

INTRODUCCIÓN: Los estudios epidemiológicos son necesarios para generar hipótesis etiológicas y medir la frecuencia y / o patrones de la enfermedad a nivel de la sociedad.

OBJETIVO: Evaluar la prevalencia de las patologías orales en una población de pacientes ancianos y comparar con un grupo de pacientes no-ancianos de la misma consulta de odontología de CIMO-Lisboa y con la bibliografía internacional.

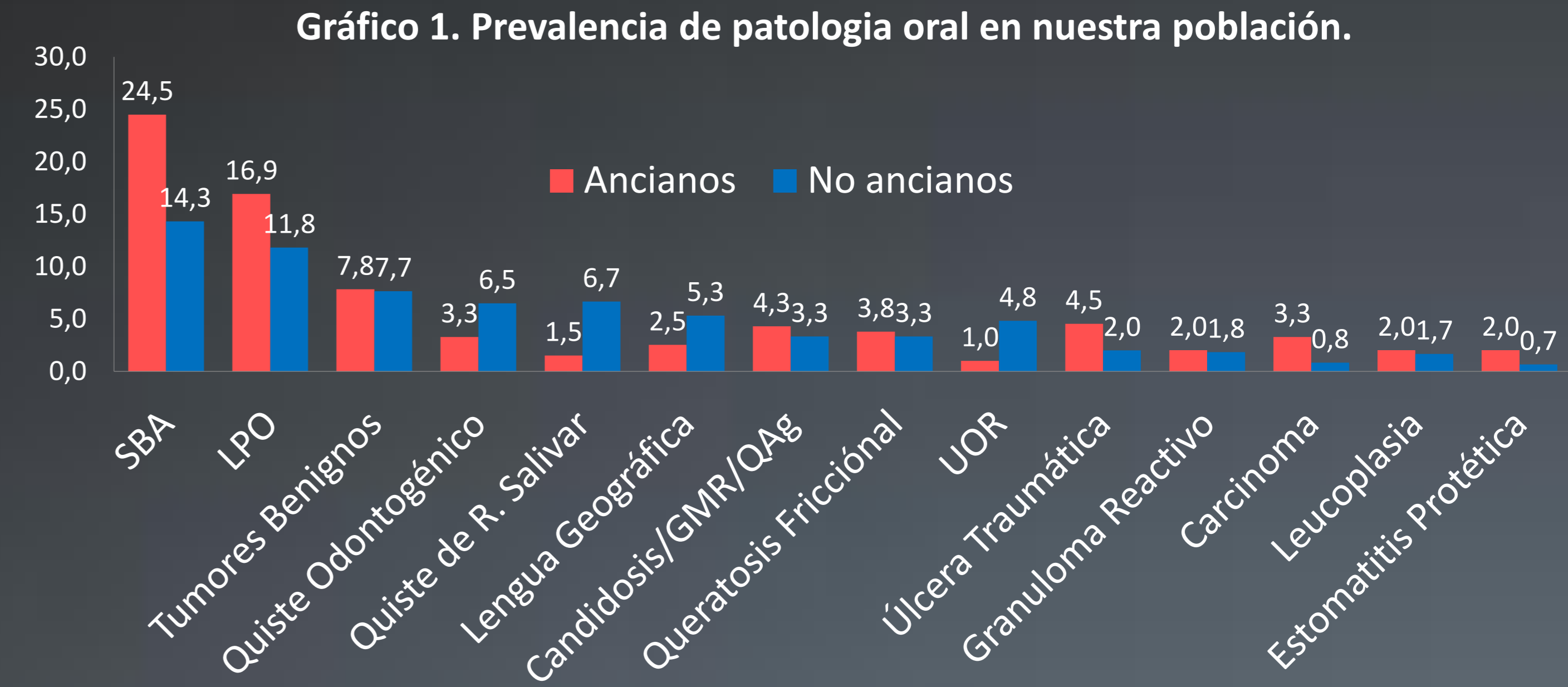
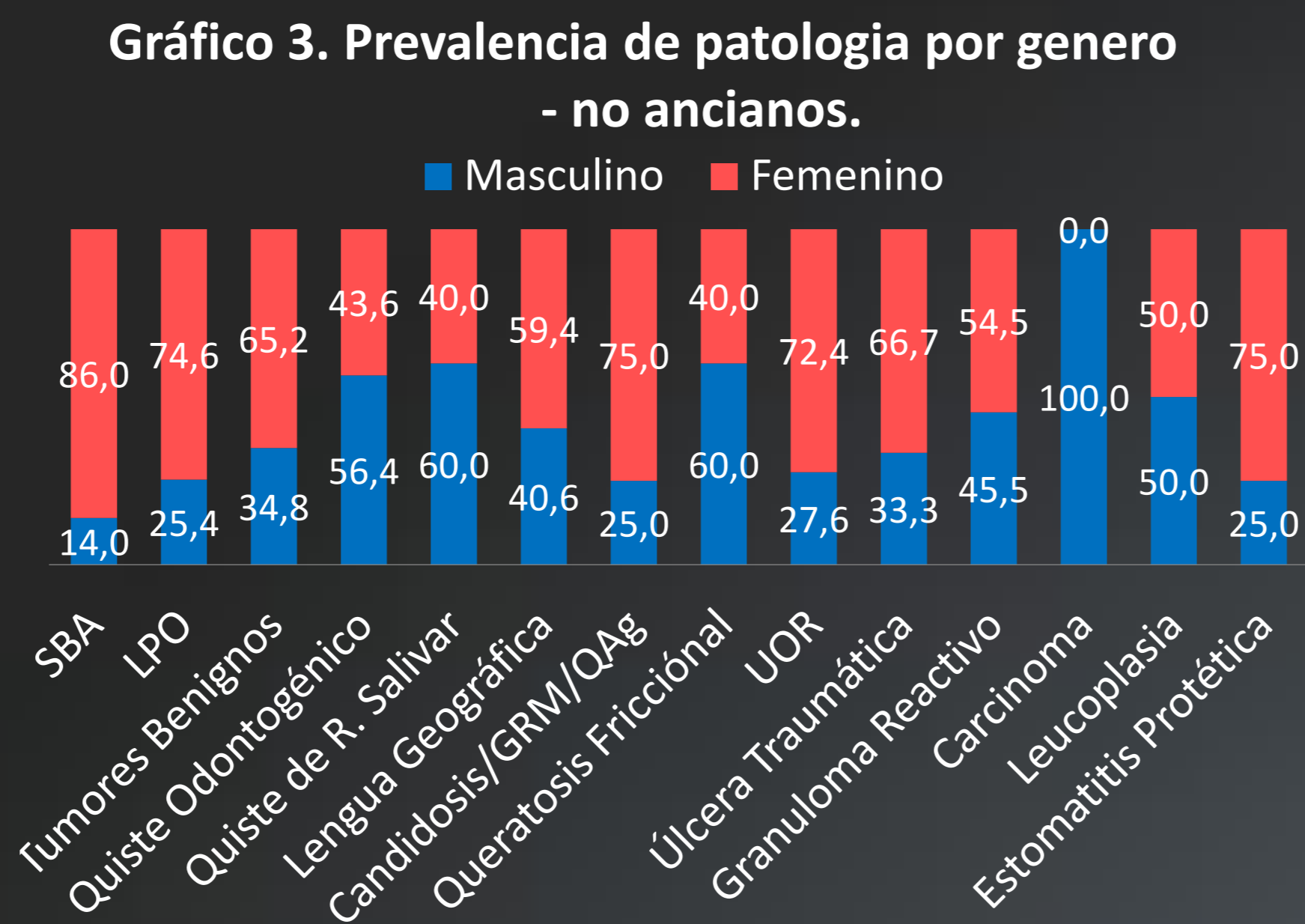
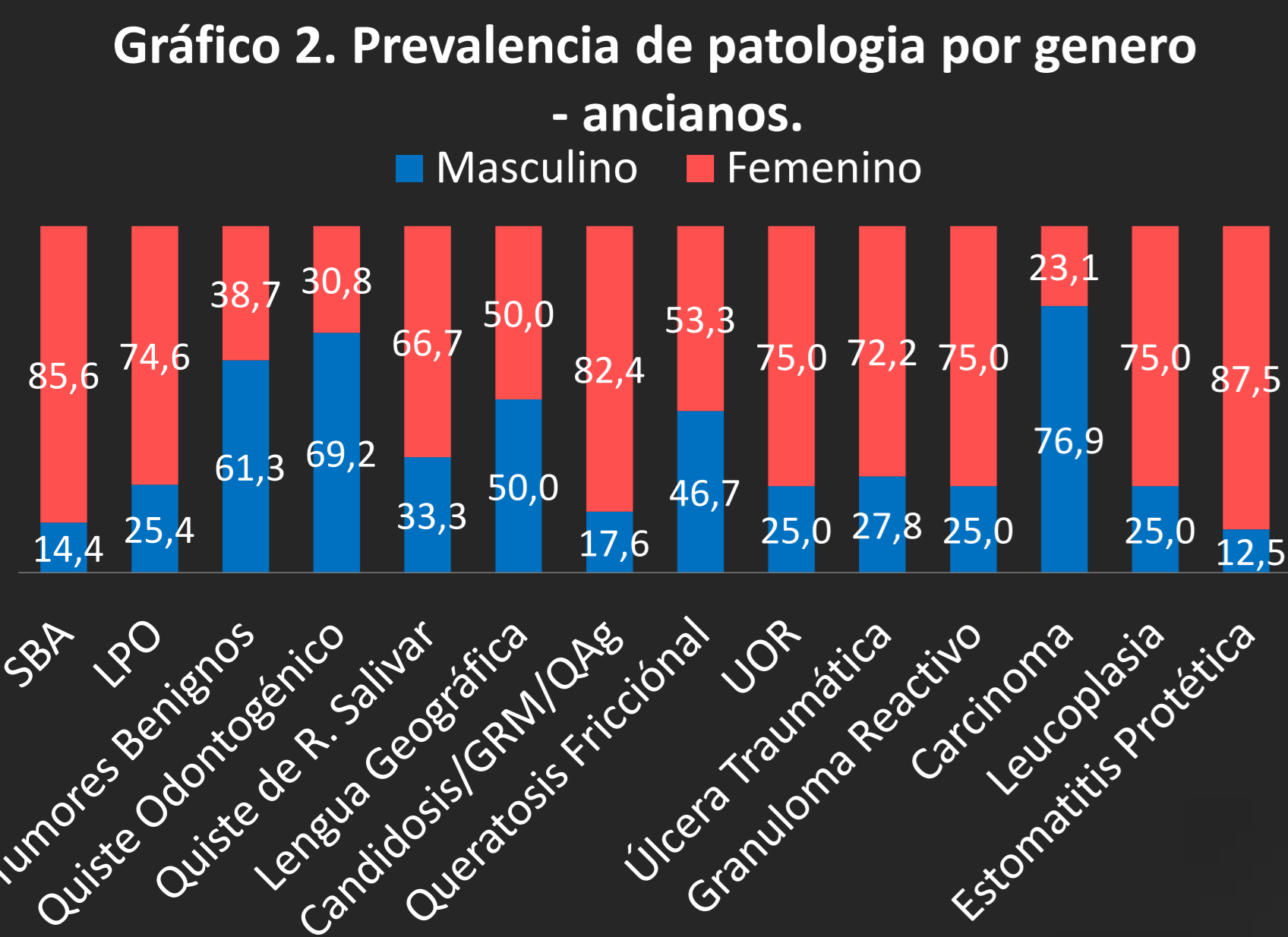
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional, transversal y comparativo por evaluación de 10 032 registros clínicos con la identificación de 997 patologías orales caracterizadas por grupos de edad (ancianos ≥ 65 años, y no ancianos < 65 años) y de género. Se realizó el análisis estadístico paramétrica estándar ANOVA y Tukey-Kramer ($p < 0,05$).

