

Presencia de Estomatitis por el uso de Prótesis Totales y Removibles¹

Zoila Elizabeth Echegoyén,²
Carmela Donis de Cea³



Resumen

La estomatitis subprótesis es una alteración poco conocida con ese nombre y debe separarse del término Hiperplasia Papilar Inflamatoria para designar los cambios patológicos de la mucosa bucal en el área de soporte de la dentadura completa o removible. El propósito de este estudio era establecer la presencia de la estomatitis subprótesis, además de relacionar este hallazgo con el sexo de los pacientes y su etapa de evolución de acuerdo a la clasificación de Newton. Así mismo se relacionó su aparición con la higiene bucal de los pacientes, así como el consumo de alcohol, tabaco y comidas irritantes. Los resultados del estudio evidenciaron que, de 36 pacientes portadores de prótesis totales o removibles examinados, de los cuales 33 presentaron estomatitis. Las edades de estos pacientes

oscilaron entre los 50 y 70 años siendo el sexo femenino el más afectado. 30 prótesis se encontraron en estado no aceptable y muchos de ellos las usaban durante la noche. La mayoría de lesiones se ubicaron en la parte anterior, media y posterior de la boca. Es interesante el hecho de que no representa un motivo de consulta odontológica entre los adultos mayores, más sin embargo es una de las causas que delatan el mal estado de las prótesis que portan estos pacientes al momento del examen, y constituye una de las barreras para la rehabilitación protésica inmediata.

Palabras Claves: estomatitis sub prótesis, prótesis totales, prótesis removibles.

¹ Estudio realizado en la etapa inicial del programa "Formación de Investigadores", desarrollado por la Dirección de Investigación UEES, 2004 - 2005.

² Dra. en Cirugía Dental, Docente titular del Área de Medicina y Cirugía, Responsable de Diagnóstico Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Evangélica de El Salvador. E-mail: cholye2002@yahoo.com.

³ Dra. en Cirugía Dental, Especialista en Prótesis Dental por la Universidad Federal de Río de Janeiro; Profesor Titular y Directora del Departamento de Restaurativa de la Facultad de Odontología de la Universidad Evangélica de El Salvador. E-mail: carmela.donis@uees.edu.sv; donisc64@yahoo.com.

Introducción

La pérdida dental se debe principalmente a caries y/o trastornos de las encías, lo que conlleva a una disminución de las funciones bucales, tales como la masticación y el habla; si esto sucede, independientemente de la edad del paciente, se verán obligados al utilizar algún tipo de prótesis (puentes o placas). Esto exige una higiene bucal más cuidadosa, al igual que la prótesis después de cada comida, a falta de ello; puede llevar a irritaciones e infecciones de la mucosa bucal.

Es necesario tener presente que la prótesis puede perder su adaptación por desgaste de los tejidos de la boca o la mandíbula, por ello la evaluación periódica de ésta es indispensable.

El uso de prótesis en adultos mayores sin dientes, tiene grandes ventajas para mejorar alteraciones, en su vida social (mal apariencia y mala pronunciación). Vila y Barrios en el 2005, reafirma que la persona al no poder masticar también se limita en la alimentación.

La proporción de adultos mayores en países desarrollados es cada vez mayor, los países latinoamericanos no están exentos de esta situación, tal como lo menciona Marín Zuluaga (2003). Para atender a la población de adultos mayores se han creado también sub-especialidades en las ramas de la medicina y odontología que focalizan la atención en este grupo etareo para cuidar más de cerca las necesidades que surgen en esta edad. Tal es el caso de la Gerodontología, área que recientemente ha engrosado los *pensum* de muchas facultades de Odontología de Europa y América del Sur.

Sabiendo que la atención a los adultos mayores ocupa ya, buena parte de los programas de salud, no se quiere dejar de lado a los tratamientos protésicos que recibe este grupo, considerando que dicho tratamiento no debería terminar con la entrega de la prótesis, si no por el contrario, debería ser el inicio de un programa de mantenimiento y prevención de enfermedades de la cavidad bucal.

El éxito de un tratamiento protésico debe ser fundamentado en un buen examen, diagnóstico y plan de tratamiento de cada caso en particular. Lamentablemente, muchos odontólogos parten de condiciones no ideales para la ejecución de dichos tratamientos, pasando por alto patologías que en muchas circunstancias no son identificadas y mucho menos tratadas; tal es el caso de la Estomatitis Subprótesis, que no sólo es desconocida con esa terminología, sino ignorada en cuanto a su evolución y tratamientos actuales. Pardi, en 2003, ha resumido en el término "Estomatitis Subprótesis" los cambios patológicos de la mucosa bucal en el área de soporte de la dentadura. Su principal característica es la presencia de un eritema difuso de estos tejidos y su localización principalmente es en el maxilar superior.

