



**UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
SEDE REGIONAL ROSARIO
FACULTAD DE MEDICINA
CARRERA MEDICINA**

**“DETECCIÓN DE LESIONES BUCALES EN UNA POBLACIÓN
GERIÁTRICA”**

AUTORES: Dr. Sebastián Carnevale

Odontólogo, socio del Círculo Odontológico Santafesino
Miembro de la Seccional de Cirugía del Círculo Odontológico Santafesino
Médico residente en Cirugía General del Hospital San Martín de Paraná

Prof. Dr. Norberto David Bassan

Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana,
Rosario

Prof. Dr. Oraldo Roy Soldano

Docente de la carrera de Medicina de la Universidad Abierta Interamericana,
Rosario

Año 2008

Resumen

Es constante el olvido de la salud oral existiendo una inexplicable separación de la boca del resto del cuerpo, hecha por médicos y odontólogos.

Objetivo: detectar en adultos mayores institucionalizados, mediante el examen clínico, la presencia, tipo y localización de lesiones de la cavidad bucal y relacionarlas con edad, sexo, grado de dependencia y uso de prótesis

Se examinó clínicamente la cavidad bucal de 150 pacientes, mayores de 60 años, seleccionados aleatoriamente, de 260 institucionalizados en el Hospital Geriátrico Provincial. Rosario. (Argentina)

Se consideró la cavidad bucal desde el borde bermellón labial al istmo de las fauces.

La población, 76 mujeres y 74 varones tenían una media de 75 años.

Eran dependientes o semidependientes el 82%. 99% parcial o totalmente desdentados y no usaban prótesis el 65%. Se detectaron lesiones en el 20% de la población. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en relación a sexo, grado de dependencia, alcohol y tabaco. Fue significativa ($p < 0.05$) entre parcial (14%) y totalmente desdentado (30%) y al uso de prótesis (31%) vs. no uso 14%. El 47% de las lesiones eran cancerizables y estaban asociadas al uso de prótesis ($p < 0.05$)

La falta de tratamiento protésico, ausencia de control de prótesis existentes y el no examen periódico de la cavidad bucal, son factores condicionantes del importante porcentaje de lesiones encontradas. Consideramos imprescindible que el geriatra y el médico general tengan las competencias necesarias e incorpore el examen de la cavidad bucal al examen del paciente para que ésta deje de ser un territorio inexplorado.

Palabras clave: Adultos mayores – Ancianos – Lesiones cavidad bucal – Prótesis – Examen cavidad bucal

Introducción

La mucosa bucal, por su estructura histológica y origen embriológico, tiene gran similitud con la piel. Tapiza una cavidad que cumple funciones foniatricas y digestivas. Soporta numerosos traumas de origen físico-químico y mecánico, conforma una barrera selectiva contra diversos microorganismos y constituye un órgano sensorial por excelencia.

En la mucosa bucal se manifiestan diversas patologías de origen traumático, infeccioso y por trastornos de desarrollo, así como las manifestaciones de distintas patologías de origen sistémico (1)

En los últimos años la odontología ha tenido mayor presencia en la medicina general y de especialidad, si bien es importante reconocer que la mayoría de los médicos muestran cierta renuencia a comprender los padecimientos y procedimientos odontológicos. En odontogeriatría las condiciones multifactoriales de los problemas de los pacientes y su tratamiento brinda la oportunidad para que el equipo interdisciplinario muestre su capacidad de trabajo coordinado.

El conocimiento de las patologías odontológicas y estomatológicas de los pacientes geriátricos puede determinar la selección de los alimentos e interpretar las repercusiones sistémicas de los padecimientos odontológicos y estomatológicos tales como neumonía, complicaciones de artrosis, dolor orofacial, modificaciones en la glucemia en diabéticos, así como neoplasias, y todos aquellos padecimientos odontológicos y estomatológicos comunes en pacientes geriátricos.(2),(7)

El olvido constante de la salud oral y una inexplicable separación de la boca del resto del cuerpo hecha por médicos y odontólogos, así como la creencia errada de algunos médicos que piensan que el Cirujano dentista sólo tiene la obligación del cuidado y tratamiento de los dientes, nos demuestra la falta de comunicación entre los equipos de salud, siendo ésta imprescindible para la excelencia en los modelos de atención integral del paciente en cualquier etapa de su vida. (3.), (8)

Sin duda la patología que por sus características evolutivas y pronóstico implica una mayor gravedad es el cáncer de la mucosa bucal. Es por esto que ante toda lesión bucal es imprescindible tenerlo siempre como posible diagnóstico.

La prevalencia de cáncer oral continúa en aumento en los países occidentales. Una de las mejores armas para combatirlo es su diagnóstico precoz y el estudio y control de

las lesiones cancerizables. El cáncer oral, como la mayoría de los cánceres, está relacionado con el envejecimiento. En las últimas décadas se ha producido un importante cambio en la estructura de las poblaciones, especialmente en las de los países occidentales, consistente en un aumento, tanto en términos absolutos como relativos, de la población anciana. (4)

De todos los factores que pueden contribuir a la aparición y desarrollo del cáncer, la edad es uno de los factores de riesgo epidemiológico no modificable. El cáncer oral, como la gran mayoría de los cánceres es una enfermedad relacionada con el envejecimiento y con la vejez. Alrededor del 95% de los cánceres ocurren en mayores de 40 años y la edad media de diagnóstico se sitúa entorno a los 60 años, estimándose que la mitad de los cánceres ocurren en mayores de 65 años. (5), (6). Hay evidencias sobre la influencia de la dieta en el desarrollo del cáncer oral, así como otros factores ambientales y hábitos como tabaco o alcohol. Las dietas bajas en grasas saturadas y ricas en fibra, micronutrientes y antioxidantes contribuyen a bajar el riesgo. (10).

