitativas se realizó de acuerdo con un análisis de porcentaje. Para el control de error tipo I se utilizó un valor alfa = 0,05. Los cálculos se realizaron en el paquete estadístico SPSS, versión 17.0.

Resultados

El grupo poblacional estudiado incluyó un total de 100 personas (75 mujeres y 25 hombres) (figura 1), con un promedio de edad de $83 \pm 9,04$ años, de los cuales sólo se incluyeron 80 personas, debido a que

las 20 personas excluidas presentaban condiciones psicomotoras que no permitían el correcto examen. Según la clasificación realizada, tuvimos:

Pacientes con enfermedades sistémicas

Se observó que la alteración sistémica predominante fue la de tipo cardiovascular (44%), seguida por las patologías endocrinas (6,3%); sin embargo, un grupo de pacientes no presentó ningún antecedente ni patología sistémica asociada (25%). En las personas de la tercera edad estudiadas se encontró que la mayor distribución por sexo en la población del centro geriátrico fue de mujeres, con un 75% (20/80), y de hombres con un 25% (figura 2).

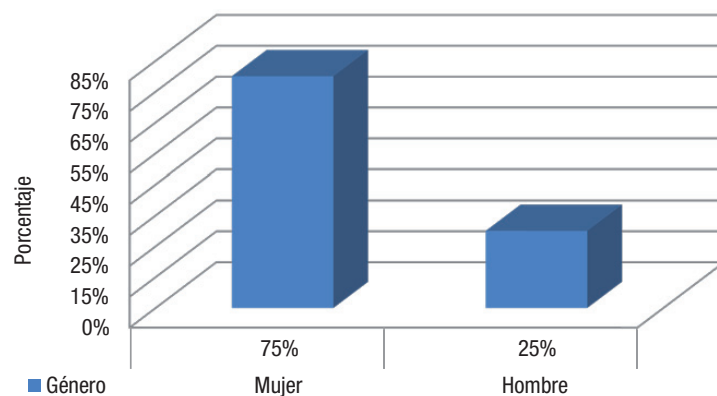


Figura 1. Distribución de la población por género

Fuente: los autores

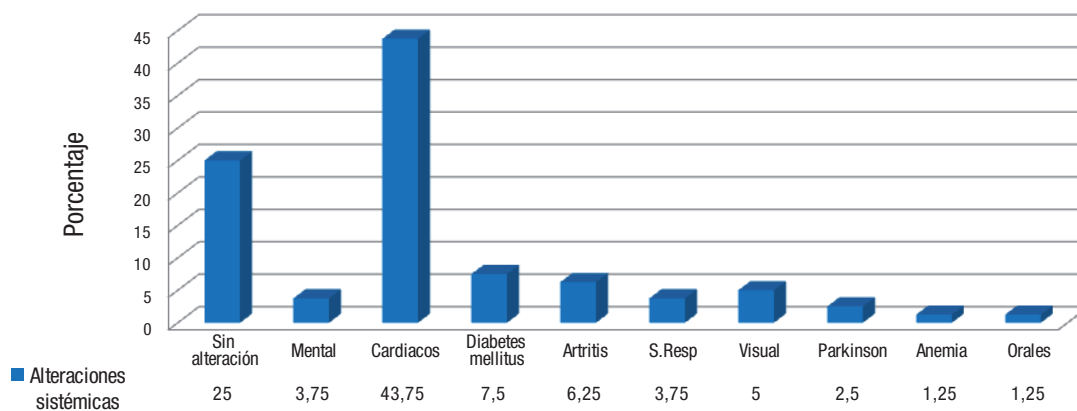


Figura 2. Distribución de alteraciones sistémicas

Fuente: los autores

Se observa que entre las diferentes enfermedades, tienen mayor prevalencia las enfermedades cardiovasculares y endocrinas.

