

**Artículo científico.****Lesiones en mucosas producidas por prótesis dental removible en pacientes de la Clínica Odontológica Univalle, Cochabamba, 2016****Mucosal lesions produced by removable dental prosthesis in patients of the Univalle Dental Clinic, Cochabamba, 2016**

Tania Ugarte Antezana 1. Nayra Revollo Sandoval 2.

1. Odontóloga. Docente de la Cátedra de Prótesis Removible. Univalle Cochabamba.  
*taniaug@hotmail.com*
2. Odontóloga. Docente de la Cátedra de Prótesis Removible. Univalle Cochabamba.  
*nrevollos@univalle.edu*

**RESUMEN**

La pérdida dentaria parcial o total es motivo de preocupación según transcurre la vida de una persona, esta afecta el cotidiano vivir de quien lo padece, en lo estético, psicológico, físico y funcional. Se realizó un trabajo de investigación de tipo prospectivo, transversal y descriptivo con el objetivo de evaluar la prevalencia de lesiones bucales relacionadas con el uso de prótesis removible. La muestra estuvo constituida por 51 pacientes portadores de prótesis removible con edades que fluctuaron entre 38 a 92 años. 33 pacientes (65%) de sexo femenino y 18 pacientes (35%) de sexo masculino. Se confeccionaron historias clínicas prostodónticas de las que se recopilaban datos que fueron tabulados en el programa Excel v.15; las figuras fueron realizadas en el paquete estadístico SPSS v.18. Los resultados evidencian que las lesiones paraprostéticas con mayor prevalencia fueron la estomatitis subprotésica hallada en 25 pacientes (49%) y épulis fisurado o hiperplasia paraprostética en 14 pacientes (27,5%). Respecto a la estomatitis subprotésica, en el estudio realizado en la Clínica Odontológica Univalle Cochabamba, pacientes de sexo femenino fueron las más afectadas con 63,3% y pacientes de sexo masculino presentaron un 36,7%, esta mayor tendencia de daño para el sexo femenino puede deberse a los cambios hormonales experimentados por las mujeres, especialmente luego de la menopausia. La recomendación final debe enfocarse en educación sobre higiene oral y control periódico post instalación de la prótesis removible.

**Palabras clave:** Lesiones en mucosa oral. Prótesis removible.

**ABSTRACT**

Partial or total tooth loss is a cause of concern as a person's life goes on, this affects the daily life of those who suffer it, in the aesthetic, psychological, physical and functional. A prospective, longitudinal and descriptive investigation was carried out with the objective of evaluating the prevalence of oral lesions related to the use of removable prosthesis. The sample was constituted by 51 patients with removable prosthesis with ages that fluctuated between 38 to 92 years. 33 patients (65%) female and 18 (35%) male. Prosthodontic clinical histories were made, and data were collected from medical records that were tabulated in the Excel v.15; and the results and graphics with SPSS v.18. The results show that: the paraprothetic lesions with the highest prevalence were subprosthetic stomatitis found in 25 patients (49%) and with cleft epulis or paraprosthetic hyperplasia in 14 patients (27.5%).

Regarding subprosthetic stomatitis, in the study conducted at Univalle Dental Clinic, female patients were the most affected with 63.3%; while the masculine gender presented 36.7%. This greater tendency of damage for the feminine gender can be due to the hormonal changes experienced by the women, especially after the menopause. The final recommendation should focus on education on oral hygiene and periodic monitoring after installation of the dental prosthesis.

**Keywords:** Lesions in oral mucosa. Removable prosthesis.

## INTRODUCCIÓN

Las prótesis removibles constituyen una alternativa para la reposición de las piezas dentales ausentes, pero aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daño, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos bucales propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, pueden llevar a cambios importantes de las mucosas, de los rebordes alveolares y en especial la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas (1) (2). Varias investigaciones han demostrado que las prótesis incorrectamente confeccionadas, desajustadas, viejas o en mal estado, producen daños que contribuyen aún más al deficiente estado de la cavidad bucal y afectan en todos los aspectos la salud de las personas, en especial a los ancianos (3) (4). Por otro lado, existe relación entre el tiempo de uso de la prótesis, la higiene y su estado con el incremento de las lesiones de la mucosa oral (4).

