

1047

**DIAGNOSTICO CLINICO E HISTOPATOLOGICO DE LESIONES ORALES DE
TEJIDOS BLANDOS EN PACIENTES MAYORES DEL HOGAR GERIATRICO:
SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE CHIA, 2004 - 2005**

Investigadores

**HILDA FIGUEROA CADENA 962027
YEMMY DEL ROCIO LEAL ARIAS 011012
ADRIANA APARICIO CORTES 011016
JULIETTE YURGAQUI ZAPATA 011053
LILIANA LISETH ARIZA ROMERO 011069**

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTA, D.C

2005

**DIAGNOSTICO CLINICO E HISTOPATOLOGICO DE LESIONES ORALES DE
TEJIDOS BLANDOS EN PACIENTES MAYORES DEL HOGAR GERIATRICO:
SAN RAFAEL DEL MUNICIPIO DE CHIA, 2004 - 2005**

Investigadores

**HILDA FIGUEROA CADENA 962027
YEMMY DEL ROCIO LEAL ARIAS 011012
ADRIANA APARICIO CORTES 011016
JULIETTE YURGAQUI ZAPATA 011053
LILIANA LISETH ARIZA ROMERO 011069**

Asesor Científico

CARLOS ARTURO VILLAMIZAR GALVIS

O.D Especialista en Cirugía, Patología, e Implantología Oral

Asesor Metodológico

FREDY SANCHEZ MENDOZA

O.D Especialista en Docencia Universitaria

Asesor Estadístico

MONICA PACHON

Estadística

Trabajo de grado para optar el título de odontólogo general

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

BOGOTA, D.C

2005

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. JUSTIFICACIÓN	2
1.3. PROPÓSITO	3
1.4. MARCO REFERENCIAL	3
1.4.1. Marco Histórico	3
1.4.2. Marco Legal	6
1.4.3. Marco Teórico	9
1.5. OBJETIVOS	45
2. MÉTODO	47
2.1. TIPO DE ESTUDIO	47
2.2. OBJETO DE ESTUDIO	47
2.3. POBLACIÓN	47
2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	48
2.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
2.6. PROCEDIMIENTO	51
3. RESULTADOS	56
3.1. DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62

INTRODUCCIÓN

En la actualidad son varios los sectores poblacionales que se encuentran en situación de abandono, sin olvidar que existen las políticas para protegerlos más estas no son aplicadas.

Entre estos grupos de población el proyecto se encaminó a arrojar diagnósticos histopatológicos de tejidos blandos en el sector de los adultos mayores, en esta investigación se verá el real estado de deterioro de la salud oral en los adultos mayores.

Los diagnósticos se confirmaron mediante biopsias con lo cual se confirmaron las patologías presentes por desadaptación de prótesis.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Envejecimiento, es quizá, el conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conducen a la muerte. Tales cambios varían considerablemente, en el tiempo y gravedad de los acontecimientos, según las distintas especies, y de un organismo a otro. En el hombre, estas modificaciones comprenden la reducción de la flexibilidad de los tejidos, la pérdida de algunas células nerviosas, el endurecimiento de los vasos sanguíneos, y la disminución general del tono corporal (1).

La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, dentro de este patrón también influyen circunstancias psicosociales, culturales, familiares y el ambiente individual y obviamente la armonía o estabilidad de dichas circunstancias, puede contribuir no a detener el paso de los años pero si, a mejorar las condiciones de vida de éste grupo de edad, del cual se han olvidado o los han dejado en un segundo plano en la sociedad. (1).

Específicamente, en la población colombiana se han relegado los grupos de adultos mayores, esto de acuerdo a estadísticas arrojadas por el Ministerio de Salud, Colombia en 1996; quien promulga que la proporción de personas de 60 a 74 años se incrementó un 4.5% en los pasados 50 años y pasarán a representar un 14% en el 2050. Por su parte el grupo de 75 años o más corresponde a personas de mayor edad con más riesgos y problemas más complejos en el campo de la salud y en muchos aspectos de su vida personal y familiar, se

incrementará en forma acelerada llegando a representar más de un 7.5% en el año 2050. (1).

Los adultos mayores son puestos en un segundo plano por la sociedad, ya que no se acepta que el envejecimiento es un proceso fisiológico y normal en el desarrollo biológico de los seres humanos, es por esta razón que son llevados a hogares donde se les brinda vivienda y alimentos básicos para su subsistencia (1).

El proceso de envejecimiento produce en la mucosa bucal una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que origina en ella una mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos e infecciosos (1).

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta ¿cuáles son las patologías de tejidos blandos que se presentan en pacientes mayores del hogar geriátrico: San Rafael del municipio de Chia, Cundinamarca entre el 2004 y el 2005?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta la situación de los adultos mayores en la sociedad Colombiana, donde estos han sido relegados, es importante observar y analizar la situación de estas personas, detallando rigurosamente sus condiciones de vida y/o factores socioambientales.

Advirtiendo el estado de abandono, este grupo de edad se considera de gran importancia para determinar los factores externos como son: las condiciones de vida, antecedentes médicos, odontológicos, hábitos, el tipo de alimentación que aportan al desarrollo de patologías orales en los adultos mayores de acuerdo a las características y los hallazgos clínicos más relevantes como tiempo de

evaluación, signos, síntomas y cambios anatómicos; para así poder establecer un diagnóstico apropiado y recomendar un plan de promoción y prevención que contribuya a la disminución de dichas patologías.

1.3 PROPÓSITO

Este estudio se desarrolla con el fin de aportar y contribuir con la salud oral, de los pacientes que han sido internados en el hogar geriátrico del municipio de Chía, Cundinamarca. Del mismo modo identificar y diagnosticar las patologías que desarrollan o evolucionan estos pacientes.

También en este estudio se permitirá saber, cual es la prevalencia de lesiones orales de tejidos blandos y la situación de salud en la población de adultos mayores en el municipio de chia, Cundinamarca; para así incrementar y mejorar sus condiciones de vida.

1.4 MARCO REFERENCIAL

1.4.1 Marco Histórico

CHIA, CUNDINAMARCA, Considerado un pueblo primitivo, es erigido municipio en 1756, y fundado el 3 abril de 1537.

CHIA que en lengua chibcha quiere decir luna, mes, “como contaban el tiempo por las fases de luna, al mes, periodo lunar lo llamaban Chía. El año solar constaba de 13 lunaciones según se deduce de los 13 rayos con que los chibchas adornaban al sol en sus pinturas”.

“CHIA es la palabra que representa todo lo hermoso, lo brillante, lo honorífico, porque la luz de éste astro, era entre ellos el símbolo de la belleza y de la virtud”.(2)

Era también símbolo de los placeres mundanos y se le representaba bajo la forma de mujer. La diosa Chia fue una de las principales divinidades de los Músicas. Se le rendían el mayor culto en este pueblo, al que los cronistas han llamado **la ciudad de la luna** en razón a que la simbolizaba y estaba consagrado a dicha deidad. Allí se confunde la figura mítica de la raza aborígen con la leyenda, envoltura de la teogonía de Chicacum que solo los hierofantes de la Cuca conocieron en el apacible remanso de su templo a orillas del Funza que caprichosamente en silencio recorre la campiña. (2)

La Cuca era un templo y a la vez una especie de seminario en la cual se formarían los sacerdotes y se tributaba culto a la diosa y durante 7 años se educaba el futuro Zipa, a quien los jeques intuían en los secretos de la religión y de las plantas, en el estudio de las leyes y demás cosas atinentes al gobierno de su pueblo. (2)

Al séptimo año el príncipe era sacado y llevado a la fuente sagrada de Tiquiza, sobre la serranía de los límites con Tabío, donde se le ungía y se le imponían las insignias reales, quedando consagrado como nuevo cacique de Chia, mientras llegaba la hora de ascender al trono de sus mayores oficiaba en el templo de Chia. Al término de 15 días de fiesta elegía su primera esposa y acompañado de gran séquito marchaba a Bacatá a posicionarse del trono. (2)

Con respecto a la geografía, su cabecera municipal está ubicada geográficamente entre los 4 grados 5' 50" de latitud norte y los 74 grados 3' 46" de longitud oeste, la hora oficial se rige por GMT-5 horas (normal / verano. La superficie es de 79,23 km². (2)

Suelos: Corresponden al piso térmico frío; la mayor parte estuvieron dedicados a cultivos de maíz y a cereales, como cebada, trigo y otros a las hortalizas. El cultivo de la papa tuvo su apogeo pero fue absorbido por otros municipios que lo cultivaban a mayor escala. Hoy los cultivos de las flores han entrado a dominar y a ocupar una mano de obra importante, a pesar que tiene bastante oposición entre los ambientalistas pero su alta calidad la echo de exportación con una alta demanda en los mercados internacionales. (2)

Otras áreas de suelo han sido copadas por granjas caseras y el pastoreo de ganado lechero. (2)

Chía es plana y esta ubicada a una altura de 2600 mts. Sobre el nivel del mar, ésta a su vez es bordeada por el occidente por los Cerros de la Cruz y el Santuario; por el oriente por las estribaciones cordilleranas del Zanjón y el Zaque.

Clima: Chía pertenece al régimen o clima seco, fresco y tiene una temperatura media de 13,6 grados C. Su precipitación media anual es de 768 mm. En general su clima sabanero lo hace un municipio acogedor y acto para el desarrollo laboral. (2)

Hidrografía: esta bañado y surcado por la parte sur y por la parte occidental de su territorio por los ríos Bogota y Riofrío. (2)

Subsuelo: corresponde al de la sabana de bogota formado hace 60 millones de años, durante la era cenozoica y un periodo carbonífero de mas de 25 millones de años, lo cual hace que el Departamento de Cundinamarca posea extensos yacimientos de carbón. (2)

Limita al norte con Cajicá, al sur con Bogotá, al oriente con Sopó, y al occidente con Tabio y Tenjo. Su extensión planimétrica es 7.923 hectáreas

En Chía quedó la máxima obra representativa de la arquitectura civil colonial que es hoy el denominado "Puente del Común". (2)

Chía hoy es un municipio metropolitano que alberga una población aproximada de 85000 habitantes.

Datos Generales:

- Nombre Oficial: Municipio de Chía.
- Extensión: 79.23 Km²
- Fiesta departamental: 16 de Julio.
- Himno: Letra: Blanca Niño de Ramírez; Música: Luis Alberto Ramírez.
- Población: 85000 habitantes aproximadamente.
- División política: 9 veredas y 35 Juntas de acción Comunal.
- Presupuesto: Aproximadamente para 1997 \$10'000'000.
- Posición astronómica: 4° 51'50" Latitud Norte, 74°3'46" Longitud Oeste.

Distancia Oficial de Bogotá: 27 Kilómetros. (2)

1.4.2 Marco Legal.

El envejecimiento es un proceso que involucra a todos los seres vivos, que empieza con la vida y termina con la muerte, depende no sólo de factores genéticos y biológicos, sino de condiciones y estilos de vida. Durante el siglo XX los avances culturales científicos y tecnológicos llevaron a un considerable incremento de la longevidad en todo el mundo. En la segunda mitad del siglo pasado la esperanza de vida al nacer aumentó en 20 años. Es importante resaltar

que en Colombia, al comenzar 1900, la esperanza de vida era de 28.6 años, en 1950 era de 50 años y para el 2001 alcanzaba los 71 años. (1).

Colombia es uno de los países de América Latina mas afectados en su estructura poblacional por el proceso de transición demográfica. Su acelerado crecimiento presenta un escenario caracterizado por el rápido incremento de la población mayor de 60 años, la cual ha pasado de 600.000 personas en 1950 a 3000000 en el 2001 y llegara a 15 000000 en el 2050. (1).

Colombia esta pasando de ser un país de niños a ser una población progresivamente vieja. En 1997 la relación existente era de 3 menores de 5 años por cada mayor de 60 años y en el 2050 habrá en promedio 3 mayores de 60 años por cada menor de 5 años. Adicionalmente el grupo mayor de 60 años representaba un 5.6 % de la población y para el año 2050 aumentara al 21.6%. (1).