Presencia de alteraciones de las mucosas orales

En relación con los cambios de las mucosas orales, se observó que la mayoría de la población presentaba alteraciones de las mucosas orales que comprendían lesiones de origen traumático e infeccioso. Las lesiones de origen traumático constituyeron el 55%,

con diagnósticos presuntivos de fibromas traumáticos ocasionados por una mala adaptación protésica y granulomas piógenos, asociados a restos radiculares. De las lesiones infecciosas (15%) la más común encontrada fue la candidiasis atrófica y candidiasis pseudomembranosas. Entre otras, se observaron patologías de origen dental (caries, periodontitis apical crónica, abscesos periapicales) (figura 3). En menor proporción, con un 2,5%, lesiones de origen autoinmune como los síndromes aftosos recurrentes.

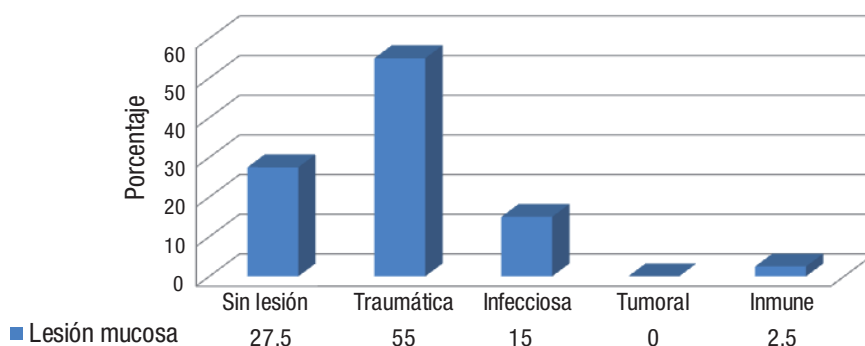


Figura 3. Distribución de tipo de lesión en las mucosas orales

Fuente: los autores

Presencia y estado de la prótesis

Los pacientes evaluados en su mayoría fueron edéntulos totales y portadores de prótesis totales (80%), con predominio de prótesis bimaxilares (46,25%).

Los pacientes presentaban regulares condiciones en los tejidos de soporte (periodonto, hueso alveolar) (figuras 4 y 5).