En nuestro medio no se cuenta con datos estadísticos sobre el uso de prótesis, la relación entre las características individuales del edéntulo y las características de la prótesis, además del riesgo que tiene un individuo de tener lesiones bucales por un tiempo de uso prolongado, con prótesis desajustada o en mal estado. Investigar esta problemática es de gran importancia para establecer procedimientos adecuados en beneficio del adulto mayor portador de prótesis removible dental.

El edentulismo ocasiona problemas a nivel psicológico, estético, funcional y fonéticos, el mismo debe ser solucionado a corto plazo para evitar futuras complicaciones y las prótesis dentarias removibles son la opción más conservadora para la rehabilitación.

Confeccionada la prótesis removible, ésta debe ser correctamente instalada, tomando en cuenta que posterior a la instalación existirá una etapa de adaptación, en la cual pueden existir lesiones protésicas en los tejidos de soporte, por ello se plantea la siguiente pregunta de investigación: *¿Cuáles son las lesiones más frecuentes en mucosas asociadas al uso de prótesis removible?* Si bien es importante identificar las lesiones más frecuentes que pudieran presentar los pacientes portadores de prótesis, conocer la causa permitirá al profesional tomar las precauciones correspondientes en la rehabilitación de pacientes con prótesis removible, adoptando medidas preventivas e implementando estrategias que conduzcan a mejorar la salud oral.

Lazarde realizó una investigación en la Universidad Central de Venezuela durante los años 1987-1997 con el objetivo de conocer la frecuencia de lesiones subprotésicas. Se evaluaron 456 historias clínicas de los pacientes que presentaban estomatitis subprotésicas. El 91,88% fueron de sexo femenino y 8,11% masculino, con una edad promedio de 51,6 años. Los resultados de la toma de muestra para levaduras y cultivos resultaron negativos en 220 muestras (48,24%) y positivos en 236 muestras (51,76%), de los cuales 211 muestras (89,4%) fueron positivos para *Cándida albicans* (5).

Moreira realizó una investigación en Cuba el año 1989 con el propósito de conocer la frecuencia de aparición de la estomatitis subprotésica y determinar algunas variables causales derivadas de las costumbres y hábitos personales de utilizar las prótesis. El universo de estudio estuvo representado por todos los pacientes portadores de prótesis removible de 6 o más meses de uso que acudieron a 36 clínicas estomatológicas. Se examinaron 6302 personas, donde se registraron 2952 afectados (46,84%) de estomatitis subprotésica. El 60,4% correspondió al sexo femenino y el 39,6%, al masculino. La afectación mayor se observó en las personas cuya base protésica era de acrílico con el 48,45% (6).

Las lesiones bucales reactivas asociadas con el uso de prótesis pueden ser de dos tipos: agudas o crónicas. Las agudas se producen por prótesis nuevas y mal ajustadas que ejercen una presión excesiva sobre tejidos blandos, provocando isquemia, ulceración y dolor, observadas en la estomatitis subprotésica y las úlceras traumáticas. Las crónicas se deben a una alteración gradual del tejido de soporte, donde las prótesis removibles desajustadas se tornan inestables, produciendo leves roces sobre el tejido que conducirá a un proceso inflamatorio crónico, observadas en la hiperplasia paraprotésica y el síndrome de Kelly (7).

La estomatitis subprotésica es el término generalmente utilizado para describir los cambios de la mucosa de la bóveda palatina de los pacientes que utilizan prótesis dental mucosoportada, se caracteriza por una lesión eritematosa donde siempre está presente la inflamación, la causa de esta complicación es multifactorial; inicialmente fue considerada como alergia a los materiales de base de las prótesis, no obstante, entre otras causas están: la mala higiene de los aparatos y la infección microbiana debajo de los mismos; posteriormente, se consideraron los traumas asociados con las prótesis desajustadas (8).

La salud bucal debe ser vista como componente de la calidad de vida, especialmente en la población geriátrica, cada vez más numerosa. El uso de prótesis durante largos períodos de tiempo, sin que sean renovadas periódicamente, puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación, factores que juntamente con otros, pueden provocar el desarrollo de lesiones en los tejidos que están en contacto con el aparato protésico (9).

El paciente edéntulo a menudo es de edad avanzada media, presenta con frecuencia alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales o metabólicas, que pueden influir directamente o a través de su tratamiento farmacológico a la salud oral. También se ha indicado que la mucosa oral presenta modificaciones, en especial una reducción del espesor y un aumento de la permeabilidad correlacionada con la edad, pero no existen datos definitivos al respecto. Muchas patologías que afectan exclusivamente en forma prevalente a las mucosas orales como el liquen plano oral, pénfigo de las membranas mucosas o carcinoma escamoso, aumentan su incidencia precisamente en los rangos de edad entre 70 y 80 años, en los cuales los pacientes requieren rehabilitación protésica.