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el 2000 los mayores de 60 años ascendían a 2.9 millones de personas, de los cuales 1.3 millones eran hombres y 1.6 millones eran mujeres. Según la Encuesta Nacional de Hogares y de acuerdo con los cálculos del Departamento Nacional de Planeación (DNP). La población pobre mayor de 65 años de septiembre de ese mismo año era de 1.3 millones de personas y de estos 540.000 eran indigentes. Mientras que en las cabeceras municipales estaban localizadas 725.000 personas pobres de las cuales 232.000 eran indigentes, los más pobres en las áreas rurales ascendían a 308.700 personas; confirmando que sobre el total de adultos mayores colombianos, el 33% vive en el campo y representan más del 61% de todos mayores que viven en indigencia en el país. A raíz de esto, en junio de 1995 se aprueba el documento CONPES (Consejo Nacional de Política Económica y Social) 2793 de envejecimiento y vejez, elaborado por el DNP (Departamento

Nacional de Planeación) y la Vicepresidencia de la República, con el objetivo principal de mejorar las condiciones de vida de las personas de mayor edad y elevar la calidad de vida de toda la población para que alcance una vejez responsable y satisfactoria. El desarrollo de esta política implica una responsabilidad compartida entre las organizaciones gubernamentales del orden nacional, regional y local, las ONG's (Organizaciones no gubernamentales), las comunidades indígenas y la sociedad civil. (1).

Los programas para la implementación de la política relativa del envejecimiento y vejez hacen parte de las políticas de “El salto social “y reinsertan en los principios que rigen la ejecución de las competencias de la política social entre la nación y las entidades territoriales, definidos en la Constitución Política y desarrollados por la ley 60 de 1993 y por el Decreto –Ley 2132 de 1992 que reorganiza el Sistema Nacional de Cofinanciación.

Los objetivos fundamentales de la política relativa al envejecimiento y la vejez son: Mejorar las condiciones de vida de todas las poblaciones, independientemente de su edad, sexo o etnia, con el fin que vivan un proceso de envejecimiento saludable.

Brindar bienestar a las personas mayores, asegurándoles servicios de salud y seguridad social, una subsistencia adecuada, vivienda digna y asistencia integrada, priorizando las acciones en las personas más pobres.

Desarrollar una cultura donde el envejecimiento y la vejez sean considerados como símbolo de experiencia, sabiduría y respeto, para eliminar así la discriminación y la segregación por motivos de edad, y contribuir al mismo tiempo al fortalecimiento de la solidaridad y el apoyo mutuo entre generaciones.

Mejorar la capacidad de respuesta institucional para la atención de las personas mayores, usando de manera más eficiente la infraestructura existente. (3).

1.4.3 Marco Teórico

La geriatría es una especialidad de la salud que se ocupa de las enfermedades de los ancianos y de su tratamiento. El interés hacia la geriatría se debe al incremento notable del número de ancianos en la sociedad, y este fenómeno se debe a los progresos médicos y sociales, que han elevado la esperanza en la sociedad desde los 47 años de 1900 hasta los 75-77 años de 1990. Se espera que posiblemente la población anciana se incremente aún más en las próximas décadas, especialmente los mayores de 85 años. (4).

En 1978 se empezó a recomendar oficialmente en occidente la integración de la geriatría en la formación de los médicos. En muchos países, entre ellos España, la geriatría es una especialidad reconocida oficialmente. En los hospitales se han desarrollado unidades y servicios geriátricos, y se han establecido clínicas geriátricas para pacientes ambulatorios. Todos estos centros trabajan con un presupuesto fundamental: la mayoría de los problemas específicos de los ancianos no son curables, pues van implícitos en el envejecimiento. (5).

El problema más grave de los ancianos es el deterioro intelectual. En 1980 se calculó que en un 10% de los pacientes mayores de 65 años presentaban un deterioro mental grave. No obstante, esto no es siempre inevitable, el envejecimiento no ha de llevar implícitos las demencias, la confusión, la depresión, las alucinaciones o las desilusiones. El deterioro intelectual es inevitable e irreversible en un 20 % de los casos. Las alteraciones de la glándula tiroides, las alteraciones del sueño, las depresiones producidas por la muerte de seres queridos, las enfermedades metabólicas e infecciosas y los efectos secundarios

de algunos tratamientos son causas tratables de alteración mental. Esta última causa es muy importante, puesto que los ancianos toman una media de 13 medicamentos por año, muchos de estos fármacos interactúan entre sí, produciendo efectos tóxicos, o se metabolizan más despacio en los mayores, aumentando el riesgo de interferir con las funciones mentales. (6).

Las enfermedades mentales del anciano también pueden ser debidas a fenómenos irreversibles, como la degeneración cerebral, enfermedad de Alzheimer. Este padecimiento no tiene curación, su curso es variable y conduce a la muerte después de 5 a 10 años. (6).

Los ancianos también son más susceptibles a las enfermedades que se padecen a cualquier edad. Lo demuestra su mayor riesgo de muerte tras padecer simples gripes. Las enfermedades progresivas acaban afectando con mayor intensidad a las personas de edad: cardiopatías, artrosis, artritis, diabetes mellitus, glaucoma y cataratas. El envejecimiento y debilitamiento del sistema inmune facilita la mayor incidencia de enfermedades cancerosas. (6).

El envejecimiento es el grupo de cambios inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que concluye con la muerte. El proceso de envejecimiento debe ser considerado también en el contexto de sociedades complejas sujetas a grandes variaciones. Dentro de éste proceso no sólo interviene el aspecto biológico, sino también las circunstancias sociales y el ambiente individual, además de los aspectos culturales. (7).

Se ha descrito la aparición de muchos fenómenos moleculares durante el envejecimiento, como un mayor número de alteraciones estructurales de los cromosomas, de entrecruzamiento del ADN, ya que se producen rupturas de una sola cadena; disminuyen las mutaciones del ADN y se pierden las secuencias

teloméricas del ADN. La estructura primaria de las proteínas no se altera, pero aumentan los cambios posteriores a la traducción, como son la desaminación, la oxidación, los entrecruzamientos y la glucación no enzimática. Las mitocondrias también se deterioran, aunque no siempre lo hacen de forma constante. (7).

Se piensa que los mecanismos que producen el envejecimiento, son multifactoriales, que el ambiente las modifica, y que son específicas de cada especie, sino de cada órgano y cada célula. (7).

La primera sugiere que los animales sucumben habitualmente por acción de las fuerzas naturales mucho antes de alcanzar la duración máxima de su vida, el envejecimiento podría depender de mutaciones que abrevien la supervivencia a largo plazo. Estas mutaciones se acumularían en el genoma al no haber ninguna presión de la selección que les hiciera desaparecer. La segunda la del antagonismo pleitrófico, define que el envejecimiento se debe a los efectos tardíos y deletéreos de los genes que se mantienen conservados gracias a las ventajas para la supervivencias que esos genes otorgan antes de al reproducción. La tercera teoría se refiere a los nichos ecológicos, donde los riesgos extrínsecos son relativamente escasos; en esos medios, la evolución podría seleccionar las mutaciones que retrasan el envejecimiento, ya que esto le permitiría a un animal, aumentar su camada y proteger mucho más. (7).

Las enfermedades suelen manifestarse en los ancianos de forma típica especialmente en los mayores de 75 a 80 años. La tensión o sobrecarga homeostática producida por el comienzo de una enfermedad nueva produce síntomas que suelen afectar a los distintos aparatos o sistemas, especialmente los que están deteriorados por alguna enfermedad anterior, los más vulnerables son el cerebro, vías urinarias inferiores o los sistemas cardiovasculares y los músculos esqueléticos. Lo que predomina al principio es un pequeño número de síntomas:

confusión aguda, depresión, incontinencia, sincopes, sea cual sea la enfermedad subyacente. En los ancianos los síntomas de una enfermedad suelen aparecer precozmente debido a la disminución de las reservas fisiológicas por ejemplo el hipotiroidismo puede desencadenar insuficiencia cardiaca, un pequeño aumento de tamaño de la próstata puede manifestarse por retención de la orina. (8).

Como muchos mecanismos homeostáticos pueden deteriorarse al mismo tiempo, es frecuente que haya numerosas alteraciones corregibles y pequeñas mejorías de cada una de ellas. (8).

Muchos hallazgos que son anormales en pacientes más jóvenes son bastante frecuentes en las personas de edad, por ejemplo, la bacteremia, la extrasístole ventricular, la densidad mineral ósea, las contracciones no inhibidas de la vejiga urinaria. (8).

Como los pacientes mayores tienen mas probabilidades de sufrir las consecuencias desfavorables de una enfermedad, el tratamiento y también la prevención, pueden que tengan la misma eficiencia. (7).

Los problemas médicos más frecuentes no suelen aparecer como procesos claramente diferenciados y específicos de un órgano, pero son mas frecuentes en ancianos frágiles especialmente si tienen más de 80 años. (7).

Dentro de la población general existe una intensidad importante entre 5 y 10% de los ancianos que sufren depresión, pero es frecuente que pase desapercibida hay mas riesgo en individuos con proceso morboso frecuente (apoplejía o fracturas), en los afectados por la pérdida de un ser querido en quienes carecen de apoyo social o en los que tienen historia psiquiátrica. (7).

En pacientes hospitalizados cuya recuperación se retrasa por causa de la depresión aguda, suele ser eficaz el metil fenilato en dosis de 5 a 10 mg, a las 8 a.m. y al medio día. Cuando otros antidepresivos son ineficaces, es útil el empleo prudente de los inhibidores de la monoaminooxidasa. (9).

Cuando un adulto mayor presenta incontinencia urinaria, para retener la orina es necesario que el paciente conserve su movilidad, sus funciones mentales y sus motivaciones, así como cierta destreza manual (además de un control urinario inferior), puede haber problemas ajenos a la vejiga que produzcan incontinencia: debe ser obnubilación, infecciones, uretritis o vaginitis atrófica, fármacos, causas psicológicas, diuresis abundantes, restricción de la movilidad e incapacitación fecal. (7).

Dentro de las enfermedades sistémicas más comunes se tienen: Enfermedad de Alzheimer que es una enfermedad degenerativa progresiva del cerebro caracterizado por la desorientación y la pérdida de memoria, de atención y de la capacidad de raciocinio. Se considera la primera causa de demencia en la vejez. Fue descrita por primera vez por el neuropatólogo alemán Alois Alzheimer en 1906. Los porcentajes (número de casos por 100 individuos de 65 años o más) mundiales van del 0,6 en China al 10,3 en Massachusetts (Estados Unidos). La incidencia de la enfermedad aumenta con la edad, pero no hay pruebas de que su origen esté en el proceso de envejecimiento. Durante la autopsia de pacientes de Alzheimer se observa pérdida de neuronas en las áreas cerebrales asociadas con las funciones cognitivas. Las lesiones características de esta enfermedad consisten en la formación de proteínas anómalas conocidas como placas seniles y degeneración neurofibrilar. Se ha logrado identificar la naturaleza de estas proteínas anómalas y la localización de los genes que producen la proteína precursora. La enfermedad de Alzheimer también se caracteriza por un importante déficit de neurotransmisores cerebrales, las sustancias químicas que transmiten los

impulsos nerviosos, en particular la acetilcolina, vinculada con la memoria. Otra de las enfermedades es Hipertiroidismo se que debe a una anomalía del tiroides y cursa con una secreción excesiva de hormonas tiroideas. (7)

La producción excesiva de hormonas tiroideas da lugar al hipertiroidismo o enfermedad de Graves, que produce un aumento del metabolismo. A veces este fenómeno viene acompañado por trastornos oculares, como puede ser la protrusión de los ojos. El tratamiento en este caso consiste en administrar fármacos antitiroideos como el propiltiouracilo o dosis de yodo radiactivo, que cuando se concentra en el tiroides destruye parte del tejido. El hipertiroidismo aparente puede derivar de la destrucción de células tiroideas con caída importante de los niveles de hormonas totales. En la llamada tiroiditis de Hashimoto esta destrucción se produce por un anticuerpo que actúa sobre el tejido tiroideo. El déficit de hormonas tiroideas o hipotiroidismo se caracteriza por estados de letargo y ritmos metabólicos más bajos. Se cree que esta enfermedad es debida a trastornos de la hipófisis o de la misma glándula tiroides. En Las cardiopatías congénitas se incluyen la persistencia de comunicaciones que existían en el transcurso de la vida fetal entre la circulación venosa y arterial, como el ductus arteriosus, que es un vaso que comunica la arteria pulmonar con la aorta, únicamente hasta que se produce el nacimiento. (7)

También se presenta la Artritis que es una inflamación de una o más articulaciones. Puede ser producida por más de cien enfermedades distintas. Cuando se prolonga durante mucho tiempo acaba produciendo destrucción articular con la consiguiente incapacidad funcional. La artritis debe distinguirse de la artrosis. Ésta consiste en el desgaste (técnicamente degeneración) de una articulación. En la artritis los fenómenos inflamatorios en la articulación son primarios (desencadenados por la enfermedad de base), y acaban produciendo una lesión o daño en las estructuras articulares. En la artrosis se produce primero

una degeneración, desgaste o envejecimiento de las estructuras articulares, y sólo más tarde se producen fenómenos inflamatorios leves que intentan reparar las lesiones. (7).