RESULTADOS: Los 997 casos de patología oral corresponden al 9,9% del total de pacientes, de los cuales 396 ancianos (≥65 años) (39,7%) (masc = 32,3% y fem = 68,7%). Las patologías más frecuentes en los dos grupos de pacientes se presentan en la tabla y gráfico 1. Se nota que el SBA (18,4%) es la patología más prevalente en los dos grupos de nuestra población, sobretodo en el grupo anciano. Lo mismo ocurre con el LPO (13,8%) y esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$). El cáncer oral es también predominante en el grupo de los ancianos. Por contrario, en el grupo más joven predominan los quistes odontogénicos, los mucocelos y las UOR.

Con relación a la prevalencia por genero se nota que el SBA afecta más el genero femenino (~ 86% para los dos grupos), bien como el LPO (~ 75%), las candidosis, las UOR, úlceras traumáticas y la estomatitis protética, con diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). El cáncer oral predomina en el genero masculino en los dos grupos (100% en los no ancianos). Referente a la leucoplasia, en el grupo de ancianos 1 en cada 4 pacientes es mujer y en el grupo más joven la distribución es idéntica para los dos géneros (gráficos 2 y 3).

Tabla 1. Prevalencia de las patologías orales en nuestra población.

Patología	Ancianos n (%) 396 (39,7)			No Ancianos n (%) 601 (60,2)				997 (9,9)	
	Masculino	Femenino	Total	Masculino		Femenino			
	128 (32,2)	268 (67,7)	396	% del total	216 (35,9)	385 (64,1)	601		
Síndrome de boca ardiente (SBA)	14 (14,4)	83 (85,6)	97	24,5	12 (14,0)	74 (86,0)	86	14,3	183 (18,4)
Líquen Plano Oral (LPO)	17 (25,4)	50 (74,6)	67	16,9	18 (25,4)	53 (74,6)	71	11,8	138 (13,8)
Tumores Benignos	19 (61,3)	12 (38,7)	31	7,8	16 (34,8)	30 (65,2)	46	7,7	77 (7,7)
Quiste Odontogénico	9 (69,2)	4 (30,8)	13	3,3	22 (56,4)	17 (43,6)	39	6,5	52 (5,2)
Quiste de Retención Salivar	2 (33,3)	4 (66,7)	6	1,5	24 (60,0)	16 (40,0)	40	6,7	46 (4,6)
Lengua Geográfica	5 (50,0)	5 (50,0)	10	2,5	13 (40,6)	19 (59,4)	32	5,3	42 (4,2)
Candidosis/Glossitis Rombóide Mediana (GMR) /Queilitis Angular (QA)	3 (17,6)	14 (82,4)	17	4,3	5 (25,0)	15 (75,0)	20	3,3	37 (3,7)
Queratosis Friccional	7 (46,7)	8 (53,3)	15	3,8	12 (60,0)	8 (40,0)	20	3,3	35 (3,5)
Úlceras Orales Recurrentes (UOR)	1 (25,0)	3 (75,0)	4	1,0	8 (27,6)	21 (72,4)	29	4,8	33 (3,3)
Úlcera Traumática	5 (27,8)	13 (72,2)	18	4,5	4 (33,3)	8 (66,7)	12	2,0	30 (3,0)
Granuloma Reactivo	2 (25,0)	6 (75,0)	8	2,0	5 (45,5)	6 (54,5)	11	1,8	19 (1,9)
Carcinoma	10 (76,9)	3 (23,1)	13	3,3	5 (100)	-	5	0,8	18 (1,8)
Leucoplasia	2 (25,0)	6 (75,0)	8	2,0	5 (50,0)	5 (50,0)	10	1,7	18 (1,8)
Neuralgia del Trigémino (NT)	5 (50,0)	5 (50,0)	10	2,5	2 (28,6)	5 (71,4)	7	1,2	17 (1,7)
Papiloma	3 (75,0)	1 (25,0)	4	1,0	5 (55,6)	4 (44,4)	9	1,5	13 (1,3)
Pápula/Mácula	0 (0,0)	2 (100)	2	0,5	5 (45,5)	6 (54,4)	11	1,8	13 (1,3)
Estomatitis Protética	1 (12,5)	7 (87,5)	8	2,0	1 (25,0)	3 (75,0)	4	0,7	12 (1,2)
Litiasis	2 (66,7)	1 (33,3)	3	0,8	4 (66,7)	2 (33,3)	6	1,0	9 (0,9)
Eritema Multiforme	2 (66,7)	1 (33,3)	3	0,8	-	5 (100)	5	0,8	8 (0,8)
Exostosis	1 (50,0)	1 (50,0)	2	0,5	4 (66,7)	2 (33,3)	6	1,0	8 (0,8)
Sialometaplasia Necrotisantis	1 (50,0)	1 (50,0)	2	0,5	-	3 (100)	3	0,5	5 (0,5)
Osteonecrosis	1 (50,0)	1 (50,0)	2	0,5	-	2 (100)	2	0,3	4 (0,4)
Lengua velosa	-	1 (100)	1	0,3	2 (100)	-	2	0,3	3 (0,3)
Penfigóide	-	2 (100)	2	0,5	-	1 (100)	1	0,2	3 (0,3)
Síndrome de Sjogren	-	1 (100)	1	0,3	1 (50,0)	1 (50,0)	2	0,3	3 (0,3)