Sin embargo, la pérdida parcial o total de los dientes determina por sí misma modificaciones tanto de la salud general, como de la oral. El edentulismo favorece, por ejemplo, a la reducción de la dimensión vertical y del tono de la musculatura faríngea lo que induce a episodios de apnea nocturna, mientras que a nivel de la cavidad oral, el edentulismo puede determinar entre otros efectos una reducción de la sensibilidad y alteraciones de los ciclos masticatorios (10). Las prótesis removibles, como consecuencia directa, pueden provocar en las mucosas orales la aparición de alteraciones como: estomatitis protésica, queilitis angular, hiperplasias fibrosas, úlceras traumáticas y alergias por contacto (11).

La aparición de este tipo de alteraciones pone de manifiesto que la parte educativa juega un papel importante en la prevención de este tipo de alteraciones, la etapa de educación para la vida es muy importante. Este modelo asume que las condiciones de salud de la población están determinadas por su estilo de vida, por tanto se cree que las transformaciones que sucedan en la conciencia del hombre logrará transformaciones en las condiciones higiénicas y con ello las transformaciones de las condiciones de vida (11).

La reabsorción o atrofia de los maxilares se produce con la pérdida de los dientes de manera crónica, progresiva y persiste aun en el paciente portador de prótesis removible de forma fisiológica, por esto es importante el cambio de las prótesis cada 5 años, la falta de información provoca que la mayoría de los portadores las usen por periodos prolongados de 10 a 25 años o más, si a esto se suma que las utilizan 24 horas de forma continua sin permitir una buena higiene y descanso de los tejidos de soporte, esto favorece la aparición de lesiones inflamatorias, ulcerativas, hiperplásicas, por lo tanto personas que utilizan prótesis, deben concientizarse sobre la higiene y la visita al odontólogo periódicamente (11).

La estomatitis por prótesis es una inflamación crónica de la mucosa oral en contacto con la prótesis removible, el simple hecho de portar la prótesis ya es un factor predisponente para la patología. El contacto de la prótesis colocada en la boca y la mucosa en un ambiente cerrado, anaerobio, favorece el crecimiento de ***Cándida albicans***, la cual de ser un hongo comensal en la mucosa, pasa a ser un hongo patógeno de la misma (11).

Las prótesis removibles están formadas en gran porcentaje por resina de polimetilmetacrilato, sobre dicho sustrato la ***Cándida albicans*** es capaz de generar una matriz extracelular diferente a la que genera sobre otra superficie, esta forma de crecimiento se llama biofilm, el cual contiene menos proteínas e hidratos de carbono y más glucosa y galactosa. Estas diferencias explican por qué el biofilm presenta mayor resistencia a los tratamientos antifúngicos y productos como anfotericina B, nistatina, clorhexidina y fluconazol; los que no han sido capaces de eliminarla totalmente. Si además la superficie de la resina es rugosa y tiene una elevada porosidad, se favorece la acumulación de residuos y la aparición de la enfermedad. Las prótesis rebasadas con materiales blandos presentan el mismo problema y en mayor grado por la facilidad de deterioro de dichos materiales, la utilización de algunos agentes químicos para su limpieza a veces favorece el deterioro del material de rebase y no previene el crecimiento de ***Cándida albicans*** (12).

Hay casos en que existe la necesidad de sustituir la prótesis, el simple hecho de reemplazarla por una nueva ha sido suficiente para eliminar las lesiones presentes en algunos pacientes. Pires et al. demostraron que en seis meses el porcentaje de pacientes con estomatitis protésica bajó del 50,6% al 18,2% en un estudio sobre 77 pacientes en los que se sustituyó la prótesis (12).

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio de tipo prospectivo, transversal y descriptivo con el objetivo de evaluar la prevalencia de lesiones bucales relacionadas con el uso de prótesis removible. La muestra estuvo constituida por 51 pacientes portadores de prótesis removible con edades que fluctuaron entre 38 a 92 años, de los cuales 33 pacientes fueron de sexo femenino y 18 pacientes de sexo masculino. Se confeccionaron historias clínicas prostodónticas de las que se recopilaron datos que fueron tabulados en el programa Excel v.15; los resultados y figuras fueron realizados en el paquete estadístico SPSS v.18.