La Diabetes Mellitus es una enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y en la orina. Afecta de un 1 a un 2% de la población, aunque en el 50% de los casos no se llega al diagnóstico. Es una enfermedad multiorgánica ya que puede lesionar los ojos, riñones, el corazón y las extremidades. También puede producir alteraciones en el embarazo. El tratamiento adecuado permite disminuir el número de complicaciones. Se distinguen dos formas de diabetes mellitus. La tipo I, o diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID), denominada también diabetes juvenil, afecta a niños y adolescentes, y se cree producida por un mecanismo autoinmune y la tipo II (no Insulino-dependiente) se presenta básicamente en personas de la tercera edad por desordenes alimenticios y por carencia parcial de insulina; signos y síntomas: obesos, halitosis a manzana podrida. (7).

Las Cataratas son opacidades del cristalino ocular o de su cápsula. Al estar situada detrás de la pupila se distingue fácilmente de la opacidad de la córnea. La catarata puede afectar sólo al cristalino (catarata lenticular), a su cápsula anterior o posterior (catarata capsular), o a ambos componentes (catarata capsulolenticular). La catarata es indolora y no se acompaña de inflamación. Produce ceguera porque impide el paso de la luz, pero el paciente es capaz de distinguir la luz de la oscuridad. El Glaucoma, enfermedad del ojo caracterizada por un exceso de presión intraocular que produce pérdida progresiva del campo visual y de la vista. (7).

PATOLOGIAS ORALES	
LESIONES BLANCAS	TRANSTORNOS HEREDITARIOS. Leucoedema Nevo Blanco Esponjoso Disqueratosis Intraepitelial Hereditaria Benigna Queratosis Folicular
	LESIONES REACTIVAS Hiperqueratosis Local o Focal Lesiones Blancas por tabaco masticable Estomatitis Nicotínica Queilitis Solar
	OTRAS LESIONES BLANCAS Leucoplasia Ideopática Leucoplasia Velloso Lengua pilosa Lengua Geográfica Liquen Plano
LESIONES NO EPITELIALES BLANCO - AMARILLENTAS	Candidiasis Quemaduras de las mucosas Fibrosis sub-mucosa Gránulos de Fordyce Tejido linfoide ectópico Quistes gingivales Lipoma Fístulas o palures
LESIONES VERRUGO PAPILARES	REACTIVAS Papilomatosis palatal Condiloma plano Papiloma escamoso y verruga vulgar Condiloma acumina Hiperplasia epitelial local o focal
	NEOPLASIAS Queratoacantoma Carcinoma Verrugoso
	CAUSAS DESCONOCIDAS Santoma Verrugiforme

LESIONES ROJIAZULES	LESIONES DE DESARROLLO
	Hemangioma
	REACTIVAS
	Granuloma piógeno
	Granuloma periférico de células gigantes
	Fibroma osificante periférico
	Glositis romboide medio
	NEOPLASIAS
	Eritoplasias
	Sarcoma de Kaposi
	Enfermedades de etiología desconocida
	Glositis migratoria benigna
	ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS
	Deficiencia de la vitamina B
	Anemia perniciosa
	Anemia por deficiencia de hierro
	Síndrome de ardor bucal
	ENFERMEDADES INFECCIOSAS
	Escarlatina
	Candidiasis atrófica
	Mononucleosis infecciosa
	ALTERACIONES INMUNITARIAS
	Gingivitis de Células plasmáticas
	Reacciones a medicamentos
	Petequias y equimosis
	LESIONES DE TEJIDO FIBROSO
	REACTIVAS
Granuloma piógeno	
Granuloma periférico de células gigantes	
Fibroma periférico	
Fibroma traumático	
Hiperplasia gingival generalizada	
Hiperplasia fibrosa por prótesis	
Polipo fibro-epitelial	
NEOPLASIAS	
Fibrosarcoma	
Fibromatosis	
Mixoma de tejidos blandos	

LESIONES DE TEJIDO CONECTIVO

LESIONES DE TEJIDO CONECTIVO	LESIONES VASCULARES
	REACTIVAS Varices linguales
	CONGENITAS Linfangioma Hemangioma Sarcoma de Kaposi
	LESIONES NERVIOSAS
	REACTIVAS Neuroma Traumático
LESIONES DE TEJIDO MUSCULAR Y	NEOPLASIAS Tumor de células granulares. Schwannoma Neurofibroma
	Leiomoma y leiomiosarcoma Lipoma y liposarcoma
LESIONES ULCERATIVAS	REACTIVAS Ulceras
	ENFERMEDADES BACTERIANAS
	Sífilis Gonorrea Tuberculosis Lepra Actinomicosis Noma
	ENFERMEDADES MICOTICAS
	Micosis profunda Micosis subcutánea Micosis oportunistas
	ENFERMEDADES RELACIONADAS CON
	Ulceras aftosas Síndrome de Behcet Eritema multiforme Lupus eritematoso Reacciones a fármacos

LESIONES ULCERATIVAS	Alergias por contacto Granuloma letal de la línea media Enfermedad granulomatosa crónica Neutropenia cíclica
	NEOPLASIAS Carcinoma de células escamosas Carcinoma de seno maxilar
LESIONES PIGMENTADAS	LESIONES BENIGNAS DE ORIGEN Mancha de café con leche Pigmentaciones fisiológicas Melanocitos por tabaquismo Efélides léntigo Mácula Vitíligo
	NEOPLASIAS Nevos Melanomas Tumor neuro-ectodérmico de la lactancia
	PIGMENTACIONES EXOGENAS Tatuaje por amalgama Pigmentación por metales pasados Pigmentaciones inducidas por fármacos

Fuente: REGEZZI, 2003

LESIONES BLANCAS

Trastornos Hereditarios

- **Leucoedema**

Etiología: Idiopática

Características Clínicas: Trastorno asintomático en el que se aprecia una superficie de color blanco grisáceo, membranosa suave, en los casos mas graves hay alteraciones en la textura, en forma de arrugas. La lesión desaparece al distenderse la mucosa.

Tratamiento: No requiere. (10)

- **Nevo Esponjoso**

Etiología: Alteración autosómica dominante

Características Clínicas: Lesiones asintomáticas con pliegues profundos de color blanco o gris, consistencia esponjosa, bilateral, simétrica y aparece a temprana edad.

Tratamiento: No existe. (11)

- **Disqueratosis Intraepitelial Hereditaria Benigna**

Etiología: Alteración autosómica dominante, queratinización y movilidad de las células de la capa granulosa.

Características Clínicas: Placas blancas afecta principalmente mucosas.

Tratamiento: No requiere es autolimitante. (12)

- **Queratosis Folicular**

Etiología: Congénita, herencia autosómica dominante.

Características Clínicas: Comienza en la infancia, pápulas pequeñas sin cambio de color.

Tratamiento: Administración de vitamina A. (13)

LESIONES REACTIVAS

- **Hiperqueratosis Local o Focal**

Etiología: Desconocida.

Características Clínicas: Principalmente en labio, márgenes laterales, de la lengua, mucosa bucal o a lo largo de la línea oclusal o rebordes edéntulos, causada por un trauma constante sobre estas superficies.

Tratamiento: De hábito causal. (10)

- **Lesiones Blancas por Tabaco Masticable**

Etiología: Acción de los elementos del tabaco.

Característica Clínicas: Lesiones blancas donde se coloca el tabaco, epitelio dañado de apariencia granular, es asintomática.

Tratamiento: Suspensión del hábito. (10)

- **Estomatitis Nicotínica**

Etiología: Queratosis relacionada con el tabaco.

Características Clínicas: Inicialmente eritema, después queratinización gradual y posteriormente punto rojos en la porción posterior del paladar duro rodeado de blanco.

Tratamiento: Suspender el hábito. (14)

- **Queilitis Solar**

Etiología: Degeneración tisular acelerada del bermellón de los labios por exposición prolongada de la luz solar.

Características Clínicas: Apariencia atrófica pálida y brillante con fisuras y arrugas en la unión mucocutánea, queratosis, descamación, agrietamiento, erosión, ulceración y encostramiento.

Tratamiento: Bloqueadores solares, la biectomía e injerto para reemplazar la zona extirpada (alteraciones en el epitelio). (10)

OTRAS LESIONES BLANCAS

- **Leucoplasia Ideopática**

Etiología: Consumo de tabaco, traumatismo (prótesis mal adaptadas)

Características Clínicas: En adultos mayores de 40 años, Lesión blanca ubicada en cualquier sitio, lisa o rugosa.

Tratamiento: Eliminar los hábitos que causan el traumatismo y biopsia. (15)

- **Leucoplasia Velloso**

Etiología: Infección relacionada con el virus de Epstein Barr.

Características Clínicas: Se localiza bilateral o unilateralmente en los bordes laterales de la lengua, asintomático.

Tratamiento: No existe terapéutica específica. (15)

- **Lengua Pilosa**

Etiología: Mala higiene oral (fumadores crónicos)

Características Clínicas: Alargamiento de las papilas filiformes.

Tratamiento: Mejorar higiene y cambiar los hábitos. (10)

- **Lengua Geográfica**

Etiología: Desconocida. Se relaciona con estrés e infecciones bacterianas y nicóticas.

Características Clínicas: Asintomática, aparece en el dorso de la lengua. Son áreas pequeñas irregulares de descamación de las papilas filiformes.

Tratamiento: No requiere, es autolimitante. (16)

- **Liquen Plano**

Etiología: Alteraciones en la inmunidad celular (células de Lagerhans, linfocitos T y macrófagos),

Características Clínicas: Estrías, pápulas de color púrpura, lesión mucocutánea que se pueden localizar en la mucosa bucal como en la encía, labios, dorso de la lengua. Tiene varias formas: reticular, de placa, atrófica, erosiva, bulosa.

Tratamiento: No terapéutica específica. Se administran corticoesteroides. (17)

LESIONES BLANCOAMARILLENTAS

▪ **Candidiasis**

Etiología: Cándida Albicans

Características Clínicas: Placas o nódulos blancas de consistencia suave o gelatinosa que crece de manera centrífuga y en profundidad. La forma mas frecuente es la seudomembranosa, las lesiones pueden presentarse en cualquier sitio predomina en la mucosa bucal, los pliegues mucobucales bucofaríngeos y bordes laterales de la lengua. Los síntomas son mínimos, en casos graves hay sensibilidad, sensación de quemadura y disfagia. Se clasifica en: Aguda: seudomembranosa y Atrófica.

Crónica: atrófica, hipertrófica e hiperplásica

Forma mucocutánea: localizada o familiar

Tratamiento: Antifúngicos. (18)

▪ **Quemaduras de las Mucosa**

Etiología: Aplicación tópica de sustancias químicas, aspirinas o cáusticos.

Características Clínicas: Exudado fibrinoso de color blanco que cubre la ulcera superficial, dolorosa y sangra al manipularla.

Tratamiento: Varía según la quemadura. Se pueden administrar analgésicos parenterales. (19).

▪ **Fibrosis Submucosa**

Etiología: Hipersensibilidad oral a algunos alimentos.

Características Clínicas: Lesión amarilla blanquecina que se localiza de manera característica en la cavidad bucal y en ocasiones se extiende a faringe y esófago. Puede ser precedida por vesículas.

Tratamiento: Ejercicios de estiramiento e inyecciones de corticoesteroides intralesionales. (20).

- **Gránulos de Fordyce**

Etiología: Glándulas sebáceas ectópicas o colistomas sebáceos.

Características Clínicas: Son múltiples y asimétricas, se localizan en vestibular y parte exterior del labio superior. Asintomático.

Tratamiento: No indicado. (21).

- **Tejido Linfoide Ectópico**

Etiología: Linfocitos

Características Clínicas: Nódulos blancos, pálidos o amarillentos, de base amplia, son múltiples y se ubican en numerosos sitios de la cavidad oral como paladar blando, piso de boca y pilares amigdalinos.

Tratamiento: No requiere. (22).

- **Quistes Gingivales**

Etiología: Origen odontógeno (remanentes de la lámina dental)

Características Clínicas: Predomina en la quinta y sexta década de la vida, asintomático, bien circunscrito y de crecimiento lento.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica que incluye el epitelio. (10).

- **Lipoma**

Etiología: Tumor benigno de tejido adiposo.

Características Clínicas: Se localiza en cualquier parte del cuerpo, lesión grande, sesil de base amplia, que se localiza en cualquier parte del cuerpo.

Tratamiento: Quirúrgico y biopsia. (10).

LESIONES VERRUGOPAPILARES

Reactivas

▪ Papilomatosis Palatal

Etiología: Relacionado con dentaduras artificial.