DISCUSIÓN: Como afirmamos en nuestra introducción, los estudios de prevalencia son de enorme importancia. Sin embargo, existen muy pocos con diseño y metodología correctas para compararlos con nuestros resultados. Solo uno otro autor, Rabiei y col, en Irán y en pacientes institucionalizados encuentre también la patología mas prevalente en nuestro grupo de pacientes (SBA) (16,7%). Ninguno de los otros estudios menciona patologías sin lesión clínica (por ejemplo SBA o NT). La metodología de estos trabajos es omisa en cuanto a la causa de esta ausencia, con excepción de los estudios de Espinoza y col (fotografías) y de Cueto y col (relatórios de biopsias). Referente al LPO (16,9%) hay también gran diferencia entre los estudios publicados. Rabiei, Taiwo y Cueto refieren apenas 1 caso de LPO (0,5%; 0,6% y 0,7% respectivamente); algunos autores dividen el LPO en reticular, con o sin displasia, lo integran con las UOR, etc... Por fin, en casi todos los estudios encontrados tenemos la misma falta de criterios diagnósticos y de clasificación, lo que es particularmente grave para lesiones potencialmente malignas como la leucoplasia, con estudios considerando enfermedades distintas la leucoplasia con displasia moderada o grave, la leucoplasia con displasia ligera y la leucoplasia sin displasia (tabla 2).

Tabla 2. Comparación dos resultados de nuestro estudio con la bibliografía internacional (solo patologías comunes a todos los estudios) Ancianos ≥ 65