**Criterios de inclusión:**

- Pacientes portadores de prótesis removible que presentaron lesiones paraprotéticas debido al uso de dicha prótesis.

**Criterios de exclusión:**

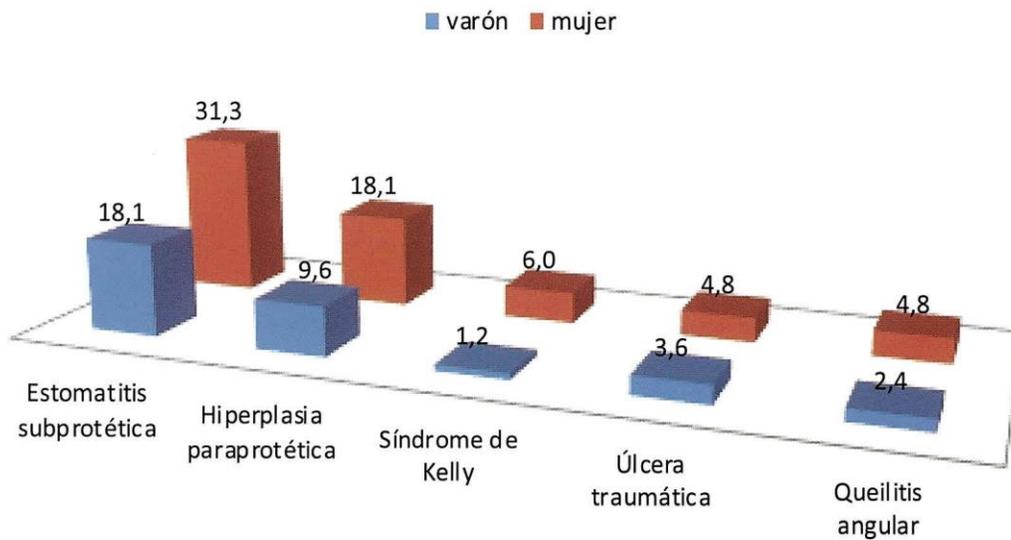
- Pacientes portadores de prótesis fija.
- Paciente sin lesiones paraprotéticas.

**Las variables del estudio fueron:**

- Sexo del paciente: masculino o femenino.
- Edad del paciente: 38 a 92 años.
- Tiempo de uso de la prótesis: expresado en años de uso.
- Ajuste de las prótesis: correcta o incorrectamente adaptada.
- Tipo de prótesis: según el material empleado de acrílico o de aleación de cromo – cobalto.
- Higienización de las prótesis: buena higiene o mala higiene.

**RESULTADOS**

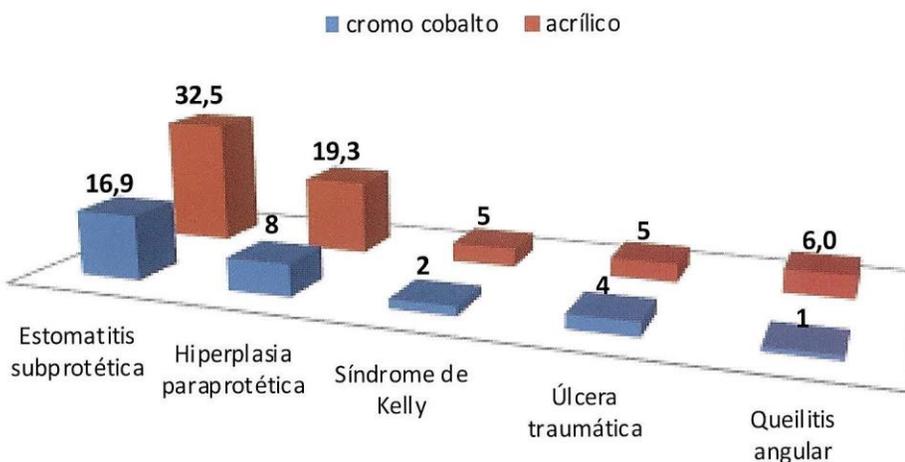
Figura N°1. Porcentaje de lesiones paraprotéticas según sexo



Fuente. Elaboración propia, marzo 2017.