La diabetes tipo 2 puede influir sobre el desarrollo y progresión del cáncer oral. Un estudio de casos y controles de pacientes con carcinoma epidermoide de encía, mostró comportamientos más agresivos en los diabéticos que en los no diabéticos. (11). No olvidemos que la población estudiada tiene una alta prevalencia de diabetes tipo 2 y muchos de estos pacientes presentan problemas de masticación y deglución lo que limita su dieta tanto en cantidad como en calidad.

También se involucra a los diversos tipos de virus del papiloma humano en la etiología sobre todo las variedades 6 16 y18, que se aíslan en el 10 al 15 % de las lesiones linguales y en la mitad de las halladas en el anillo de Waldeyer.(12)(13).La variedad mas frecuente es el carcinoma de células escamosas con una frecuencia de 9 a 1.(14)

La mejor forma de prevenir esta enfermedad y minimizar sus daños es la detección y estudio de las lesiones cancerizables(prevencción primaria) y de las lesiones in situ o microinvasoras (prevención secundaria). (15)

Las lesiones cancerizables se enumeran en la sección de materiales y métodos y se hace una breve descripción de ellas en la sección de discusión.

Otros autores se han ocupado del tema: (4, 16, 17, 18, 19, 20, 21)

Objetivos

El objetivo del presente trabajo fue detectar mediante el examen clínico, la presencia, tipo y localización de lesiones de la cavidad bucal, dividiéndolas en cancerizables y no cancerizables, y relacionar los hallazgos con edad, sexo, grado de dependencia y uso de prótesis, en adultos mayores de 60 años, institucionalizados en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario (Argentina), que reciben cuidados médicos y de enfermería continuos, pero que la institución no cuenta con servicio de odontología propio.

Materiales y métodos.

Se realizó, durante el año 2007 un estudio descriptivo transversal sobre 150 pacientes, de 60 años o más, 76 mujeres y 74 varones, seleccionados aleatoriamente y que accedieron en forma voluntaria al estudio, sobre los 260 institucionalizados en el Hospital Geriátrico Provincial de Rosario. (Argentina)

Se consideró la cavidad bucal desde el borde bermellón labial al istmo de las fauces.

Se confeccionó una historia clínica para cada paciente donde se registró la filiación del mismo, hábitos, uso de prótesis, patologías crónicas relacionadas, grado de dependencia y presencia y tipo de lesiones en la cavidad bucal. (Anexo 1)

Se realizó un examen clínico minucioso de la cavidad bucal, utilizando un elemento de separación (baja lengua), una fuente de luz y guantes para examen. El procedimiento se llevó a cabo comenzando por los labios. A continuación, quitando las prótesis, cuando correspondía, se inspeccionó la mucosa de los carrillos y de los fondos de surco vestibular y lingual. Luego se observó el paladar duro y blando y los pilares del velo. La inspección finalizó tomando la lengua con una gasa, rebatiéndola suavemente hacia los lados, observándose sus bordes y hacia arriba buscándose la presencia de lesiones en su cara ventral y en el piso de la boca.

Los hallazgos se agruparon en lesiones no cancerizables y lesiones cancerizables.

Lesiones no cancerizables

- ? Lesiones hiperpigmentadas: melanosis bucal, tatuajes por amalgama.
- ? Pápulas e hiperplasias.
- ? Candidiasis.
- ? Atrofias.
- ? Estomatitis aftosa y subplaca protésica.
- ? Queilitis angular.

Lesiones Cancerizables

- ? Lesiones blancas: leucoplasia, liquen, lupus eritematoso sistémico, carcinoma in situ.
- ? Lesiones rojas: eritroplasia, carcinoma in situ

- ? Lesiones ulcerosas: ulcera traumática crónica, carcinoma in situ, hiperplasias ulcerosas.
- ? Lesiones vegetantes: carcinoma in situ, y papiloma.
- ? Lesiones labiales: queilitis actínica, queilitis erosiva descamativa, cáncer de labio.

Los datos volcados en una planilla de cálculo de Microsoft Excel (Anexo 2), se expresan como porcentaje en relación a la población estudiada. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0 para Windows considerándose estadísticamente significativos valores de $p < 0.05$

Resultados

La media de la edad de los pacientes estudiados fue de 75 años (DS 9.61) siendo de 77 (DS 10.26) para las mujeres y de 73 (DS 8.45) para los varones.

Eran dependientes o semidependientes 123 (82%) de los 150 estudiados

De las mujeres 9 (12%) y 19 (26%) de los varones eran diabéticos

De los pacientes 149 (99%) eran parcial o totalmente desdentados

No usaban prótesis 99 (65%). 42 (55%) de las mujeres y 57 (77%) de los varones.

El 32 % eran o habían sido fumadores y el 16% consumían o habían consumido alcohol

En la tabla N° 1 se cuantifican los pacientes en los que se detectaron lesiones.

TABLA N° 1
Lesiones de la cavidad bucal detectadas
Según sexo y totales. Números absolutos y porcentaje (n = 150)

Lesiones	Femenino		Masculino		Total general	
	n = 76	%	N = 74	%	n = 150	%
Cavidad bucal						
Presente	16	21	14	19	30	20
Ausente	60	79	60	81	120	80

Estadísticamente no significativo entre sexos

En la tabla N° 2 se relaciona lesiones con ser parcial o totalmente desdentado.

TABLA N° 2
Lesiones detectadas en la cavidad bucal de pacientes
no desdentados y desdentados parcial o totalmente
Números absolutos y porcentaje (n = 150)

Desdentado	Lesiones cavidad bucal		Lesiones cavidad bucal		Total	%
	Presente	%	Ausente	%		
No	0	0	1	100	1	1
Parcialmente	13*	14	80	86	93	62
Totalmente	17*	30	39	70	56	37
Total	30		120		150	

? $p < 0.05$

En la tabla N° 3 y grafico N° 1 se muestra la presencia de lesiones detectadas en la cavidad bucal de pacientes según grado de dependencia.