Características Clínicas: Exclusivamente en paladar duro, son múltiple excrecencias papilares eritematosas y edematosas que forman agregados compactos que parecen verrugas papilares.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica y tratamiento antimicótico. (23)

▪ Condiloma Plano

Etiología: Variada expresión de la sífilis colombiana.

Características Clínicas: Lesiones papilares o polipoides, exofíticas. Se pueden presentar en cualquier región de la cavidad bucal.

Tratamiento: Administración de antibióticos. (24)

▪ Papiloma Escamoso y Verruga Vulgar

Etiología: Papiloma virus.

Características Clínicas: Se localizan en paladar duro, úvula y paladar duro, lesiones superficiales exofíticas, granulares o en forma de coliflor.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. (25)

▪ Condiloma Acuminado

Etiología: Lesión verrugosa que se relaciona con los subtipos 6 y 11 de PVH.

Características Clínicas: Nódulos múltiples de color rosa que forman un crecimiento papilar blando, exofítica, pediculada o sesil. Se puede adquirir por contacto bucogenital de un individuo infectado.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. (26)

- **Hiperplasia Epitelial Focal y Local**

Etiología: Producida por el HPV de subtipo 13, la asocian con deficiencias vitamínicas y con factores sistémicas.

Características Clínicas: Masas múltiples, de aspecto nodular, que se localizan en la mucosa bucal, labial y lengua.

Tratamiento: Extirpación Quirúrgica. (27).

Neoplasias

- **Queratoacantoma**

Etiología: Lesión benigna de origen desconocido, cuando se presenta en boca se origina en glándulas sebáceas ectópicas.

Características Clínicas: Pueden ser únicos o múltiples, se inicia como una pequeña mácula roja, luego se convierte en mácula firme, en ocho semanas la pápula crece y produce un nódulo asintomático, elevado con un núcleo central de queratina.

Tratamiento: Extirpación Quirúrgica o curetaje de la base y biopsia. (10).

- **Carcinoma Verrugoso**

Etiología: Se relaciona con consumo de tabaco

Características Clínicas: En mucosa y encía mandibular, es más frecuente en hombres. Cuando la lesión termina su crecimiento se convierte en exofítica y presenta una superficie pilosa blanquecina o gris.

Tratamiento: Quirúrgico. (10).

LESIONES ROJIAZULES

Lesiones de desarrollo

- **Hemangioma**

Etiología: Congénito

Características Clínicas: Las lesiones presentan variedades cromáticas desde rojo hasta azul, positivas al test de presión, pueden ser planas, nodulares o abombadas. Se localizan con mayor frecuencia en labios, lengua y mucosa vestibular.

Tratamiento: Abordaje Quirúrgico. (28)

Lesiones Reactivas

- **Granuloma Piógeno**

Etiología: Reacciones excesivas de tejido conectivo ante un estímulo.

Características Clínicas: Membrana fibrinosa de color amarillo que cubre la ulcera.

Tratamiento: Extirpación Quirúrgica. (10)

- **Granuloma Periférico de Células Gigantes**

Etiología: Reacción hiperplásica a la lesión de los tejidos gingivales.

Características Clínicas: Masa de color rojizo azulado de base sesil y puede ulcerarse secundariamente.

Tratamiento: Excisión Quirúrgica. (10)

- **Fibroma Oscificante Periférico**

Características Clínicas: Color rosado pálido, hueso mal calcificado y /o inmaduro.

Tratamiento: Quirúrgico y Biopsia. (10)

- **Glositis Romboidea Media**

Etiología: Consumo de medicamentos y mala higiene oral.

Características Clínicas: Crecimiento de hifas, esporas, formas romboideas. Se presenta en la parte posterior de la lengua.

Tratamiento: Cambiar medicamento y buena higiene oral. (10)

Neoplasias

- **Eritroplasia**

Etiología: Desconocida

Características Clínicas: Placas rojas en la mucosa bucal, blanda y se localiza frecuentemente en el piso de boca y zona retromolar.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. (29)

- **Sarcoma de Kaposi**

Etiología: Enfermedad maligna que se origina en las células endoteliales.

Características Clínicas: Evolución rápida y agresiva. Varía desde lesiones planas de apariencia trivial, hasta lesiones nodulares exofíticas de mal aspecto.

Tratamiento: Lesiones localizadas: cirugía. Lesiones multifocales: radioterapia o quimioterapia. (30)

Enfermedades Metabólicas y endocrinas

- **Deficiencia de Vitamina B**

Etiología: Disminución de la ingestión de la vitamina B12

Características Clínicas: Fisuras y grietas labiales, queilitis y glositis, enrojecimiento de la lengua por atrofia papilar que causa dolor y ardor,

Tratamiento: El tratamiento de reemplazo. (10)

- **Anemia Perniciosa**

Etiología: Deficiencia de vitamina B12.

Características Clínica: Debilidad, palidez, bradipnea, dificultad respiratoria y mayor fatiga con el esfuerzo. A nivel oral presenta ardor y dolor de la lengua.

Tratamiento: Administración parenteral de la vitamina B12. (10)

- **Anemia por Deficiencia de Hierro**

Etiología: Deficiencia de hierro.

Características Clínicas: Características de la Anemia, fragilidad de las uñas y el pelo, lengua roja dolorosa y lisa.

Tratamiento: Suplementos de hierro. (10)

Enfermedades Infecciosas

- **Escarlatina: Etiología:** Toxina eritrogénica (estreptococos del grupo A).

Características Clínicas: Faringitis, amigdalitis, fiebre, malestar general. Puede encontrarse inflamación en el paladar y es posible que la lengua este cubierta por una membrana blanca.

Tratamiento: Penicilina y en pacientes alérgicos eritromicina. (31).

ALTERACIONES INMUNITARIAS

- **Gingivitis de Células Plasmáticas:**

Etiología: Desconocida.

Características Clínicas: Ardor en la boca, lengua o labios, enrojecimiento intenso de la mucosa de la lengua y comisuras de los labios.

Tratamiento: Eliminar posible causa. (10).

- **Reacciones a Medicamentos:**

Etiología: Medicamentos.

Características Clínicas: Son las reacciones alérgicas cutáneas. En la mucosa varía desde lesiones eritematosas a un exantema curticarial, hasta una erupción vesículo-ulcerativa.

Tratamiento: No tiene. (10).

- **Petequias y Equimosis**

Etiología: Traumatismo o enfermedades sanguíneas.

Características Clínicas: El color de las lesiones varía de rojo a púrpura. Las manifestaciones incluyen: hipertrofia gingival, gingivitis, pérdida de los dientes y úlceras en las mucosas.

Tratamiento: Remisión a Hematólogo. (31).

LESIONES DE TEJIDO CONECTIVO.

Lesiones de Tejido Fibroso

Reactivas

- **Granuloma piógeno**
- **Granuloma periférico de células gigantes**
- **Fibroma periférico**
- **Fibroma traumático**

Etiología: Lesiones reactivas producidas por traumatismo crónico de la mucosa oral.

Características Clínicas: Tumorción indolora de base amplia, de color más claro que los tejidos que la rodean.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. (32).

- **Hiperplasia gingival generalizada**

Etiología: Ocurre como resultado de una respuesta inusual del tejido a la inflamación crónica relacionada con factores locales como: Placa, cálculos o bacterias. También por alteraciones hormonales y medicamentos. **Características Clínicas:** Aumento del tamaño de la encía libre y adherida, en especial las papilas interdentes. El color de la lesión cambia de rojo azulado hasta un poco más claro de los tejidos que la rodean.

Tratamiento: Buena higiene oral, gingivectomía o gingivoplastia. (33).

- **Hiperplasia fibrosa por prótesis**

Etiología: Causada por traumatismo crónico por prótesis mal adaptada.

Características Clínicas: Pliegues indoloros de tejido fibroso que rodean el borde extendido de la dentadura artificial.

Tratamiento: Remoción de la prótesis y extirpación quirúrgica. (34).

- **Pólipo Fibroepitelial**

Etiología: Lesión reactiva.

Características Clínicas: Lesiones pediculadas benignas dolorosas y producidas por traumatismo.

Tratamiento: Quirúrgico. (10).

Neoplasias

- **Fibrosarcoma**

Etiología: Se deriva del periostio, endostio o ligamento periodontal.

Características Clínicas: Enfermedades malignas que afectan tejidos blandos y hueso. Presenta una ulceración secundaria por la proliferación de fibroblastos malignos

Tratamiento: Extirpación quirúrgica amplia. (35).

- **Fibromatosis**

Etiología: Proliferación fibrosa benigna.

Característica Clínica: Crecimiento lento y sintomático.

Tratamiento: Abordaje quirúrgico agresivo. (10).

- **Mixoma de tejidos blandos**

Etiología: Restos embrionarios que salen del seno maxilar.

Características Clínicas: Masa sub-mucosa, asintomática de crecimiento lento, afecta con mayor frecuencia paladar.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. (10).

LESIONES VASCULARES

Reactivas

- **Varices linguales**

Etiología: Anomalías en el desarrollo de la lengua.

Características Clínicas: Se presentan en la superficie ventral de la lengua, son de color azul y palidecen a la presión.

Tratamiento: No requiere. (36).

Congénitas

- **Linfangioma**

Etiología: Lesiones congénitas tumorales producida por proliferación de vasos linfáticos.

Características clínicas: tumoraciones vesiculares, nodulares e indoloras, que varían de color claro hasta rojo azulado. A la palpación puede producir un sonido crepitante y afectan con mayor frecuencia la lengua.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. (28).

- **Hemangioma**
- **Sarcoma de Kaposi**

LESIONES NERVIOSAS

Reactivas

- **Neuroma traumático**

Etiología: traumatismo de un nervio periférico.

Características clínicas: presentan dolor, en algunos casos irradiado.

Tratamiento: extirpación quirúrgica. (37).

Neoplasias

- **Tumor de células granulares**

Etiología: desconocida.

Características Clínicas: Masa asintomático no inflamada, cubierta por epitelio sano, puede ser pediculada o de base amplia.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. (38).

- **Schwannoma:** Etiología: desconocida que se origina por la proliferación de células de schwann que rodea los nervios periféricos.

Características Clínicas: Masa submucosa encapsulada, asintomáticas de crecimiento lento.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. (39).

LESIONES DE TEJIDO MUSCULAR Y ADIPOSO

- **Leiomioma y leiomioma:**

Etiología: Parte de células musculares de la túnica media de los vasos en las capas musculares del intestino y en el cuerpo del útero.

Características Clínicas: Tumoraciones submucosas, asintomáticas de crecimiento lento que se localizan por lo general en lengua, paladar duro o mucosa.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. (10).

- **Lipoma y liposarcoma:**

Características Clínicas: Se localiza en la mucosa bucal y en el piso de la boca. Es una masa submucosa amarillenta y asintomática, cubierta por epitelio sano con vasos sanguíneos superficiales.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. (10).

LESIONES ULCERATIVAS

Reactivas.

- **Úlceras**

Etiología: Se desconoce, pero se asocia con factores inmunológicos, nutricionales, alteraciones hormonales, estrés y alergias.

Características Clínicas: Se presenta en tres formas, la menor es de forma oval y son dolorosas, cubierta por una membrana fibrinosa de color amarillo y rodeada por halo eritematoso. La mayor, conocida como periadenitis, o enfermedad de Sutton. Herpetiforme, son una forma recurrente de las úlceras menores, son dolorosas y se localizan en el vestíbulo, lengua, paladar, blando, y piso de boca.

Tratamiento: Esteroides sistémicos, tópicos y drogas inmunosupresoras. (40).

Enfermedades Bacterianas.

- **Sífilis**

Etiología: Espiroquetas, *treponema pallidum* (adquirido por contacto sexual), transfusión de sangre infectada, o por vía transplacentaria. Se divide en sífilis primario (chancro), sífilis secundaria, que se presenta luego de un período de latencia.

Características Clínicas: Fiebre, síntomas gripales, lesiones mucocutáneas, linfadenopatía. Las lesiones primarias son indoloras, induradas, con bordes cilíndricos y se localiza generalmente en genitales externos, boca y labios. Las lesiones secundarias son inflamatorias, destructivas y se localizan con mayor frecuencia en el paladar con presencia de cicatrices. Estas no tienen tratamiento de 3 a 10 semanas. Si esta última no es tratada, aparece la terciaria que tarda años en manifestarse, afectando el sistema nervioso central y cardiovascular.

Tratamiento: Penicilina. (41)

- **Gonorrea**

Etiología: *Diploccoco neisseria gonorrhoeae* (transmisión sexual), se transmite por vía sexual.

Características Clínicas: No hay signos clínicos específicos de la lesión bucal, la cual es poco frecuente.