Autor Data	País	N (% total) Método	Patología n (%)											
Portugal Clínica Dentária	Portugal	396 (3,9) Examen Clínico	SBA/NT	LPO	T. benignos/granulomas	Úlcera Traumática	Candidosis/ GRM/ Q. Ag	Queratosis friccional	Carcinoma	Leucoplasia	Estomatitis protética	Quiste de retención salivar	UOR	
			107 (27,0)	67 (16,9)	39 (9,8)	18 (4,5)	17 (4,3)	15 (3,8)	13 (3,3)	8 (2,0)	8 (2,0)	6 (1,5)	4 (1,0)	
8 Taiwo, J. 2009 Gerodontology	Nigeria Rastros en la pob.	155 (22,5) Examen Clínico	-	LPO (formas reticulares)	-	-	Queilitis Angular	-	-	Lesiones pré-malignas	Estomatitis Protética	-	Úlceras NA a protisis dentária	
			1 (0,6)	12 (7,7)	13 (8,4)	6 (3,9)	11 (7,1)	90 (58,1)						
4 Espinoza, I. 2003 J Oral Pathol Med	Chile Pob. Santiago	560 (63,0) Fotografías	-	LPO	Tumores benignos/granuloma	Úlcera Traumática	GRM/Q. Angular	Queratosis Friccional	-	Leucoplasia	Estomatitis Protética	Quiste de retención salivar	UOR	
			19 (3,4)	110 (19,6)	31 (5,5)	34 (6,1)	53 (9,5)	15 (2,7)	198 (35,4)	2 (0,4)	12 (2,1)	61 (10,9)		
7 Scott, J. 1989 Gerodontology	Liverpool Dental Hospital	800 (19,8) Biopsias	-	LPO displasia < moderada	Tumores benignos/granuloma	-	-	-	Malignas/ displasias ≥ moderada	Leuco s/ displasia/ Est. nicotínica	Hiperplasia protética	Quistes de los tejidos moles	-	
			67 (8,4)	260 (32,4)	-	-	154 (19,3)	86 (10,8)	97 (12,2)	11 (1,4)				
≥60 años			542 (5,4)	141 (26,0)	85 (15,7)	55 (10,1)	21 (3,9)	25 (4,6)	20 (3,7)	15 (2,8)	10 (1,8)	10 (1,8)	7 (1,3)	5 (0,9)
6 Saintrain, M. 2012 Gerodontology	Brasil Clínica Dentária	138 (18,3) Examen Clínico	-	LPO/ Pênfigo	Tumores de los tejidos moles	-	Candidosis/ Q. Angular	-	Carcinoma	Leucoplasia/ Q. Actínica	Lesiones pelo uso de protisis	-	Lesiones indeterminadas	
			4 (2,9)	10 (7,2)	28 (20,3)	2 (1,4)	4 (2,9)	55 (40,0)	21 (15,2)					
3 Dundar, N. 2007 Gerodontology	Turquia Dep. Oral Diagnosis	285 (40,7) Examen Clínico	-	LPO	Tumores Benignos	Úlcera Traumática	Candidosis/ Q. Angular	Queratosis Friccional	Carcinoma	Leucoplasia	Estomatitis Protética	Quiste de retención salivar	UOR	
			2 (0,7)	40 (5,7)	40 (14,0)	24 (8,4)	4 (1,4)	4 (1,4)	16 (5,6)	40 (5,7)	6 (2,1)	8 (2,8)	127 (44,6)	
2 Cueto, A. 2013 Gerodontology	Chile Clínica Dentária	140 (2,3) Biopsias	-	LPO	Fibroma	Úlcera Traumática	Candidosis/ Q. Angular	-	-	-	Estomatitis protética	-	UOR	
			1 (0,7)	21 (15,0)	30 (21,4)	10 (7,1)	-	-	52 (37,1)	1 (0,7)	12 (8,6)			

CONCLUSIÓN: En las bases de datos medicas más utilizadas no hemos encontrado ningún estudio clínico europeo sobre la prevalencia de lesiones orales en muestras significativas de poblaciones desde la tesis doctoral de Axell T. (1976). Son indispensables estudios en la población europea utilizando criterios diagnósticos correctos y clasificaciones reconocidas por consensos internacionales. Reafirmamos que sin estudios epidemiológicos no hay manera de generar hipótesis etiológicas y medir la frecuencia y / o patrones de la enfermedad a nivel de nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFIA: 1-Axell T. A prevalence study of oral mucosal lesions in an adult Swedish population. Odontol Revy Suppl. 1976; 36: 1-103 | 2-Cueto A, Martínez R, Niklander S, Deichler J, Barraza a, Esguep A. Prevalence of oral mucosal lesions in an elderly population in the city of Valparaiso, Chile. Gerodontology. 2013; 30: 201-206 | 3-Dundar N, Kal, BI. Oral mucosal conditions and risk factors among elderly in a Turkish school of dentistry. Gerodontology. 2007; 53: 165-172 | 4-Espinoza I, Rojas R, Aranda W, Gamonal J. Prevalence of oral mucosal lesions in elderly people in Santiago, Chile. J Oral Pathol Med. 2003; 32: 571-575 | 5-Rabiei M, Kasemnezhad E, Mousoudi rad H, Shakiba M, Pourkay H. Prevalence of oral and dental disorders in institutionalised elderly people in Rasht, Iran. Gerodontology. 2010; 27: 174-177 | 6-Saintrain MV, Holanda TG, Bezerra TM, Almeida P. Prevalence of soft tissue oral lesion in elderly and its relations with deleterious habits. Gerodontology. 2012; 29: 130-134 | 7-Scott J, Cheah SB. The prevalence of oral mucosal lesions in the elderly in a surgical biopsy population: a retrospective analysis of 4042 cases. Gerodontology. 1989; 3(8): 73-78 | 8-Taiwo JO, Bamidele K, Akinmoladun V. Oral mucosal lesions and temporomandibular joint impairment of elderly people in the South East Local Government Area of Ibadan. Gerodontology. 2009; 26: 219-224