TABLA N° 3

**Lesiones detectadas en la cavidad bucal de pacientes
según grado de dependencia
Números absolutos y porcentaje (n = 150)**

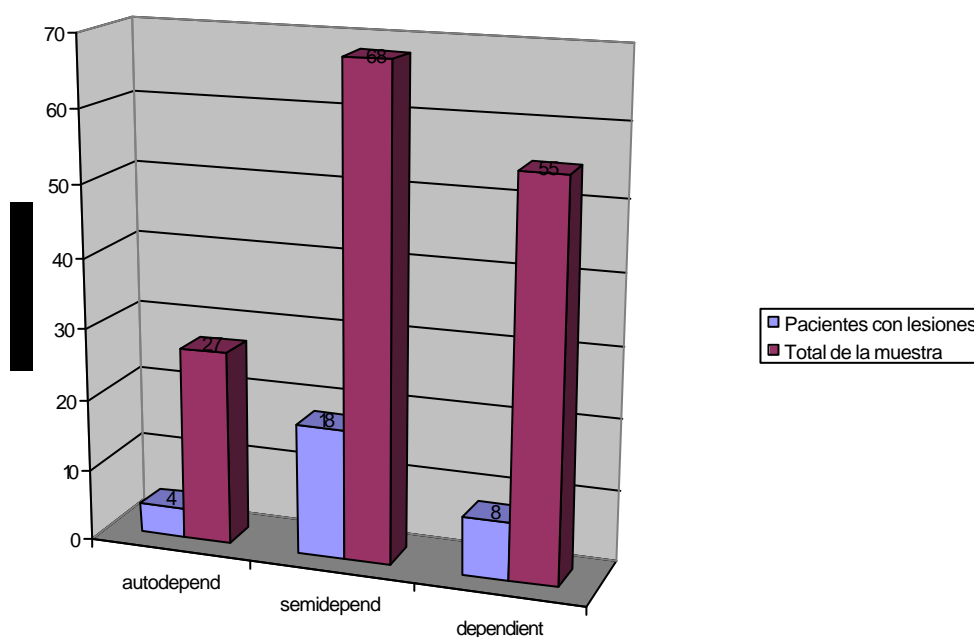
Lesiones cavidad bucal					
Dependencia	Presente	%	Ausente	%	Total
Autodependiente	4	15	23	85	27
Semi+dependiente	26	21	97	79	123
Total	30		120		150

Estadísticamente no significativo

O.R= 1,54

GRAFICO1.

DISTRIBUCIÓN DE LAS LESIONES SEGÚN GRADO DE DEPENDENCIA.



La tabla 4 y grafico N° 2 presenta los pacientes con lesiones detectadas en la cavidad bucal según uso o no de prótesis removibles

TABLA N° 4

Lesiones detectadas en la cavidad bucal de pacientes según uso o no de prótesis removibles

Números absolutos y porcentaje (n = 150)

Lesiones cavidad bucal

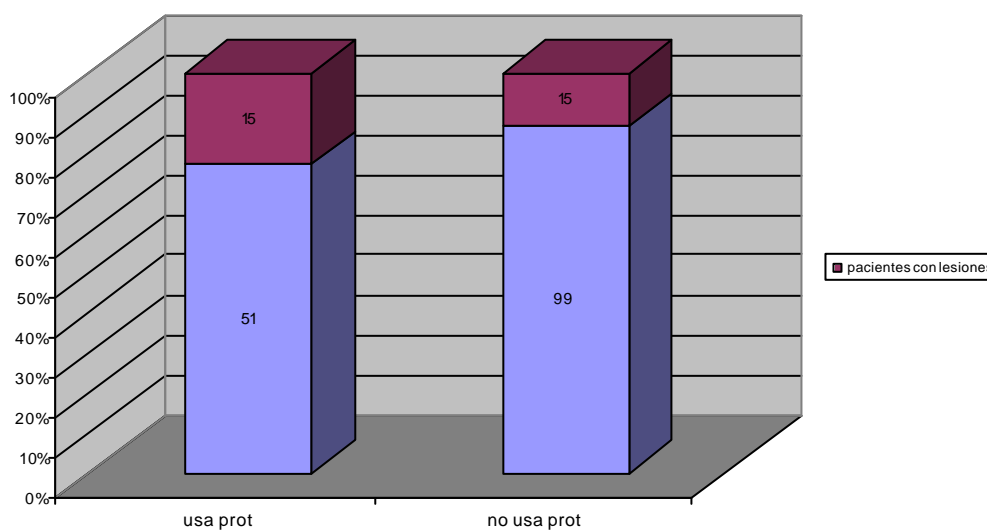
Prótesis	Presente	%	Ausente	%	Total
No uso	14*	14	85	86	99
Uso	16*	31	35	68	51
Total	30		120		150

P<0.05

O.R= 2,33

GRAFICO 2.

PORCENTAJE DE LESIONES SEGÚN USO DE PRÓTESIS



La tabla N° 5 detalla el tipo de lesiones encontradas y se muestran en las figuras 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9 y 10.

TABLA N° 5

**Tipos de lesiones detectadas en la cavidad bucal
Números absolutos y porcentaje (n = 30)**

Lesiones	total	%
Hiperplasia ulcerada.	8	27
Pápulas	4	13
Lesión pigmentaria	4	13
Ulcera	3	10
Atrofia	2	7
Queilitis angular	2	7
Candida	2	7
Hiperplasia	1	3
Lesión blanca y roja	1	3
Queilitis actínica	1	3
Hiperplasia gingival	1	3
Lesión blanca	1	3

FIGURA 1: numerosas máculas de color café en la mucosa del carrillo. Los principales diagnósticos diferenciales son la melanosis bucal el síndrome de Addison y los nevos bucales.



FIGURA 2: Placa blanca amarillenta única en dorso de lengua. Diagnóstico probable: candidiasis.