Tratamiento: Penicilina G. (41)

- **Tuberculosis**

Etiología: Basófilo aerobio *mycobacterium tuberculosis*.

Características Clínicas: Fiebre, sudoración, malestar general, pérdida de peso. En la cavidad oral se localiza en lengua y paladar. Es una úlcera crónica, indurada, dolorosa que no cicatriza.

Tratamiento: Combinación de Isoniacida, Rifanpina, estreptomina y etanbutol. (42)

- **Lepra.**

Etiología: Bacilo mycobacterium leprae

Características Clínicas: Puede variar entre lepra-tuberculoide y lepra matosa (más agresiva). Afecta la piel y nervios periféricos. Produce deformidades maxilo-faciales graves.

Tratamiento: Quimioterapia, que incluye dapsona, rifampina, clofacimina y tiladomina. (41)

- **Actinomicosis**

Etiología: Actinomicosis Israelí.

Características Clínicas: Lesión indurada, puede formar una o varias fístulas, radiográficamente se observa radiolúcida con márgenes difusos. **Tratamiento:**

Antibioticoterapia, (Penicilina) y drenaje. (41).

- **Noma**

Etiología: Bacilo fusiforme y espiroqueta vincent y desnutrición.

Características Clínicas: Úlcera dolorosa de la encía. O de la mucosa bucal, suele necrosarse.

Tratamiento: Antibioticoterapia y eliminación de factores predisponentes. (43).

Enfermedades Micóticas

- **Micosis Profunda: Etiología:** Inhalación de levaduras en el polvo o de eyecciones secas de paloma.

Características Clínicas: Fiebre, tos, pérdida de peso, dolor torácico, la lesión bucal presenta úlceras únicas o múltiples dolorosas, que no cicatrizan.

Tratamiento: Quimioterapia, resección quirúrgica o drenaje. (10).

- **Micosis Subcutánea**

Etiología: Sporothrix Schenkii.

Características Clínicas: Nódulos rojos que se ulceran. A nivel oral hay presencia de úlceras crónicas inespecíficas y puede presentar linfadenopatía.

Tratamiento: Solución de yoduro de potasio y cuando hay toxicidad o alergia Puede administrarse Ketoconazol. (10).

- **Micosis Oportunista (Mucormicosis)**

Etiología: Mucor, Rhizopus y otros hongos.

Características Clínicas: En cabeza y cuello se presentan con más frecuencia en cavidad nasal, senos paranasales y bucofaringe, con dolor y edema que precede a una úlcera.

Tratamiento: Anfotericina B, con frecuencia se requiere debridación quirúrgica. (10).

Enfermedades Relacionadas con disfunción inmunitaria

- **Úlceras aftosas.**
- **Síndrome de Behcet**

Etiología: Desconocida, asociada con una disfunción inmunológica.

Características Clínicas: Afecta el sistema nervioso central, cardiovascular, pulmón, dermis, cavidad oral, ojos y genitales. Son lesiones dolorosas. (10)

- **Eritema multiforme**

Etiología: Ideopática, se sospecha una reacción de hipersensibilidad.

Características Clínicas: Erupción autolimitada, caracterizada por lesiones cutáneas en forma de disco para tiro al blanco, lesiones ulcerativas bucales o ambas cosas. Existen dos subtipos: Una forma menor y otra forma mayor.

Tratamiento: Corticoesteroide, antimicóticos tópicos y tratamiento sistemático. (44)

- **Lupus eritematoso**

Etiología: Enfermedad autoinmunitaria con posibles influencias genéticas y virales.

Características Clínicas: Lupus eritematoso discoide: Son Lesiones localizadas en la mucosa bucal, encías y labios. Son placas o erosiones con estría blancas delicadas que irradian desde la periferia. Lupus eritematoso sistémico: En las lesiones puede observarse ulceraciones, eritema y queratosis, Son leves y localizan en mucosa bucal en encías y labios.

Tratamiento: Esteroides tópicos. (45).

Reacciones a Fármacos:

Etiología: Mecanismos inmunitarios y no inmunitarios.

Características Clínicas: Lesiones eritematosas vesiculares o ulcerativas, que se localizan en los labios. Se presentan manifestaciones cutáneas diferentes o presentan angioedema y urticaria.

Tratamiento: Identificación y eliminación del agente causal. Suministrar antihistamínicos y en ocasiones corticoides. (9).

- **Alergias por contacto**

Etiología: reacción inmunitaria a una gran variedad de sustancias extrañas.

Características Clínicas: Las lesiones pueden ser eritematosas, vesiculares o ulcerativas. Se presentan con mayor frecuencia en la piel y piso de boca.

Tratamiento: Eliminación del agente causal. (10).

- **Granuloma de línea media**

Etiología: Se desconoce, aunque se sospecha de una reacción hiperinmunitaria a un antígeno aún no identificado.

Características Clínicas: Se localiza en la línea media de la región buconasal, es una úlcera agresiva necrosada que evolucionan y que no cicatrizan, se extiende a cartílago y hueso, es característica la perforación del tabique nasal y el paladar duro.

Tratamiento: Altas dosis de radiación local con eficacia relativa. Los corticoides tienen éxito parcial. (32).

- **Enfermedad Granulomatosa crónica**

Etiología: Patrón hereditario ligado al cromosoma X, como rasgo autonómico recesivo.

Características Clínicas: Se inicia en la infancia, y es mas frecuente en hombres, las lesiones se presentan como úlceras múltiples que son recurrentes y persistentes.

Tratamiento: Medicamentos antimicrobianos específicos, contra microorganismos específicos. (32).

- **Neutropenia Cíclica**

Etiología: Desconocida.

Características Clínicas: Es una discrasia sanguínea, se manifiesta con agotamiento cíclico grave de los neutrófilos en sangre y médula ósea. Se puede presentar fiebre, malestar, úlceras bucales, linfadenopatía cervical e infección.

Tratamiento: No existe un tratamiento definitivo, es importante reconocer tempranamente las infecciones y controlarlos juiciosamente. (10).

- **Neoplasia**

Etiología: El tabaco y otros factores asociados.

Características Clínicas: Carcinoma labial: las lesiones se originan en la parte exterior y pueden parecer úlceras crónicas que no cicatrizan. Carcinoma lengua: Asintomático, úlcera indurada que no cicatriza de bordes elevados. Carcinoma de piso de boca: úlcera indolora, indurada que no cicatriza o como una placa blanca o roja. Hay disminución de la movilidad de la lengua. Carcinoma del paladar: Placas rojas o blancas asintomáticas o como una masa ulcerada.

Tratamiento: Cirugía y/o radioterapia. (46).

LESIONES PIGMENTADAS

Lesiones benignas de origen melanocítico.

- **Mancha de café con leche**

Etiología: Derivada de mancha pigmentada ideopática, pecas o lentigos intrabucuales.

Características Clínicas: Frecuentemente en labios y encía, asintomáticas.

Tratamiento: No está indicado algún tratamiento. (47).

- **Pigmentaciones Fisiológicas**

Etiología: Acumulación de Melanocitos.

Características Clínicas: Pigmentación simétrica, no altera arquitectura de la encía.

Tratamiento: Realizar biopsia. (47).

- **Melanocitos por tabaquismo**

Etiología: Tabaquismo.

Características Clínicas: Se localiza en encía labial anterior.

Tratamiento: Suspender el cigarrillo. (10).

- **Efélides lentigo**

Etiología: Exposición al sol y edad.

Características Clínicas: Mácula café casi siempre en paladar, encía y labios.

Tratamiento: Quirúrgico. (10).

- **Mácula.**

Etiología: Mancha pigmentada ideopática, pecas o léntigos intrabucuales.

Características Clínicas: Con mayor frecuencia en labio y encía, asintomáticas.

Tratamiento: No está indicado algún tratamiento. (10).

- **Vitiligo**

Etiología: Desconocida, aunque se cree que se debe a una reacción inmune.

Características Clínicas: Blancas con bordes hiperpigmentadas.

Tratamiento: Crema oscurecedora. (10)

Neoplasias.

- **Nevos**

Etiología: Agrupación de células melanocíticas.

Características Clínicas: Aparecen poco después del nacimiento. Se localizan en paladar duro.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. (48)

- **Melanomas**

Etiología: Transformación maligna de los melanocitos o de células nerviosas.

Características Clínicas: Se clasifica en: Nodular, sección pigmentada oscura. Maligno Superficial: Más frecuente, se observa como una placa pigmentada bien definida, un poco elevada. Léntigo maligno: Placa plana con pigmentación irregular y con bordes bien definido. Acralentigoso. Similar al melanoma maligno superficial. (49)

- **Tumor neuroectodérmico de la lactancia**

Etiología: Células pigmentadas primitivas, nevosas y melanocíticas originadas de la cresta neural.

Características Clínicas: En niños menores de 6 meses, masa no ulcerada con pigmentación oscura. Radiográficamente lesión radiolúcida mal definida con dientes en desarrollo.

Tratamiento: Extirpación quirúrgica. (50)

Pigmentaciones Exógenas

- **Tatuaje por amalgama**

Etiología: implantación iatrogénica y traumática de partículas de amalgama en los tejidos.

Características Clínicas: inflamación, y no cambian con el tiempo. **Tratamiento:** eliminar el factor etiológico. (51)

- **Pigmentación por metales pesados:**

Etiología: ocurre después de exposición ocupacional a los vapores de arsénico, bismuto, plomo o mercurio.

Características Clínicas: lesiones de color gris o negro, la intoxicación crónica por mercurio puede producir temblores, pérdida de apetito, náuseas, depresión, cefalea, fatiga, entre otros.

Tratamiento: eliminar la causa. (51)

- **Pigmentaciones por tetraciclina**

Etiología: después del tratamiento del acné con dosis altas de minociclina.

Características Clínicas: pigmentaciones difusas en la piel en las áreas expuestas al sol o pigmentos locales en paladar y raíces dentarias. **Tratamiento:** suspender la droga, estético (restauraciones en dientes). (51).

Debido a todas las patologías anteriormente mencionadas, fue de gran interés conocer la prevalencia de las patologías de tejidos blandos de pacientes geriátricos en nuestro país.

Actualmente la expectativa de vida en Colombia es de 69 años y el promedio de edad de la ancianidad ha aumentado considerablemente y son pocos los casos de estudios de morbilidad oral que se han hecho en el país en este tipo de población, a pesar que, desde finales de la década de los 70 y comienzos de los 80 se ha venido desarrollando un poco más el interés hacia este sector poblacional, sin negar que aún no es satisfactorio su calidad de vida. (13).

La llamada tercera edad, tradicionalmente mantenida al margen de los programas de bienestar, y asistencia social de los gobiernos, empezó a figurar hace varios años en los planes de la Organización Mundial de la Salud y la Organización

Panamericana de la Salud, destacando la necesidad de realizar estudios demográficos y epidemiológicos para definir la magnitud de los problemas de la vejez y así diseñar e implementar políticas, planes y programas para solucionar dichos problemas. (13).

A continuación se señalarán algunos resultados arrojados por estudios encaminados a la salud oral de pacientes geriátricos. La fuente de este estudio fue realizada por la facultad de odontología de la Universidad Nacional durante el primer semestre de año 2000, la cual mereció mención de honor. (13).

Lesiones de tejidos blandos: La patología que mas se presenta en el grupo poblacional de este estudio es la estomatitis protésica con una prevalencia del 27.9%, seguida de la queilitis angular, el aumento tisular por prótesis fue de mayor prevalencia para los estudios del 77-88 y del 99. En el segundo estudio tomado del Instituto Nacional de Salud Colombia 1977 a 1980 (tasas porcentuales) en pacientes de 55 y más edad. Absceso de origen dentario tasa total 4.2%, lengua fisurada 3.5%, estomatitis geográfica 4.2%, ulcera oral con causa 4.2%, aumento tisular asociado a hábitos 1.8%, anquiloglosia 0.7%, fístula en tejidos blandos 1.1%, aumento tisular sin causa 1.3%, leucoqueratosis 1.9%, leucoplasia 3.8%. (13).

El tercer estudio realizado por la facultad de la Universidad Nacional esta relacionado con patologías que se pueden encontrar en pacientes con demencia entre estas encuentran:

- Ulceraciones orales en la mucosa alveolar y cara ventral lingual, frecuentemente auto inducidas por trauma con tenedores, cucharas y objetos extraños. Se observan también que la presencia de prótesis dentales removibles, predispone a desordenes de la mucosa.

- Hiperplasias titulares asociadas a prótesis desadaptadas, incapacidad para colocarse o removerse la prótesis por si mismo.
 - Xerostomia severa en pacientes medicados con antipsicóticos de alta potencia.
- (13).