En la figura N°1 se puede apreciar que el mayor porcentaje de las cinco lesiones bucales (Estomatitis subprotética, Hiperplasia paraprotética, Síndrome de Kelly, Úlcera traumática y Queilitis angular) corresponde al sexo femenino, probablemente debido a variaciones psicósomáticas durante y después del climaterio que tienen influencia en los cambios de la mucosa, sensible a todo tipo de agresión física, química y microbiana. La lesión más prevalente fue la estomatitis subprotética con 31,3% en mujeres y 18,1% en varones, la siguiente lesión por orden de frecuencia fue la hiperplasia paraprotética con 18,1% en mujeres y 9,6% en varones.

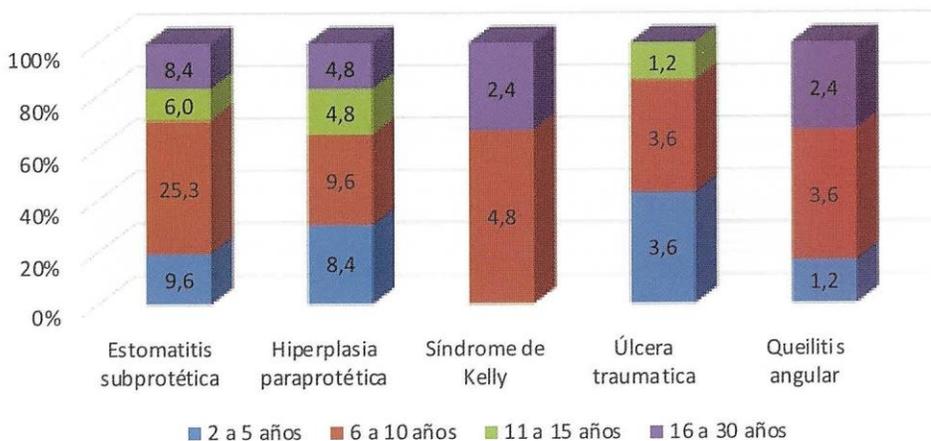
Figura N°2. Porcentaje de lesiones paraprotéticas según tipo de prótesis



Fuente. Elaboración propia, marzo 2017.

En la figura N°2 se aprecia que las cinco lesiones tomadas en cuenta en la investigación están presentes en mayor porcentaje en las prótesis confeccionadas en acrílico, mientras que en las de cromo cobalto están en un menor porcentaje, la lesión de mayor prevalencia es la estomatitis subprotética en 32,5% en prótesis confeccionadas en acrílico y 16,9% en cromo cobalto, esta diferencia es atribuible a la naturaleza orgánica y porosa del acrílico que produce mayor retención de placa bacteriana, promoviendo un medio ideal para la proliferación de *Cándida albicans*, la lesión que sigue en prevalencia es la hiperplasia paraprotética con 19,3% presente en prótesis de acrílico y 8% en prótesis de cromo cobalto, esta diferencia podría deberse a la sobre extensión de los flancos protésicos los cuales están confeccionados en acrílico.

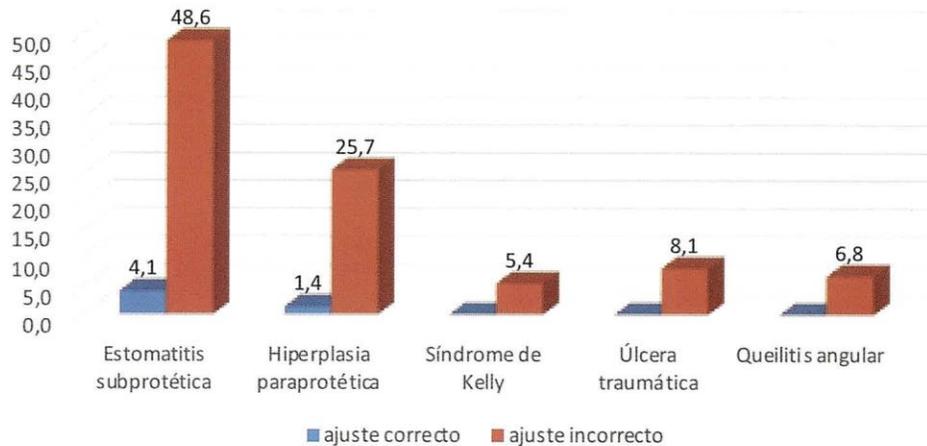
Figura N°3. Porcentaje de lesiones paraprotéticas según tiempo de uso de prótesis



Fuente. Elaboración propia, marzo 2017.