FIGURA 3: Extensa atrofia de la mucosa lingual, con gran depapilación. Típica lengua en celofán. Diagnósticos diferenciales: estados carenciales (folatos, vitamina B12, hierro) o candidiasis en su variedad atrófica.



FIGURA 4: Múltiples máculas rojas en la mucosa del paladar en clara asociación con una prótesis removible. Diagnóstico probable: palatitis subplaca protésica de etiología candidiásica.



FIGURA 5: Lesión ulcerada en borde de lengua de fondo limpio y presentando un halo blanquecino, de bordes indurados. Lesión relacionada con un borde filoso de un diente. Posible existencia de un carcinoma epidermoide.



FIGURA 6: Típicas pápulas blancas agrupadas que son la clásica manifestación del liquen rojo plano.



FIGURA 7: Lesión en labio inferior que podría corresponder a una queilitis actínica. Presenta además una lesión blanca en relación con trauma dentario.



FIGURA 8: Se ven dos lesiones: Una hiperplasia fibrosa por trauma protésico que presenta una ulceración (lesión cancerizable) y una hiperplasia por cámara de succión de una prótesis superior no ulcerada (no cancerizable). Se aprecian las manchas rojas de contaminación por cándidas.



FIGURA 9: la misma lesión que la foto 8 sin úlceras pero con zonas blancas que evidencian el trauma protésico. Corresponde al reborde inferior zona de premolares.



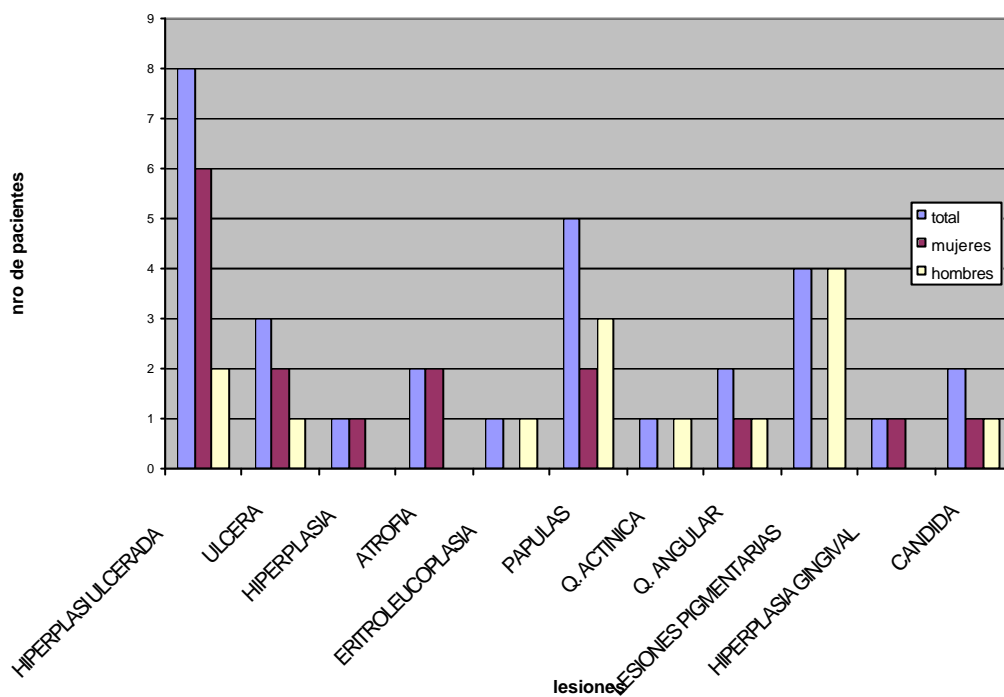
FIGURA 10: la misma lesión que en la foto 8 con una úlcera.



En el gráfico N°3 se aprecian las relaciones entre el tipo de lesión y el sexo con los totales.

GRAFICO 1.

TIPOS DE LESIONES SEGÚN SEXO Y TOTALES.



La tabla N° 6 refiere las lesiones cancerizables y no cancerizables detectadas

TABLA N° 6

Lesiones cancerizables y no cancerizables detectadas en la cavidad bucal (n = 30)

Tipo de lesión	N° absolutos	%
Cancerizable	14	47
No cancerizable	16	53

La tabla N° 7 y grafico N° 4 relaciona las lesiones cancerizables y no cancerizables con el uso de prótesis removibles

TABLA N° 7

**Lesiones cancerizables y no cancerizables de la cavidad bucal
y uso de prótesis removibles**

(n = 30)

Tipo de Lesiones

Uso de prótesis	Lesiones cancerizables	%	Lesiones no cancerizables	%
Si usa	11*	78,57	4 ⁺	25
No usa	3*	21,42	12 ⁺	75
Total	14	100	16	100