1.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Diagnosticar clínica e histopatológicamente las lesiones orales de tejidos blandos en pacientes mayores del hogar geriátrico: San Rafael del municipio de Chía, Cundinamarca, 2004 – 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características sociodemográficas, de la población objeto de estudio (edad y género).
- Determinar la cantidad de visitas al medico y el odontólogo.
- Determinar la prevalencia de patologías orales de tejidos blandos en pacientes mayores del hogar geriátrico: San Rafael del municipio de Chía, Cundinamarca. 2004 – 2005.
- Determinar las patologías orales que se presentan en los pacientes mayores del hogar geriátrico: San Rafael del municipio de Chía, Cundinamarca, 2004 – 2005.
- Describir las principales características clínicas, en términos de localización, forma, tamaño, diámetro, color, textura y consistencia, asociados a patologías orales de tejidos blandos en pacientes mayores del hogar geriátrico: San Rafael del municipio de Chía, Cundinamarca, 2004 – 2005.

- Identificar las características histopatológicas de las lesiones orales de tejidos blandos que se presentan en pacientes mayores del hogar geriátrico: San Rafael del municipio de Chía, Cundinamarca 2004 – 2005.
- Comparar la correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo de las lesiones orales de tejidos blandos.

2. METODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

Estudio Descriptivo Transversal.

2.2 OBJETO DE ESTUDIO:

Patologías de tejidos blandos en pacientes geriátricos.

2.3 POBLACION:

2.3.1 POBLACION OBJETO: el hogar geriátrico San Rafael cuenta con 86 personas mayores de edad, de la cuales 49 personas son mayores de 60 años, por lo tanto fueron examinadas clínicamente, teniendo en cuenta los criterios de inclusión los cuales son Pacientes que acepten participar en el estudio, Residentes permanentes del hogar geriátrico San Rafael. Y de exclusión: Pacientes que sean residentes temporales del hogar geriátrico, puesto que no se podría llevar un control u obtener unos datos exactos, Pacientes sistémicamente comprometidos, que debido a su condición Física o mental no puedan colaborar con el estudio.

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO
1. SOCIO DEMOGRAFICAS						
101 Edad	Tiempo que un ser ha vivido	Años Cumplidos	Cuantitativa	Discreta	Dependiente	Instrumento Historia Clínica
102 Género	Categoría de clasificación de los	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal	Independiente	
103 Numero de visita al medico	Número de Veces que una persona es atendida por un medico en el año	0-10	Cuantitativa	Discreta	Dependiente	
104 Enfermedades sistémicas	Alteraciones que presenta el organismo.	Cual?	Cuantitativa	Nominal	Dependiente	
105 Numero de Visita al Odontólogo	Numero de veces que una persona asiste para ser atendida por el odontólogo en una año	0-10	Cuantitativa	Discreta	Dependiente	
2. CARACTERISTICAS CLINICAS						
201 Localización	Lugar determinado donde se encuentra una patología	Lengua Labios Paladar Vestibulo Encía Carrillo Reborde Piso de Boca	Cualitativa	Nominal	Dependiente	Instrumento Historia Clínica
202 Forma	Figura que adquiere una patología	Sesil Alargada Pediculada Redonda	Cualitativa	Nominal	Dependiente	
203 Tamaño	Dimensión que adquiere una patología	Grande Pequeño	Cualitativa	Nominal	Dependiente	
204 Diámetro	Recta que pasa por cualquier curva y la divide en dos partes iguales	En milímetros	Cuantitativa	Continua	Dependiente	

VARIABLES	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACION	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO	
205 Color	Impresión producida en la retina por la luz que reflejan los objetos	Blanco Rosado Café Grisáceo	Cualitativa	Nominal	Dependiente	Biopsia	
206 Textura	Aspecto que tiene una patología	Rugosa Lisa	Cualitativa	Nominal	Dependiente		
207 Consistencia	Coherencia de la masa	Dura Blanda Fluctuante Firme	Cualitativa	Nominal	Dependiente		
208 Características Histopatológicas		Epitelio plano estratificado superficial con paraqueratina y displasia moderada. Epitelio superficial escamoso estratificado con paraqueratina y áreas de acantosis y de atrofia epitelial. Epitelio superficial escamoso estratificado plano con paraqueratina y algunas áreas de acantosis y displasia epitelial. Epitelio superficial escamoso estratificado plano hiperqueratinizado y con áreas de acantosis.	Cuantitativa	Nominal	Dependiente		
3. DIAGNÓSTICOS							
301 Diagnóstico Presuntivo	Determinar una patología en primera instancia	Lesiones Blancas Lesiones Verrugo Papilares Lesiones no epiteliales Blanco - Amarillentas Lesiones Roji - Azules Lesiones de Tejido conectivo Lesiones Ulcerativas	Cualitativa	Nominal	Dependiente		
302 Diagnóstico Definitivo	Determinar una patología después de un análisis detallado	Lesiones Blancas Lesiones Verrugo Papilares Lesiones no epiteliales Blanco - Amarillentas Lesiones Roji - Azules Lesiones de Tejido conectivo Lesiones Ulcerativas	Cualitativa	Nominal	Dependiente		

VARIABLES	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACION	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE	INSTRUMENTO
303 Tipo de Lesión Diagnostico Presuntivo		LESIONES BLANCAS: 1. Candidiasis 2. Leucoedema 3. Estomatitis Nicotínica LESIONES DE TEJIDO CONECTIVO 4. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria 5. Varices Linguales 6. Hiperplasia Glandular 7. Fibroma Traumático	Cualitativa	Nominal	Dependiente	Biopsia
304 Tipo de Lesión Diagnostico Definitivo		LESIONES BLANCAS: 1. Candidiasis 2. Leucoedema 3. Estomatitis Nicotínica LESIONES DE TEJIDO CONECTIVO 4. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria 5. Varices Linguales 6. Hiperplasia Glandular 7. Fibroma Traumático	Cualitativa	Nominal	Dependiente	

2.5 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para efectos de este estudio se diseñaran los siguientes instrumentos:

ANEXO A: Instrumento No. 1 Consentimiento Informado

ANEXO B: Instrumento No. 2 Historia Clínica

2.6 PROCEDIMIENTO

Una vez planteada el tema de investigación: Diagnóstico clínico e histopatológico de lesiones orales de tejidos blandos en pacientes mayores del hogar geriátrico: San Rafael del municipio de Chia, 2004-2005. Posteriormente se procedió a la recolección de información con base a referencias bibliográficas de distintos autores acerca de aspectos generales en geriatría con la cual se elaborará el proyecto que será sustentado y aprobado por el jurado correspondiente.

Se presentará al Comité de Ética el consentimiento informado y una vez aprobado, se llevará a la Secretaria de Salud del municipio de Chia, (Cundinamarca) quién autorizará el ingreso al Hogar Geriátrico: San Rafael y así dar a conocer la investigación cuyo objeto de estudio son los pacientes de dicha institución, una vez los directores o la persona encargada permita el ingreso al hogar.

Se procederá a una inducción y recreación, donde se informará a los pacientes en que consiste la investigación, ventajas, desventajas y riesgos. Luego se realizará el examen clínico oral, teniendo en cuenta los factores orales, sistémicos y sicosociales que se registrarán en el instrumento de recolección de datos.

De acuerdo a los hallazgos clínicos e histopatológicos obtenidos luego de las biopsias, las cuales consisten en la remoción de tejidos individual, total o parcial, para estudiar histopatológicamente las lesiones orales de tejidos blandos que presenten un tiempo de evolución avanzado, lesiones que presenten cambios

hiperqueratósicos persistentes en la superficie tisular, cualquier tumefacción persistente visible o palpable, lesiones que interfieran con la función local o cualquier tipo de lesión que presente características de malignidad. (52).

Dentro del desarrollo de este estudio se realizarán dos tipos de biopsias la incisional, en la cual sólo se tomará una parte representativa de la lesión, si la lesión es de gran tamaño o tiene diferentes características en varios lugares de la lesión, será necesario tomar muestras de más de un área. (52).

La biopsia Incisional, se podrá realizar, de acuerdo a las variaciones de la lesión tipo Trucut, la cual se lleva a cabo con una jeringa, con la que se toma una muestra cilíndrica de la lesión cuyo tamaño deberá ser de dos milímetros o tipo Punk, en la que se utilizan elementos rotatorios con mango y filo circular con el que se obtiene un cilindro que varía según el diámetro del filo (2mm a 1cm), la pieza se obtendrá con un corte de tijera en su base. (52).

Este tipo de biopsia estará indicada en lesiones mayores a 1cm de diámetro o en lesiones con sospecha de malignidad.

Otro tipo de biopsia que se manejará en este estudio, será la biopsia Excisional, que implica la remoción completa de la lesión en un tiempo quirúrgico, para esto se retirará un perímetro de tejido normal alrededor de la lesión durante la remoción de la lesión. (52).

Con esto, no solo se logrará construir un diagnóstico, sino que además con la completa escisión se podrá construir un tratamiento definitivo, el cual si esta dentro del alcance del estudio, se realizará o en caso contrario se pasará un

informe detallado adicional a la Secretaria de Salud del municipio de Chia, Cundinamarca.

Como tal, esta biopsia se realizará en lesiones pequeñas menores a 1cm de diámetro que durante el examen clínico que llevarán a cabo los investigadores, tenga una apariencia benigna, en lesiones que al ser removidas completamente no produzca mutilaciones al paciente geriátrico o en lesiones pequeñas vascularizadas o pigmentadas. (52).

Dichas biopsias, serán realizadas por el Doctor CARLOS ARTURO VILLAMIZAR GALVIS. Para éstas, se contará, primero que todo con el informe que será entregado a cada una de las personas que intervendrán en el estudio.

Los materiales que se utilizarán son: anestesia, agujas, pinzas de disección sin garra, pinzas mosquito, frascos separados y referenciados donde se guardarán las muestras obtenidas, hojas de bisturí con sus respectivos mangos, suturas, guantes estériles, tapabocas, tijeras de tejido y de material, alcohol, isodine, formaldehído y el instrumental básico.

Toda la mucosa oral es susceptible a biopsia la técnicas difiere solamente dependiendo de la localización anatómica, el tamaño y el tipo de lesión. (52).

El proceso para la realización de las biopsias es el siguiente:

Anestesia: Se realiza la aplicación de anestesia, ya sea de bloqueo local, infiltrativa, la cual debe ser colocada por fuera de la lesión (1cm). (52).

Estabilización de tejido: Ya sea con los dedos a ambos lados de la biopsia o con suturas o pinzas, puesto que esto facilita las incisiones. (52).

Hemostasia: Por medio de la compresión con gasas si el volumen es bajo. (52).

Incisión: Ya sea en forma de elipse en la superficie o en forma de "V" hacia la base de la lesión, para facilitar la cicatrización, varia de acuerdo a la apariencia de la lesión o al tipo de biopsia, pues si la lesión es benigna la margen será de 2 a 3 mm, si es de apariencia maligna, pigmentada, vascular o de bordes difusos, la margen será de 5mm.

En la biopsia incisional, la profundidad dentro de la lesión debe proveer de material suficiente para el estudio histopatológico y a veces es necesario tomar varias muestras, si las características de la lesión varía de una área a otra. (52).

En la biopsia Excisional la incisión inicial debe exceder a la totalidad de la profundidad de la lesión.

Manejo de los tejidos: Cualquier tejido removido debe proporcionar un buen examen histopatológico, puesto que el buen manejo no produce daño en la arquitectura celular, especialmente en biopsias pequeñas. El uso de suturas de tracción a través del espécimen evita el trauma del tejido.

Identificación del margen quirúrgico: En lesiones de apariencia benigna el margen de la biopsia puede ser marcado con una sutura de seda.

Cierre quirúrgico: Se debe realizar el cierre primario de la incisión elíptica, luego la submucosa debe ser disecada primero con unas tijeras, dependiendo de la localización anatómica y el tamaño de la incisión para facilitar la aproximación de los tejidos y disminuir la tensión en la línea de sutura.

Suturas localizadas profundamente y con intervalos frecuentes en el dorso o borde lateral de la lengua, debido a que el constante movimiento de la lengua hace difícil la retención de la sutura.

Cuidado del espécimen: Después de removido el tejido debe ser inmediatamente colocado en solución de formalina al 10% (formaldehído) que debe ser totalmente sumergido en la solución. (52).

Luego se procederá a intervenir quirúrgicamente a quienes lo requieran y se realizará a los ocho días el control para evaluar la evolución y cicatrización postoperatoria.