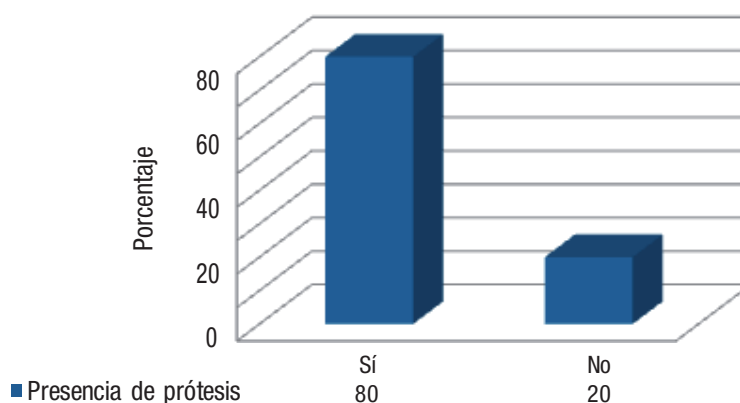


Figura 4. Pacientes con presencia de algún tipo de prótesis

Fuente: los autores

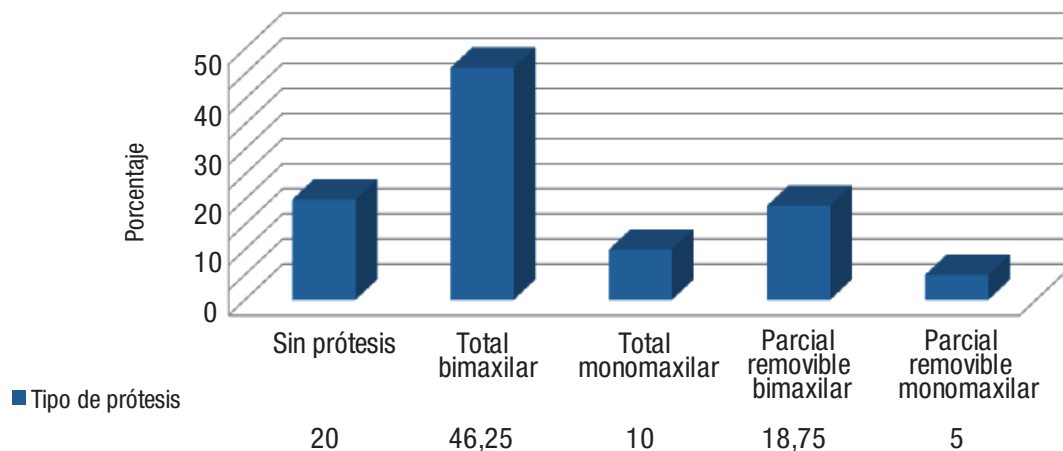


Figura 5. Distribución de tipo de prótesis

Fuente: los autores

Se observó en las mucosas alveolar y palatina procesos inflamatorios asociados a infecciones por *cándida albicans*, además del mal estado e higiene de la prótesis. Estos hallazgos se correlacionaron con el tiempo de uso de la prótesis, los cuales oscilaban entre 1 y más de 30 años (figura 6), además del estado de la prótesis (46,25%: mal estado, 33,75%: buen estado, 20%: sin prótesis).

El análisis bivariado para determinar la dependencia entre variables de orden cualitativo, utilizando el test de la Chi,² con un valor de $p < 0,05$, sólo identificó relaciones entre signos clínicos versus el uso y estado de las prótesis con un valor de $p = 0,0016$, género de los individuos evaluados y una asociación muy cercana a la significativa con uso y tipo de prótesis dentales.

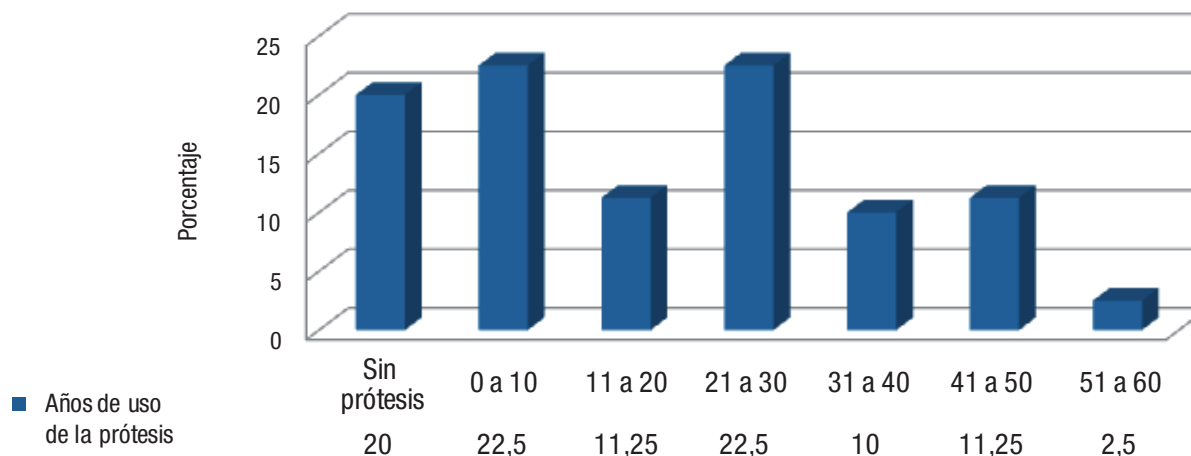


Figura 6. Tiempo de uso de prótesis

Fuente: los autores

Tabla 1. Lesiones asociadas al uso de prótesis

P= 0,0326	No prótesis	Buen estado	Mal estado	Total
Ninguno	7	7	8	22
Aumento fibroso	2	8	10	20
Zona eritematosa	3	9	18	30
Úlcera	0	2	0	2
Alteraciones periodontales	3	1	0	4
Hiperqueratosis	1	0	1	2
Total	16	27	37	80

Valor chi2 = 17,36; valor p = 0,0016***

Fuente: los autores

Discusión

La consideración psicosocial del adulto mayor lleva a plantear que los cambios propios del proceso de envejecimiento ocurren desde tres perspectivas:

- 1) *Cambios biológicos*: todos los cambios orgánicos que afectan sus capacidades físicas y todo lo relacionado con la edad.
- 2) *Cambios psíquicos*: cambios en el comportamiento, autopercepción, conflictos, valores y creencias.
- 3) *Cambios sociales*: se estudia el papel del anciano en la comunidad. Koller y Hunt afirman que el tratamiento de los problemas bucales de los ancianos no depende del desarrollo de nuevas técnicas, sino del conocimiento de aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vejez.^{5,6}

Estos cambios se correlacionan con el estudio realizado en el centro Santa Ana, donde se ven involucrados los diferentes campos (biológicos, psíquicos y sociales) que influyen directa e indirectamente en los cambios de las mucosas orales y tejidos. En diferentes países se han realizado estudios que han observado los cambios en las mucosas orales de adultos mayores, los cuales determinan la

importancia de dichos cambios para el diagnóstico temprano de patologías que determinan un daño extenso o localizado de los tejidos.⁷

Los resultados obtenidos en este estudio sugieren similitudes con otros estudios donde los cambios en los tejidos orales están relacionados con el uso de prótesis, el cual es un factor importante en la conservación del hueso alveolar así como en la dinámica masticatoria.^{8,9} De la misma forma, sugieren la participación de múltiples factores como la educación en higiene oral, en el uso y manejo de las prótesis así como también en los hábitos; un desequilibrio en algunos de ellos puede llevar a la presencia de cambios de los tejidos orales que se correlacionan con la presencia de lesiones de origen traumático como los aumentos fibrosos por prótesis, granulomas piógenos, fibromas periféricos y lesiones infecciosas de origen micótico como la candidiasis atrófica, o la candidiasis pseudomembranosa. Otras lesiones que pueden estar relacionadas con los signos y síntomas hallados son: tipos de leucoplaquia, liquen plano oral y patologías de las glándulas salivares.¹⁰ los cambios observados en los adultos mayores tienen un componente biológico, asociado al proceso del envejecimiento, y uno psicosocial, que influye indirectamente sobre éstos.

Conclusión

Los cambios en la población adulta mayor se encuentran asociados a múltiples factores de origen biológico, psicosocial y económico, los cuales son de importancia en el momento de la evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Agradecimientos

Centro Geriátrico Refugio Santa Ana y Universidad Cooperativa de Colombia.

Referencias

1. Day JC. Population project of the United States by age, sex, race, and Hispanic origin: 1995-2000. Washington, DC: Bureau of the census, Current Population report; 1996: 25-1130.
2. Lyons, DC. The dry mouth adverse reaction syndrome in geriatric patients. *J. Oral Med.* 1972; 27:110-11.
3. Bradhey JA. Radiological investigation into age changes interior dental artery. *Brit Oral Surg.* 1995; 13:82-90.
4. Bruce, RA, Strachan, DS. Fractures of the edentulous mandible. *Oral Surg.* 1976; 34: 973-79.
5. Koller M. Geriatric dentistry: medical problems as well as disease and therapy need oral disorders. *Sweis Rundsh Med Pract.* 1997; 83: 273-82.
6. Hunt RJ. Edentalism and oral health problems among elderly lowans: the Iowa 65 rural health study. *Am J Public Health.* 1998; 84: 1177-81.
7. López Jorret P, Saura Pérez M. Prevalencia de lesiones mucosas en población anciana de la región de Murcia. *Av Odontoestomatología V.* 2006; 6: 22.
8. Ortega Velazco D. Envejecimiento oral. En: Bollón FP, Velazco OD. *Odontoloestomatología geriátrica: la atención odontológica integral del paciente de edad avanzada.* Madrid: Coordinación Editorial IMC; 1996.
9. Franks A, Hedegord B. *Geriatric dentistry.* Oxford: Blackwell; 1996.
10. Klein DR. Oral soft tissue changes in geriatric patients. *Bull. N.Y. Acad. Med.* 1980; 56: 721-727.