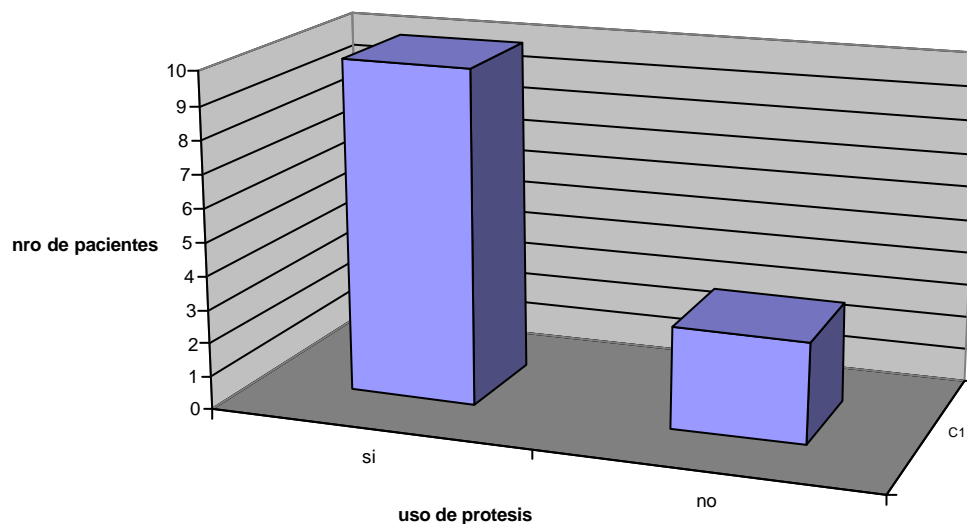
* P<0.05

+ P<0.05

O.R= 11

GRAFICO 4

LESIONES CANCERIZABLES SEGÚN USO DE PRÓTESIS



Discusión y conclusiones

Los resultados mostraron que el 99% de los pacientes eran desdentados parciales o totales y sólo el 35% usaban prótesis, significando para el 65%, que no usaba prótesis, problemas tanto de deglución como de masticación con la consiguiente restricción de su dieta, así como dificultades en la fonación y los consiguientes problemas de sociabilización.

La falta de prótesis está relacionada con la deficiente cobertura social de las personas consideradas en este estudio.

Se detectaron lesiones en el 20% de los pacientes, siendo este un valor intermedio entre los referidos por distintos autores en diferentes países (16, 17, 18, 19, 20, 21)

La tabla 2 muestra una diferencia significativa entre los pacientes parcialmente desdentados y los totalmente desdentados, los primeros con un porcentaje menor de lesiones. Esto podría deberse a que los parcialmente desdentados no usan prótesis, ya que la tabla 4 muestra una relación significativa entre el uso de prótesis y lesiones de la cavidad bucal. Este dato es variable para otros autores, así como el tipo de lesiones encontradas referidas a prótesis desadaptada o a la higiene de las prótesis.(16, 17, 18, 19, 20, 21) En este estudio la relación uso de prótesis y lesiones se debe fundamentalmente a prótesis desadaptadas, antiguas y/o defectuosas, que no han sido ni son controladas y adaptadas correctamente.

Es de remarcar que, en nuestro trabajo, prácticamente la mitad de las lesiones detectadas son lesiones cancerizables y su presencia se relaciona con el uso de prótesis.(Tabla 7 O.R=11)

No encontramos diferencias significativas en relación a sexo, tabaco, alcohol, grado de dependencia o diabetes en nuestro estudio, datos parcialmente coincidentes con otros trabajos.(16, 17, 18, 19, 20, 21)

Entre las lesiones cancerizables las hiperplasias ulceradas constituyeron el 27% de las lesiones detectadas refiriendo otros trabajos entre el 10 y 12 %.(16, 17, 18, 19, 20, 21)

Son producidas por trauma protésico de aparatos desadaptados que provocan la proliferación de tejido fibroso. Esta hiperplasia fibrosa nunca maligniza pero si el trauma continúa y se ulcera pasa a comportarse como una úlcera traumática crónica que a mediano plazo, si no se corrigen los factores irritativos puede determinar la aparición de un carcinoma epidermoide. Un punto de controversia es si se considera a

la úlcera traumática crónica como lesión cancerizable. Coincidimos con Lanfranchi Tizeira que estas lesiones deben ser consideradas cancerizables ya que frecuentemente hemos observado en la clínica factores traumáticos (prótesis desadaptadas, bordes filosos por caries) con una biopsia positiva para carcinoma escamoso.(15)

En cuanto a úlceras traumáticas no relacionadas a prótesis hallamos 3 casos (10%) y al no realizar biopsia no se pudo descartar la presencia de carcinoma epidermoide.

El carcinoma epidermoide invasivo tiene frecuentemente una presentación ulcerosa, así como también una ulcerovegetante y vegetante. Se presenta como una úlcera de bordes abalconados, de fondo sucio necrótico y claro aspecto infiltrativo. El principal diagnóstico diferencial debe hacerse con la úlcera traumática crónica y también con las de etiología infecciosa (tuberculosis, blastomicosis) Su incidencia según estudios en EE UU es de 19,4 cada 100.000 habitantes. Los factores de riesgo son tabaco, alcohol y mal estado bucal. El 87% de los casos ocurren entre los 40 y 80 años de edad. Puede asentar o no sobre una lesión precancerizable. Siempre presenta una etapa de carcinoma in situ y de microinvasión que puede ser solucionado mediante tratamientos simples. La estadificación se hace por el sistema T (tamaño), N (nódulos linfáticos), M (metástasis) El pronóstico empeora sobremanera cuando hay compromiso ganglionar cervical.

El diagnóstico diferencial de toda lesión ulcerosa debe hacerse retirando el agente traumático y realizando biopsia de persistir la lesión. (22, 23, 24, 25, 26)

Entre las lesiones blancas deben tenerse en cuenta la leucoplasia y el liquen.

La leucoplasia es una lesión blanca que no se desprende por raspado, que no puede ser clasificada como ninguna otra lesión (OMS). Su prevalencia: varía del 0,2 al 17%. Los factores de riesgo son tabaco; alcohol, trauma local, deficiencia vitamínica y candidiasis bucal.

Se caracteriza por presentarse principalmente a partir de la quinta década de la vida, como una lesión blanca nacarada que puede ser mácula, pápula o verruga, pudiendo presentar zonas rojas (Heterogénea). El porcentaje de malignización es del 7%.

El Liquen se presenta como un parqueteado blanco aterciopelado que puede o no presentar erosiones. Hay implicado probablemente un factor inmunológico. El porcentaje de malignización es del 11%. Su prevalencia es de 0,2 al 4 %. Son factores de riesgo: estrés, trauma local, galvanismo y herencia.

El lupus eritematoso sistémico puede presentarse como una lesión blanca y su porcentaje de malignización es muy bajo. La prevalencia es de 15 a 50 casos por cada 100 000 habitantes.