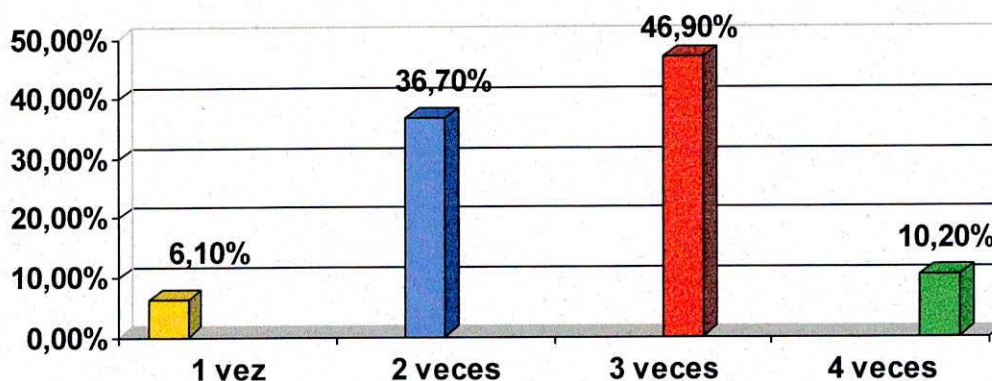
Los casos de mayor complejidad serán reportados a la Secretaria de Salud del municipio de Chia, Cundinamarca, con el respectivo informe detallado con los hallazgos clínicos e histopatológico, para que ellos brinden una atención mas especializada.

Por último se presentará el proyecto final, con los respectivos procedimientos y resultados obtenidos al terminar el estudio.

3. RESULTADOS

De las 86 personas mayores de edad del hogar geriátrico San Rafael, se valoraron 49 personas. 75.5% (37) corresponden al género femenino y 24.5% (12) al género masculino. Las edades oscilaron entre 61 y 98 años (Rango Estadístico = 37). No se registraron durante el año visitas al odontólogo, a diferencia de la visitas al médico donde en promedio fue de 2.6 ± 0.76 , así el 6.1%(3) lo visitan una vez al año, 36.7%(18) dos veces al año, 46.9%(23) tres veces al año y 10.2%(5) cuatro veces al año (Grafico 1.).

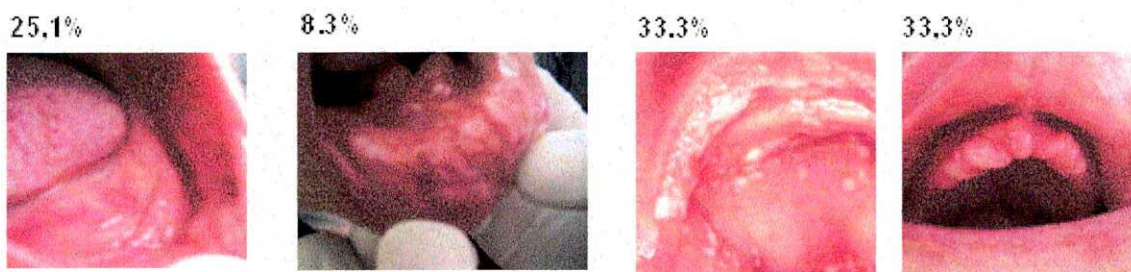
Grafico 1. Número de visitas al médico al año.



La prevalencia de patologías orales de tejidos blandos en pacientes mayores del hogar fue de 22.4% (11 pacientes). La prevalencia en el género femenino fue de 21.6% y en el género masculino fue de 25%.

Se diagnosticaron 12 patologías en 11 pacientes, de las cuales a 4 se les realizó biopsia y por tanto diagnóstico definitivo. Las patologías se distribuyeron de la siguiente manera: 33.3% (4) correspondieron a lesiones blancas tipo Candidiasis, 33.3% (4) a lesiones de tipo conectivo 4 de Hiperplasia y 8.3% (1) Lesiones Roji-Azules tipo Varices Linguales. (Grafico 2.)

Grafica 2: Distribución de las patologías diagnosticadas.



A las 9 patologías que registraron diagnóstico definitivo se les observó también: localización, Color, Textura y Consistencia, encontrando que el 55.6% (5) estaban localizadas en el reborde, 22.2% (2) en el paladar y 11.1% (1) se encontraban en el labio y en el Vestíbulo, respectivamente, donde todas (4) las lesiones de tejido conectivo se localizaron en el Reborde, el 50% (2) de las Lesiones Blancas en el Paladar, 25% (1) en el Vestíbulo y 25% (1) en el Reborde y La Lesión Roji-Azul se localizó en el labio. 44.4% (4) de las lesiones diagnosticadas correspondían al color blanco (Lesiones blancas) y al color rosado (Lesiones de Tejido Conectivo) respectivamente y 11.1% (1) al color Rojizo (Lesiones Roji-Azules) (Anexo 1).

Todas las lesiones (9) presentaron textura lisa. 66.7% (6) de las lesiones presentadas tenían consistencia blanda y 33.3% (3) consistencia firme. Todas las lesiones blancas tenían consistencia blanda, la lesión Roji-Azul tenía consistencia firme y el 50% (2) de las lesiones de Tejido Conectivo eran blandas y 50% (2) de consistencia firme.

A las patologías diagnosticadas como lesiones blancas (4) no se les determinó forma, tamaño y diámetro. Y para las restantes patologías (5) se encontró que el 40% (2) tenían forma sesil, forma alargada respectivamente, y el restante 20% (1) presentaba forma redonda. La lesión Roji-Azul presentó una forma alargada. El 50% (2) de las lesiones de tejido conectivo presentaron forma sesil, 25% (1)

alargada y de forma redonda, respectivamente. Todas las lesiones de tejido conectivo eran grandes y la lesión Roji-Azul era pequeña.

Tabla 1. Características clínicas: Candidiasis Oral

CANDIDIASIS ORAL		No.	%
Localización	paladar	2	50
	vestíbulo	1	25
	reborde	1	25
Forma	N.D	N.D	N.D
Diámetro	N.D	N.D	N.D
Color	Blanco	4	100
Textura	Lisa	4	100
Consistencia	Blanda	4	100

Tabla 2. Características Clínicas: Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria

HIPERPLASIA FIBROSA INFLAMATORIA		No.	%
Forma	Sesil	2	50
	Alargada	1	25
	Redonda	1	25
Localización	Reborde	4	100
Tamaño	Grande	4	10
Diámetro	N.D	N.D	N.D
Color	Rosado	4	100
Textura	Lisa	4	100
Consistencia	Blanda	2	50
	Firme	2	50

Tabla 3. Características Clínicas: Varices Linguales

VARICES LIGUALES		No.	%
Localización	Labio	1	100
Forma	Alargada	1	100
Tamaño	Pequeño	1	100
Diámetro	N.D	N.D	N.D
Color	Rojizo	1	100
Textura	Lisa	1	100
Consistencia	Firme	1	100

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLOGICAS

Las características Histopatológicas se determinaron para los diagnósticos de Tejido Conectivo, donde en hiperplasia, se presento (Tabla 4):

- Epitelio plano estratificado superficial con paraqueratina y displasia moderada,
- Epitelio superficial escamoso estratificado plano con paraqueratina y algunas áreas de acantosis y displasia epitelial y
- Epitelio superficial escamoso estratificado plano hiperqueratinizado y con áreas de acantosis.
- Epitelio superficial escamoso estratificado con paraqueratina y áreas de acantosis y de atrofia epitelial.

Tabla 4. Características del Diagnóstico: Lesiones de Tejido Conectivo. Lesión: Hiperplasia

EDAD	GENERO	CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS	LOCALIZACION	FORMA	TAMANO	DIAMETRO	COLOR	TEXTURA	CONSISTENCIA
68	F	1	7	2	1	30	2	1	4
75	F	3	7	1	1		2	1	2
98	M	4	7	1	1		2	1	2
81	M	2	7	4	1	0.5	2	1	4

Presento total correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y el diagnóstico definitivo excepto en el fibroma traumático.

3. DISCUSIÓN

El manejo oral del paciente geriátrico esta muy relacionado con la eventual aparición de patologías relacionadas principalmente con factores mecánicos y o bacterianos. La población de la tercera edad en nuestro sistema generalmente esta expuesta a muchos factores etiológicos que pueden producir diversas patologías orales.

Resulta sorprendente para un profesional de la salud oral encontrarse con una diferencia de porcentajes en cuanto a las visitas al médico, en la cual se advierte que cada paciente asiste a estas por lo menos dos veces al año, y siendo alarmante la ausencia total del control odontológico. De esta manera se demuestra que la parte odontológica no ha sido tomada lo suficientemente en serio para poder dar una calidad de vida satisfactoria a esas personas, que quizás ya son pocas las actividades que pueden disfrutar plenamente.

El género predominante para el estudio es el femenino con un 75.5%, quienes se ven menos afectadas por la presencia de patologías, presentando un 21.6%; a pesar de ser los hombre un total menor significando un 24.5% de la población estudiada, si fue el grupo mas vulnerable a la presencia de lesiones con un 25% con respecto al total de patologías encontradas.

Una de las mejores formas de obtener resultados en el estudio de patologías, son las pruebas de laboratorio histopatológicas, por lo cual, su utilización en el procedimiento de confirmación de los diagnósticos, permitió establecer una correlación casi absoluta entre los diagnósticos definitivos y presuntivos, ya que al realizar este procedimiento se descarto como diagnostico definitivo el fibroma traumático y arrojó como resultado una hiperplasia fibrosa inflamatoria, siendo este el único resultado que no coincidía con los diagnósticos presuntivos.

Demostrando compatibilidad con otros reportes donde al igual que en este estudio prevalecen y es significativa la presencia de hiperplasia fibrosa inflamatoria y candidiasis oral con un 33,3% que puede estar en relación directa con la mala higiene oral, el cuidado y adaptación de prótesis total, en comparación con las varices linguales con 25% y la hiperplasia de glándula sublingual que fueron de 8,3% con un patrón etiológico diferente. (50)

La localización más frecuente en la que se hallaron las patologías fue el reborde alveolar con un 55,6% resultando el predominio de aparición en este sitio con respecto a otros lugares evaluados señalando un porcentaje aunque poco representativo, pero de igual valor diagnóstico.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De acuerdo a las políticas de protección creadas para los adultos mayores es agobiante saber que es poco el porcentaje puesto en marcha. Retomando el interés prestado por la ley, se quisieron dar a conocer las condiciones de salud oral, arrojadas en esta población.

Recolectados los datos, se confirma el estado de abandono en el que se encuentran los adultos mayores principalmente en salud oral.

Se concluye que la primera causa de las patologías presentadas esta relacionada con la desadaptación de prótesis dentales, para este caso prostodoncia total y el cuidado e higiene de estas.

Luego del diagnóstico clínico e histopatológico, se observó como patologías mas frecuentes la hiperplasia fibrosa inflamatoria, y la candidiasis oral, en tres de sus formas de presentación: atrófica, erosiva y pseudos-membranosa; con menor frecuencia, pero no menos importantes las hiperplasias de glándulas sublinguales y las varices linguales. El examen histopatológico permitió establecer la no correspondencia del diagnostico presuntivo de el fibroma traumático, arrojando de este un diagnóstico definitivo de hiperplasia fibrosa inflamatoria.

Definitivamente no es difícil lograr un cambio en la optimización de las condiciones de salud oral de los pacientes geriátricos, con una mejor vía de acceso a los servicios de salud, con el mejoramiento de la práctica odontológica enfocada al renacimiento de la filosofía de conservación de la salud oral geriátrica, cambiando así el mito que el envejecimiento es sinónimo de edentulismo, logrando de esta manera mejorar la calidad de vida futura.

La gran ventaja de haber incluido los aspectos cuantitativos y cualitativos en esta investigación, dejó ver al adulto mayor de manera integral como un ente clínico-patológico y social, alertando sobre sus necesidades de atención.

Rehabilitación de pacientes.

Enseñanza del mantenimiento de las prótesis.

Dotación de kit de higiene oral, que incluye cepillo, crema y enjuagatorios dentales.

Implementar conferencias en poblaciones olvidadas, como lo es la geriátrica, para concientizar a cerca del uso y mantenimiento de las prótesis e higiene oral de estas.

Incluir en el área de Prostodoncia, prácticas de laboratorio directamente en los Hogares Geriátricos, para dar tratamiento definitivo a los pacientes y desarrollar mayor habilidad en los alumnos de pregrado, así como promover la labor social de la Universidad.