La figura N°3 indica que las lesiones crónicas (Estomatitis subprotética, Síndrome de Kelly, Hiperplasia paraprotética y Queilitis angular) se presentan en mayor porcentaje a partir del sexto año de uso de las prótesis dentales en cambio la Úlcera traumática considerada lesión aguda presenta el mismo porcentaje de afección tanto de 2 a 5 años de uso como de 6 a 10 años puesto que el proceso de reabsorción del reborde alveolar es crónico y fisiológico ocasionando desadaptación progresiva de la prótesis dental, esto explica por qué está indicada la renovación de las prótesis cada 5 años.

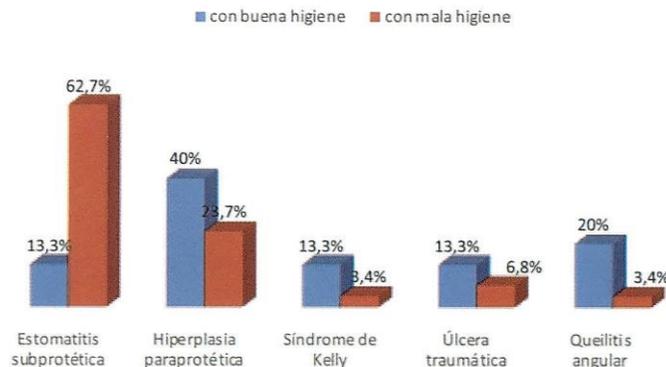
Figura N°4. Porcentaje de lesiones paraprotéticas según el tipo de ajuste protésico



Fuente. Elaboración propia, marzo 2017.

La figura N°4 muestra una relación directa del ajuste incorrecto de las prótesis con la prevalencia de las cinco lesiones paraprotéticas mencionadas, siendo la estomatitis subprotética y la hiperplasia paraprotética las de mayor prevalencia con 48,6% y 25,7% respectivamente, en cambio con un ajuste correcto de las prótesis se observó estomatitis subprotésica en 4,1% lo que puede deberse a mala higiene bucal, también se observó hiperplasia paraprotética en 1,4% lo que puede atribuirse a extensión inadecuada de los flancos protésicos.

Figura N°5. Porcentaje de lesiones paraprotéticas según el tipo de higiene protésica



Fuente. Elaboración propia, marzo 2017.

La figura N° 5 muestra que existe una relación directa entre la mala higiene con la aparición de estomatitis subprotésica; en cambio, las demás lesiones estudiadas están relacionadas con otros factores etiológicos además de la higiene bucal deficiente como prótesis mal adaptadas, pérdida de dimensión vertical entre otros.

## DISCUSIÓN

En el estudio realizado en la Clínica Odontológica Univalle Cochabamba, la estomatitis subprotésica fue la lesión paraprotésica más frecuente, resultado que coincide con Saap et al. 2008 (7), Lazarte y col. 2001 (10) y Moreira y cols. 1989 (6), generalmente esta lesión está asociada a la mala higiene bucal del paciente que propicia el medio adecuado para el desarrollo de *Cándida albicans*. Lazarte 2001 (5), indica que la infección producida por *Cándida albicans*, es una de las principales causas de estomatitis subprotésica.

Respecto al sexo, en esta investigación se puede apreciar que pacientes de sexo femenino fueron las más afectadas con las cinco lesiones estudiadas, en un 65,1% mientras que pacientes de sexo masculino presentaron un 34,9%, resultados similares obtuvieron Moreira y cols. 1989 (6), que reportaron un 60,4% para pacientes de sexo femenino y un 39,6% para pacientes de sexo masculino, asimismo Lazarte 2001 (5) reportó también una mayor afección del sexo femenino, pero en mayor porcentaje 91,8% y 8,1% para el sexo masculino, esta mayor tendencia de daño en el sexo femenino, puede explicarse por las características de la mujer de la tercera edad, que tiene con mayor frecuencia fragilidad capilar, cambios psicossomáticos durante y después del climaterio, mismos que tienen influencia en los cambios de la mucosa, sensible a todo tipo de agresión, física, química y microbiana. En el estudio realizado en la Clínica Odontológica Univalle Cochabamba, respecto al material empleado para la fabricación de la prótesis, las confeccionadas en acrílico ocasionaron un mayor número de lesiones que las de cromo cobalto, la estomatitis subprotésica fue la lesión más frecuente, se encontró un 32,5% en pacientes portadores de prótesis confeccionadas en acrílico y 16,9% por prótesis de cromo-cobalto, datos que coinciden con estudios de Lazarte y col. 2001 (10), de igual manera con Moreira y cols. 1989 (6), lo cual podría deberse a que la estructura del acrílico es orgánica, provoca sorción acuosa, mal olor, pigmentaciones y lesiones en la mucosa de contacto cuando la prótesis no es higienizada con la frecuencia que corresponde.