Los diagnósticos diferenciales de estas entidades debe hacerse entre sí, y con candidiasis crónica, mordiscamiento de mucosa, trauma protésico, verrugas vulgares, hiperplasias simples, quemaduras, enfermedades vésico ampollares, carcinoma in situ, carcinoma invasor. Ante la sospecha clínica de cualquiera de estas entidades es mandatoria la biopsia. (22, 23, 24, 25, 26)

Las lesiones rojas y blancas como eritroplasia, lesión roja plana que generalmente coexiste con una leucoplasia. Puede ser la manifestación de un carcinoma in situ o invasor. Tienen una alta probabilidad de malignización. (22, 23, 24, 25, 26)

En nuestra muestra hallamos un caso de lesión blanca y roja y uno de lesión blanca. (7%) estando algo por encima de trabajos similares. (4,16, 17, 18, 19, 20, 21)

Entre las lesiones labiales, el carcinoma escamoso representa el 30% de los tumores de la cavidad bucal. Por las características de su diseminación da muchas oportunidades de tratamiento, ya que usualmente asienta sobre una queilitis actínica. Aun en su etapa invasiva sus metástasis, cuando existen, son tardías. El factor de riesgo más importante es la exposición a los rayos solares (factor ocupacional) que desarrolla una quelitis de tipo actínica, la edad y el tabaquismo. Como vemos la carcinogenesis es diferente al carcinoma bucal propiamente dicho (intrabucal).

Se presenta como una tumoración que habitualmente se desarrolla luego de una úlcera o erosión. Es de claro aspecto infiltrativo, de bordes abalconados, indolora.

La quelitis actínica es muy frecuente en sujetos con gran exposición solar como marineros, albañiles, empleados rurales. Se observa como una descamación erosión del labio inferior, con un borramiento del límite semimucosa- piel.

La leucoplasia labial se presenta habitualmente en fumadores de pipa, relacionada con el aumento de temperatura local. La clínica es similar a la leucoplasia intrabucal, siendo rara la forma vegetante. (22, 23, 24, 25, 26). Encontramos un caso (3%) de queilitis actínica con áreas leucoplásicas en el que no se realizó biopsia no pudiendo descartarse la presencia de un carcinoma. Este dato coincide con los encontrados por otros autores. (16, 17, 18, 19, 20, 21)

Es de destacar que la Institución, si bien cuenta con enfermería permanente y servicio médico y las historias clínicas de los pacientes están actualizadas, no cuenta con un servicio odontológico propio, solicitando atención odontológica a requerimiento de los pacientes. Esto hace que se recurra al odontólogo ante situaciones de dolor agudo persistente. Generalmente las lesiones encontradas en este estudio no son muy dolorosas

en su inicio y el paciente se acostumbra a convivir con ellas por lo cual no solicita la entrevista odontológica.

La incidencia y prevalencia del cáncer oral está en aumento en los países occidentales, siendo la detección precoz de las lesiones cancerizables, la manera mas eficiente de proporcionar el mejor pronóstico para el paciente.

Proponemos así un cambio de enfoque que nos diferencia de los trabajos citados como antecedentes (4,16, 17,18,19,20,21), pues consideramos que lo mas importante es descartar la patología neoplásica, para luego ocuparse de las lesiones banales que también tienen su importancia pues si bien no ponen en peligro la vida afectan severamente la calidad de vida de los abuelos.

Las autoridades sanitarias y fundamentalmente las instituciones formadoras de recurso humano en salud deberían tomar conciencia sobre este problema prevenible.

En la población estudiada los problemas remarcables son: la falta de tratamiento protésico de los pacientes, la ausencia de control sobre las prótesis existentes y la ignorancia total, por parte del personal médico y de enfermería, de la cavidad bucal como parte del paciente, dando como resultado de ello que el 20% de la población estudiada presente lesiones de la cavidad bucal y la mitad de ellas sean cancerizables. Consideramos imprescindible que el geriatra y el médico general tenga las competencias necesarias para realizar una exploración completa de la cavidad oral, detectar lesiones y solicitar la interconsulta con odontología; así como el odontólogo de primer contacto debe realizar una historia médica general, ya que ambos conllevan la responsabilidad del diagnóstico integral inicial del paciente.

El examen de la cavidad bucal debe incorporarse al examen general del paciente para que ésta deje de ser un territorio inexplorado.

Bibliografía

- 1.- American Academy of periodontology: Periodontal disease as a potential risk factors for systemic disease, position paper En: Journal of periodontology. Julio 1998, 841-850.
- 2.- Grinspan, David: Enfermedades de la Boca, Tomo VI, Cap. LX.. Ed. Actualizaciones Medicas, 1991. (p. 4833-44).
- 3.- Mojon Philippe et al: Oral health and nutritional status En: Age and aging. 1999-28: 463-468.
- 4.- Mallo-Pérez L, Rodríguez-Baciero G, Lafuente-Urdinguio P. Lesiones precancerosas en los ancianos. Situación en España. RCOE 2002; 7(2): 153-162.
- 5.- Silverman S. Oral cancer. 3ªed. Atlanta: American Cancer Society, 1990.
- 6.- Silverman S. Precancerous lesions and oral cancer in the elderly. Clin Geriat Med 1992;8:529-41.
- 7.- Nakata Fukura Minouri: Masticatory function and its affects on general health. En: International Dental Journal. 1998: 48, 540-548.
- 8.- Reyes R., Merchant R.: Odontogeriatría: parte integral del tratamiento en ancianos. Archivo Geriátrico, 1999. Año 2, 2(2): 53-56.
- 9.- Menzin J, Lines LM, Manning LN. The economics of squamous cell carcinoma of the head and neck.Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Apr;15(2):68-73. Review.
- 10.- Taghavi N, Yazdi I. Type of food and risk of oral cancer.Arch Iran Med. 2007 Apr;10(2):227-32. Review.
- 11.- Ujpal M, Barabas J, Kovalszky I, Szabo G, Nemeth Z, Gabris K, Suba Z. A preliminary comparative study of the prognostic implications of type 2 diabetes mellitus for patients with primary gingival carcinoma treated with surgery and radiation therapy.J Oral Maxillofac Surg. 2007 Mar;65(3):452-6.
- 12.- Paz IB, et al. Human papillomavirus (HPV) in head and neck cancer. An association of HPV 16 with squamous cell carcinoma of Waldeyer tonsillar ring. Cancer 79:595, 1997.
- 13.- Miller CS, Johnstone BM Human papillomavirus as a risk factor for oral squamous cell carcinoma: a meta-analysis, 1982-1997. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2002 Feb;93(2):125-6.