BIBLIOGRAFIA

1. DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA, COLOMBIA: Proyecciones Subnacionales de Población. Bogotá, 1985 – 2000.
2. ODELL, E. Resolución de Problemas Clínicos. Ed. Harcourt. Madrid, 2000. pag. 45-54.
3. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Departamento Nacional de Planeación. Documento Consejo Nacional de Política Económica y Social 2756. Salud y Seguridad Social. Bogotá. 1995.
4. REYES – ORTIZ CA. The Health conditions of the elderly in Colombia: An overview. Clin Geriatr 2000; 8 (2): 61 – 66.
5. VALERO C, REGALADO PJ, Col. Valoración geriátrica integral: Diferencias en el perfil de los pacientes de los distintos niveles asistenciales. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33: pg 81 – 90.
6. MASAHIRO, U. Systemic disease in elderly dental patients. Int Dent Journal. 2000; 43: 213-218.
7. HARRISON. Principios de medicina interna. Ed Mc. Graw Hill. España 2002: 86 – 248.
8. BENAVIDES, O. Col. Prevalencia de síntomas depresivos en ancianos ambulatorios. Colombia Med 2000; 8(2): 61-66.
9. CUBI, D. y col. Reacciones adversas a medicamentos en un servicio de geriatría. Utilización de dos sistemas distintos de farmacovigilancia. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32:277-288.
10. REGEZZI, S. Patología Bucal, tercera edición. Editorial Mac Graw Hill. México, 2000.
11. WILSON, D. Oral inverted ductal papilloma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1984; 57:520-523.

12. BRANNON, r. Ductal Papillomas of salivary gland origin: a report of 19 cases and a review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 2001;92:68-77.
13. YONEZAWA, H. Effects of tongue and oral mucosa clearing on oral candida species and production of volatile sulfur compounds in the elderly in a nursing home. *Medline.* Vol.50(1). Japón,2003. pag, 1-8.
14. SANTARPIA, R. An in vivo replica method for the site specific detection of candida Albicans on the denture surface in denture stomatitis patients: Correlation with clinical disease. *Prosthodont Dent* 1999; 63:437-443.
15. HABERLAND, C. Referral patterns. Lesion prevalence, and patient care parameters in a clinical oral pathology practice. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* *Medline.* Vol.87. 1999. pag,583-588.
16. PASS, B. Geographic tongue: literature review and case reports *Dent Today* . Department of oral diagnostic services Howard university college of dentistry. USA, 2005; 24(8): 54-56.
17. LODI, G. y col. Current controversies in oral lichen planus: Report of an international consensus meeting. Part 1. viral infections and etiopathogenesis. *July,2005 Vol. 100 pag. 40-51.*
18. GRIMOUD, A. Colonization of the oral cavity by candida species: risk factors in long term geriatric care. *Medline.* Vol.45(1) Japón, 2003. pag. 51-55.
19. OHMAN, S. y Col. The prevalence of staphylococcus aureus, enterobacteriaceae species, and candida species and their relation to oral mucosal lesions in a group of 79 year old in Goteborg. *Acta Odontol Scand* 1995;53: 49-54.

20. MOKAL, N. y col. Release of oral submucous fibrosis and reconstruction using superficial temporal fascia flap and split skin graft a new technique. India, 2005.
21. BUER, A. Patterns histopathologic of fox fordyce disease. Amj Dermatopathol. Germany, 2004; 26 (6): 482-492.
22. WALTER, J. Low grade lymphoma hematology (Am soc hematolo edu program). 2004; 203-220.
23. PIOTTELLI, A. Y Col. Introduct papilloma of the palate. Report of a case. Oral Oncol. Italy, 2002; 38(4): 3987-400.
24. HENLEY, J. y Col. Condiloma Acuminatum and Condiloma like lesions of the oral cavity: a study of 11 cases wiht an intraductal component. Histopathology. Estados Unidos, 2004; 44(3): 216-221.
25. WILSON, D. y Col. Oral inverted ductal papilloma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1984; 57: 520-523.
26. BRANNON, R. Y Col. Ductal papillomas of salivary gland origin: a report of 19 cases and a review of the literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2001; 92: 68-77.
27. VARGAS, P. Denture hyperplasia with areas simulating oral inverted ductal papilloma. Med Oral Patol Oral cir bucal. Brasil, 2005; 1: 10.

28. YANETSU, K. Value of contrast enhances magnetic resonance imaging in differentiation of hemangiomas from lymphangiomas in the oral and maxillofacial region. 199, Vol.88 pag, 496-500.
29. LEE, M. Erythroplasia of queyrat treated with topical methyl aminolevulinate photodynamic therapy. *Australas Dermatol* 2005;46(3) 196-198.
30. FERRUFINO, J. y Col. Epidemiological and clinical characteristics of classic kaposi sarcoma in Peru. *Jam Acad Dermatol. Lima*, 2005; 53(3):435-441.
31. LAU, S. y Col. Toxic scarlet fever complicating cellulitis: early clinical diagnosis crucial to prevent a fatal outcome. *New Microbial*. 2004; 27(2): 205-206.
32. THOMAS, G. Denture induced fibrous inflammatory hyperplasia (epulis fissuratum) research aspects. *Australia*, 1993: Vol. 7: 49-53.
33. SONS, Y. y Col. Clinical study of eviprost for the treatment of benign prostatic hyperplasia. *Zhonghua Nan Kexue*. 2005;11(9):674-676.
34. TAKAHASHI, H. y Col. The prosthodontic treatment of denture hyperplasia with complete over dentures. Vol. 8: 293-301.
35. FULIMOTO, T. y Col. Enhanced anti tumour effect of tin with low voltage electrochemotherapy in hamster oral Fibrosarcoma. *J Int Med*. 2005;33(5): 507-512.
36. JASSAR, P., y Col. Base of tongue varices associated with portal hypertension. *Postgrad Med J* 2000;76(899): 576-577.

37. SERROMA, F. y Col. Study clinical of evidence of lichen planus, *Dermatol on line J.* 2005, Vol 1; 11(2):24.
38. Zhanghua,k. Y Col. A clinicopathological study of 14 cases of oral ganular cell tumor. *China*,2005;40(4):302-305.
39. SAITO, T. y Col. Shwannoma of the cauda equina with dural ectasia: a cuse report. *J orthop Sci.* 2004; 9(6): 365-637.
40. DEGOS, R. Y Col. Necrotizing mucosal ulcers cuse by anaerobic bacteria fusiform bacteria and spirochete infection. *J Plast surg. India*, 2005: 225-229.
41. LIPPINCOTT, W. *Medicine. Cuarta edicion. Ed. Phila delphia.* 2000.
42. YEPES, U y Col. Tuberculosis medical management update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol. Filadelfia*,2004, Vol. 98: pad 267-273.
43. MARTIN, D. y Col. Noma. Propusal for a surgical treatment *ann chir plast Esther. Framcioa*,2004; 49(3): 2994-301.
44. BAGAN, J. y Col. Mucosal disease series. Number IV. Erythema multiforme. *Oral Dis.* 2005;11(5) 261-267.
45. SCHIODT, M. Oral discoid lupus erythematosis III. A histopathologic study of Sixto-six patients. *Estados Unidos*,1984. Vol 57. pag. 281-293.
46. RICHARD, M. *Principios de Medicina Interna: Auto evaluacion y repaso. Quynceava ediccion. Ed. Mc graw Hill. Madrid*, 2002.

47. PLISKIN, M. Malignant Melanoma of the oral cavity in human malignant melanoma. New York: Grune and Stratton; 1979. p. 125-137.

48. FISTAROL, S. Plaque type blue nevus of the oral cavity dermatology. 2005; 211(3): 224-233.

49. TOUSCHER, A. Y Col. Maligna melanoma of the lip spreading in a pagetoid manner into the minor salivary glands. 2002. Vol 94(3) pag 341-544.

50. MARTINEZ, T. Condiciones orales en pacientes geriatricos institucionalizados. Tesis Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 1998.

51. McCARTHY, P. Enfermedades de la mucosa bucal. Segunda Edición. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1985.

HISTORIA CLINICA

NOMBRE DEL HOGAR GERIATRICO: _____

IDENTIFICACION

Apellido y Nombre del Estudiante: _____

Apellido y Nombre del Paciente: _____

C.C. _____ De: _____ Edad: _____

Dirección Residencia: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Sexo: Masculino Femenino

En caso de emergencia avisar a: _____ Teléfono _____

Nombre del Medico: _____ Teléfono: _____

Tiene Historia Clínica en otra institución: SI NO

Cuál: _____ Numero de visitas medicas al año: _____ Numero de visitas odontológicas al año: _____

1. ANAMNESIS

A. PERSONALES

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Diabetes | <input type="checkbox"/> | 6. Enfermedad Respiratoria | <input type="checkbox"/> |
| 2. Enfermedad Cardiovascular | <input type="checkbox"/> | 7. Enfermedad Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> |
| 3. Artritis | <input type="checkbox"/> | 8. Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> |
| 4. Alergias | <input type="checkbox"/> | 9. Enfermedad Dermatológica | <input type="checkbox"/> |
| 5. Cáncer | <input type="checkbox"/> | 10. Enfermedad Mental | <input type="checkbox"/> |

B. FAMILIARES

OBSERVACIONES

EXAMEN FISICO ORAL Y DE TEJIDOS BLANDOS

2. DIAGNOSTICOS PRESUNTIVOS

1. Lesiones Blancas
2. Lesiones Verrugo- papilares
3. Lesiones no Epiteliales Blanco-amarillentas
4. Lesiones Roji-azules
5. Lesiones de Tejido Conectivo
6. Lesiones Ulcerativas
7. Lesiones Pigmentadas

2.1 TIPO DE LESION DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

LESIONES BLANCAS:

1. Candidiasis
2. Leucoedema
3. Estomatitis Nicotínica

LESIONES DE TEJIDO CONECTIVO

4. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria
5. Varices Linguales
6. Hiperplasia Glandular
7. Fibroma Traumático

OBSERVACIONES

DESCRIPCION DE LA LESION

LOCALIZACION

- | | | | |
|--------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| 1. Lengua | <input type="checkbox"/> | 5. Encía | <input type="checkbox"/> |
| 2. Labios | <input type="checkbox"/> | 6. Carrillo | <input type="checkbox"/> |
| 3. Paladar | <input type="checkbox"/> | 7. Reborde | <input type="checkbox"/> |
| 4. Vestíbulo | <input type="checkbox"/> | 8. Piso de Boca | <input type="checkbox"/> |

FORMA

- | | | | |
|-------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| 1. Sesil | <input type="checkbox"/> | 3. Pediculada | <input type="checkbox"/> |
| 2. Alargada | <input type="checkbox"/> | 4. Redonda | <input type="checkbox"/> |

TAMAÑO

- | | | | |
|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|
| 1. Grande | <input type="checkbox"/> | 2. Pequeño | <input type="checkbox"/> |
|-----------|--------------------------|------------|--------------------------|

DIAMETRO _____m.m.

COLOR

- | | | | |
|-----------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| 1. Blanco | <input type="checkbox"/> | 3. Café | <input type="checkbox"/> |
| 2. Rosado | <input type="checkbox"/> | 4. Rojizo | <input type="checkbox"/> |

TEXTURA

- | | | | |
|---------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| 1. Lisa | <input type="checkbox"/> | 2. Rugosa | <input type="checkbox"/> |
|---------|--------------------------|-----------|--------------------------|

CONSISTENCIA

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1. Dura | <input type="checkbox"/> |
| 2. Blanda | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fluctuante | <input type="checkbox"/> |
| 4. Firme | <input type="checkbox"/> |

EXAMENES DE LABORATORIO SOLICITADOS

BIOPSIA

OBSERVACIONES

3. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Lesiones Blancas | <input type="checkbox"/> |
| 2. Lesiones Verrugo- papilares | <input type="checkbox"/> |
| 3. Lesiones no Epiteliales Blanco-amarillentas | <input type="checkbox"/> |
| 4. Lesiones Roji-azules | <input type="checkbox"/> |
| 5. Lesiones de Tejido Conectivo | <input type="checkbox"/> |

- 6. Lesiones Ulcerativas
- 7. Lesiones Pigmentadas

3.1 TIPO DE LESION DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

LESIONES BLANCAS:

- 1. Candidiasis
- 2. Leucoedema
- 3. Estomatitis Nicotínica

LESIONES DE TEJIDO CONECTIVO:

- 4. Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria
- 5. Varices Linguales
- 6. Hiperplasia Glandular
- 7. Fibroma Traumático

OBSERVACIONES

4. TRATAMIENTO

YO _____ IDENTIFICADO
CON CEDULA DE CIUDADANIA: _____ DE _____
DECLARO QUE CONOZCO EN SU TOTALIDAD LOS PROCEDIMIENTOS A
REALIZAR EN EL ESTUDIO E INVESTIGACION SOBRE PATOLOGIAS
ORALES Y ESTO DISPUESTO A PARTICIPAR EN EL.

C.C.