## CONCLUSIÓN

Las lesiones paraprotésicas con mayor prevalencia fueron la estomatitis subprotésica hallada en 25 pacientes (49%) y épulis fisurado o hiperplasia paraprotésica en 14 pacientes (27,5%), según el género pacientes de sexo femenino presentaron una prevalencia mayor en todas las lesiones descritas. Los resultados obtenidos, orientan a la prevención y la educación sobre los factores que contribuyen a la aparición de lesiones.

## RECOMENDACIONES

Es necesario informar a los pacientes sobre las visitas periódicas de control para detectar a tiempo cualquier lesión paraprotésica y hacer énfasis en la necesidad del recambio de las prótesis cada 4, 5 o 6 años, aun sintiéndose cómodo el paciente. La recomendación final debe enfocarse en educación sobre higiene oral y control periódico post instalación de la prótesis dental.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- (1) DÍAZ GUZMÁN, Laura María y GAY ZARATE, Oscar. Series en medicina bucal X. Odontología de calidad para los pacientes ancianos Revista Asociación Dental Mexicana (ADM) 2005.LXII:36-39. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2005/od051g.pdf>
- (2) BERNAL BALAEZ, AE. Estudio cariométrico de la mucosa bucal en un modelo de carcinogénesis química. Rev., Federación Odontológica Colombiana. 1998; 55(192):25.
- (3) MARINO R. La salud bucodental en los ancianos: Realidades, mitos y posibilidades. Bol Of Sanit Panameric. 2001; 16:410-26
- (4) CARREIRA PILOTO, V; ALMAGRO URRUTIA, ZE. La estomatitis subprótesis en pacientes desdentados totales. Rev. Cubana Estomatológica. 2000; 37(3):133-9
- (5) LAZARDE, Janet, Estomatitis subprotésica. Acta Odontológica Venezolana VOLUMEN 39 N° 3 / 2001. Disponible en: [http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/3/estomatitis\\_subprotesica.asp](http://www.actaodontologica.com/ediciones/2001/3/estomatitis_subprotesica.asp) (abril 2017)
- (6) MOREIRADIAZ, Evelio; BERNAL BALÁEZ, Ángel; URBIZOVÉLEZ, Joaquín; MOLINA LESA, Joaquín. Estomatitis subprótesis: estudio epidemiológico en 6.302 pacientes portadores de prótesis dentales removibles / Subprosthetic stomatitis: epidemiologic study in 6.302 patients carriers of removable dental prosthesis. Revista cubana de estomatología; 26(1/2):71-80, ene.-jun. 1989 Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=78415&indexSearch=ID>
- (7) SAAP, J. Philip; EVERSOLE, Lewis R.; WY SOCKI, George. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Lesiones físicas y químicas. 2da edición. Editorial Elsevier, Madrid - 2008.
- (8) BERNAL BALÁEZ A. Estomatitis subprótesis. Parada de reflexión. Rev Fed Odontol Colombia 1998; 21:9.5. Saizar P. Prótesis a placa. La Habana: Instituto del Libro; 1970.p. 761-3.
- (9) SOTOMAYOR TAMAYO, J. Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadores de prótesis totales. Odontología Sanmarquina 2002;1(10):17-22
- (10) LAZARTE J, PACHECO A. Identificación de especies de Cándida en un grupo de pacientes con candidiasis atrófica crónica. Acta Odontológica Venezolana 2001; 39(1):13-8
- (11) AIZAR, P. Prostodoncia total. Patología paraprotética. Buenos aires: mundi;1982.pp110-4
- (12) TEÓFILO, JM. Patología oral-resumen didáctico das lesões reaccionáís de interesse odontológico. JOFA. 2003;3(1)

Derechos de Autor © 2018 Tania Ugarte Antezana; Nayra Revollo Sandoval.



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir –copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato –y Adaptar el documento –remezclar, transformar y crear a partir del material –para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución — Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.