- 15.- Aguas de Galli, Silvia Cristina; Lanfranchi Tizeira, Héctor E. Lesiones premalignas o cancerizables de la cavidad oral. Rev. Fac. Odontol. (B.Aires);19(47):21-30, 2004.
- 16.- Triantos D. Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. J Oral Pathol Med. 2005 Nov;34(10):577-82.
- 17.- Dundar N, Ilhan Kal B. Oral mucosal conditions and risk factors among elderly in a Turkish school of dentistry. Gerontology. 2007;53(3):165-72. Epub 2007 Jan 5.
- 18.- Jorge Júnior J, de Almeida OP, Bozzo L, Scully C, Graner E. Oral mucosal health and disease in institutionalized elderly in Brazil. Community Dent Oral Epidemiol. 1991 Jun;19(3):173-5.
- 19.- Vigild M. Oral mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark. Community Dent Oral Epidemiol. 1987 Dec;15(6):309-13.
- 20.- Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. J Oral Pathol Med. 2003 Nov;32(10):571-5.
- 21.- McMillan AS, Wong MC, Lo EC, Allen PF. The impact of oral disease among the institutionalized and non-institutionalized elderly in Hong Kong. J Oral Rehabil. 2003 Jan;30(1):46-54.
- 22.- Shaffer W.G. et al.: Tratado de Patología Bucal. 2º Ed., Interamericana, 1986. (107-108, 841-878)
- 23.- Bermejo Fenoll A. et al: Medicina Oral, 1º edición, Masson, 1995. (p. 174, p. 202)
- 24.- Dechaume M.: Estomatología, Masson, 1969. Ed. Española. (p. 850-61)
- 25.- Lucas Tomas , Miguel de: Medicina Oral, Salvat, 1988. (p. 86-91)
- 26.- Caballero Herrera, Rafael: Patología de la lengua. Ed. Trigo, 2000. (p. 139)

Agradecimiento. Los autores agradecen al Director del Hospital Geriátrico Provincial Dr. Ariel Giovanetti por el interés y colaboración en este estudio y al personal de enfermería por el apoyo brindado

Anexo 1.

Ficha de relevamiento de lesiones de la cavidad bucal

Historia clínica n°-----

Nombre y apellido:

Residencia:

Edad:

Sexo:

Residencia anterior:

Ocupación anterior:

Auto dependiente: semidependiente Dependiente:

Estado psíquico psiquiátrico:

Patologías crónicas:

Medicación actual:

Antecedentes oncológicos:

Hábitos: tabaco:

Alcohol:

Otros:

Antecedentes hereditarios.

Padre:

Madre:

Hermanos:

Hijos:

Examen bucal.

Estado dentario:

Estado periodontal:

Mucosa bucal

Lengua -----

Piso de boca-----

Carrillos -----

Paladar -----

Pilares y velo del paladar-----

Encías-----

Fondos de surco-----

Anexo 2.

Nº	edad	Sexo	Depen	Pat. Cró	Habitos	desden	Uso de	pelig de	Lec. Muc	antec	oi
1	60	1	2	2	1	3	3 si	ulc		2	
2	60	1	3	2	9	2	1		2	2	
3	65	1	3	2	1	3	3 si	hip+ulc		2	
4	78	1	3 Dbt		9	3	3 si	hip+ulc		2	
5	79	1	2	2	9	2	3		2	2	
6	84	1	3	2	2	2	1		2	2	
7	66	1	3	2	9	2	1		2	2	
8	82	1	3	2	9	3	3		2	2	
9	82	1	3	2	9	2	3		2	2	
10	61	1	2	2	9	2	1		2	1	
11	94	1	3	2	9	3	3		2	2	
12	85	1	1	2	9	2	3 no	atrof		2	
13	71	1	2	2	9	2	1		2	2	
14	68	1	2	2	9	3	3		2	2	
15	66	1	2 Dbt		1	3	1		2	2	
16	76	1	2	2	2	2	1		2	2	
17	84	1	3	2	9	3	1		2	2	
18	61	1	3	2	1	3	1		2	2	
19	87	1	2	2	1	3	3		2	2	
20	67	1	3 Ar		9	2	1		2	2	
21	96	1	3	2	9	2	3 no	atrof		2	
22	82	1	2	2	9	2	3		2	2	
23	78	1	3	2	9	3	3		2	2	
24	76	1	3	2	9	2	1		2	2	
25	83	1	1	2	9	2	3		2	2	
26	60	1	3	2	9	2	1 no	hig		2	
27	84	1	2	2	9	2	1 si	ulc		1	
28	79	1	2 Dbt		9	2	1		2	1	
29	81	1	2	2	9	2	3		2	2	
30	82	1	1	2	9	3	3 no	hip		1	
31	62	1	3	2	1	2	1		2	2	
32	85	1	1	2	9	3	3		2	2	
33	89	1	1	2	9	2	2		2	2	
34	76	1	3	2	1	3	1		2	2	
35	80	1	1	2	9	3	3 si	hip+ulc		2	
36	94	1	3	2	9	3	3		2	2	
37	70	1	3	2	9	2	1		2	2	
38	80	1	2	2	9	2	1		2	2	
39	88	1	1	2	9	2	1		2	2	
40	79	1	1	2	9	3	1		2	2	
41	75	1	1	2	9	3	3		2	2	
42	78	1	1	2	9	3	3		2	2	
43	70	1	1	2	9	2	3		2	2	
44	85	1	2	2	9	3	3		2	2	
45	55	1	1	2	9	3	3		2	2	
46	83	1	1	2	9	3	1		2	2	
47	85	1	2	2	9	2	1		2	2	
48	68	1	3	2	9	2	1		2	2	
49	87	1	1	2	9	2	1		2	2	
50	84	1	2	2	9	2	1 no	papula		2	
51	82	1	2 dbt		9	3	3		2	2	
52	84	1	2	2	9	3	3		2	2	

53	86	1	2 dbt		9	3	3	2	2
54	66	1	2 dbt		9	3	3	2	2
55	46	1	2	2	1	3	1 no papula		2
56	67	1	1	2	9	3	3	2	2
57	75	1	2	2	2	3	1	2	2
58	89	1	1	2	9	2	1	2	2
59	80	1	3	2	9	2	1	2	2
60	80	1	1 dbt		9	2	1	2	2
61	85	1	1	2	9	2	1	2	2
62	85	1	3	2	9	3	3 si hip+ulc		1
63	80	1	2	2	9	3	1 no qang		2
64	80	1	3	2	1,2	2	1	2	2
65	71	1	2 dbt		9	2	1	2	2
66	98	1	3	2	9	3	3	2	1
67	88	1	3	2	9	3	1 no cand		2
68	81	1	2	2	9	3	3 si hip+ulc		2
69	68	1	3	2	9	2	1	2	2
70	86	1	3	2	9	3	1	2	2
71	71	1	2	2	9	2	1	2	2
72	65	1	2 dbt		9	3	3 si hip+ulc		2
73	79	1	3	2	9	3	1	2	2
74	84	1	2 ar		9	2	1	2	2
75	75	1	3	2	9	2	1	2	2
76	60	1	2 ar		1	2	1	2	2
77	69	2	1	2	9	2	1	2	2
78	80	2	2 dbt		1	3	3	2	2
79	69	2	2	2	1,2	2	3 si hip+ulc		2
80	75	2	2	2	1,2	3	3 si hip+ulc		2
81	65	2	2 dbt		1	2	1	2	2
82	85	2	1	2	9	3	3	2	2
83	74	2	3	2	9	2	1	2	2
84	69	2	3 dbt		9	2	1	2	2
85	83	2	1 dbt		9	3	3	2	2
86	74	2	2	2	1	2	1 si lbyr		2
87	72	2	3 dbt		1	2	3	2	2
88	57	2	2 dbt		1	2	2	2	2
89	61	2	2 dbt		9	2	1	2	1
90	86	2	1	2	9	3	3	2	2
91	77	2	3 dbt		2	2	1	2	2
92	80	2	3	2	9	2	1	2	2
93	85	2	3	2	9	2	1	2	2
94	71	2	3 dbt		9	3	3	2	2
95	73	2	1	2	1,2	2	1	2	2
96	74	2	3	2	1,2	2	1	2	2
97	80	2	1	2	9	2	1	2	2
98	86	2	3 dbt		9	2	1 no cand		2
99	57	2	2 dbt		9	2	3 si lb		2
100	69	2	2	2	1	2	1	2	2

##	82	2	2	2	9	2	1		2	2
##	65	2	2	2	1	3	1		2	2
##	65	2	2	2	2	2	1		2	2
##	67	2	3	2	1,2	2	1		2	2
##	72	2	2	2	1,2	2	1 no	papula		2
##	82	2	2	2	1,2	3	1		2	2
##	79	2	2	2	2	2	1		2	2
##	76	2	1	2	2	3	1 no	lpig		2
##	56	2	2 dbt		1	2	2		2	2
##	68	2	3	2	1,2	3	1		2	2
##	72	2	2	2	1,2	2	2 si	ulc		2
##	73	2	3 dbt		1	2	1		2	2
##	64	2	2 dbt		1,2	2	1		2	2
##	75	2	3	2	1	2	1		2	2
##	75	2	2	2	1,2	2	1		2	2
##	88	2	3	2	9	3	3		2	2
##	76	2	2 Dbt		1	3	1 no	lpig		2
##	85	2	2	2	9	2	1		2	2
##	84	2	3	2	1	2	1		2	1
##	71	2	2	2	9	2	1 no	lpig		2
##	81	2	1	2	9	2	1		2	2
##	86	2	2	2	9	2	1		2	2
##	77	2	1 Dbt		9	2	1		2	2
##	66	2	2	2	9	2	1		2	2
##	74	2	3	2	9	2	1		2	2
##	80	2	2	2	1,2	3	3		2	2
##	69	2	3	2	1	2	1		2	2
##	69	2	3	2	1	2	1		2	2
##	73	2	2 dbt		1,2	2	1		2	2
##	64	2	2	2	9	2	1		2	2
##	77	2	2	2	2	3	1 si	qact		2
##	72	2	3 dbt		1	2	1		2	2
##	88	2	3	2	9	2	1		2	2
##	70	2	3 dbt		9	2	1		2	2
##	63	2	2	2	1	2	1		2	2
##	71	2	2	2	1	3	1 no	qang		2
##	87	2	2	2	1	2	1 no	papula		2
##	67	2	2	2	9	3	3		2	2
##	70	2	3	2	1	3	3 no	lpig		2
##	56	2	2	2	1	2	1		2	2
##	82	2	2	2	1	2	1		2	2
##	74	2	2	2	9	2	1		2	2
##	75	2	3	2	9	2	1		2	2
##	58	2	3	2	9	2	1		2	2
##	73	2	3	2	1	2	1		2	2
##	77	2	3	2	9	2	1		2	2
##	71	2	2	2	1	3	1		2	2
##	65	2	2	2	2	2	1		2	2
##	50	2	2	2	9	1	1		2	2
##	72	2	2	2	1	3	3		2	2