Para Lazarde, (2001), en un estudio realizado durante 11 años en la Universidad Central de Venezuela, quedó establecida la diferencia entre esta situación clínica y la hiperplasia papilar inflamatoria, conservando esta última definición para los cuadros en los que hay verdaderas excrecencias de tejido en contacto con la superficie protésica.

El primero en describir el término "Estomatitis Subprótesis" con una denominación particular fue Cahn en 1936, quien la llamó "Denture sore mouth" lo que puede ser traducido al castellano como "llaga" o "herida". En ese mismo año, Prior describió la lesión como "Chronic Denture Palatitis" incluyendo en el nombre la condición crónica y su ubicación en el paladar.

En 1956, Fisher la llama como "Stomatitis Venerata", que en latín de la edad media significa estomatitis venenosa o embrujada. En 1963, Cawson la denomina "Denture Stomatitis", siendo el término más aceptado en la lengua inglesa.

Debido a la amplitud del castellano, se ha encontrado frecuentemente el término "Estomatitis Subprótesis" como el más moderno y el que recoge con mayor fidelidad la esencia de esta patología, ya que antes había sido descrita como "Hiperplasia Papilar Inflamatoria" por Sciuba y Shafer, los autores clásicos de los tratados de Patología Bucal.

Fisiopatología

Para Bernal Beláez, investigador cubano que estudia esta entidad desde los años 80, la mayoría de estomatólogos coinciden en que la etiopatogenia de la estomatitis subprótesis es multifactorial incluyendo:

1. El trauma protético ocasionado por el desajuste del aparato y los malos hábitos de utilización;
2. Higiene de la prótesis donde se involucran elementos microbiológicos debido a la placa bacteriana subprotésica que conforma un especial ecosistema con características muy particulares en su pH, en el que influyen la dieta, características salivares, etc;
3. Posibles reacciones alérgicas e irritación causada por los materiales que componen la prótesis (resinas o aleaciones metálicas).
4. Infección candidiásica;
5. Enfermedades sistémicas predisponentes.

El mecanismo con el que se inicia la condición incluye un fenómeno irritativo crónico y una infección asociada. Sus estadios clínicos han sido descritos por varios autores, pero se acepta generalmente la *Clasificación de Newton*, quien en

1962 establece 3 categorías en el desarrollo de esta dolencia:

Grado I: Signos inflamatorios mínimos, generalmente asintomáticos, pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas en forma de pequeños puntos eritematosos; lesión mínimamente visibles.

Grado II: Lesión francamente inflamatoria. Puede observarse el dibujo de los contornos de la prótesis, la superficie mucosa es de color rojo brillante, aparecen áreas eritematosas difusas que pueden cubrirse total o parcialmente por un exudado blanco-grisáceo. Generalmente el paciente expresa alguna sensación subjetiva.

Grado III: Lesión constituida por una mucosa gruesa, con gránulos irregulares que, a veces, toman aspectos papilar con las alteraciones máximas en la parte central de la mucosa palatina. La magnitud de los signos inflamatorios es variable y generalmente sobre estos predominan los fenómenos proliferativos.

En esta investigación, se evidenció la presencia de esta alteración relacionándola con otros factores asociados a su ocurrencia, así también informar de los cambios en la denominación, clasificación y terapéutica de esta entidad clínica.

Metodología

El instrumento de investigación empleado para examinar a los 36 pacientes fue una ficha de observación que contempla aspectos relacionados con el estado de las lesiones al momento del examen.

La técnica empleada en la recopilación de la información fue la entrevista, con los pacientes portadores de prótesis completas o removibles y el examen clínico para determinar el estado o condición de los aspectos de la encía y prótesis en cada paciente.

Cuadro 1. Edad y sexo de los pacientes examinados

Edad de los pacientes	sexo del paciente		Total
	femenino	masculino	
30-50 años	3		3
50-70 años	23	4	27
70 a más años	5	1	6
Total	31	5	36

En el cuadro 1, se presenta el número de pacientes evaluados en este estudio según la edad y el sexo. Se examinaron 36 pacientes, 31 de estos pertenecen al sexo femenino y 5 al sexo masculino. La edad que predomina está ubicada en el rango de los 50 a los 70 años.

Discusión de Resultados

Cuadro 2. Tipo de prótesis del paciente y tiempo de uso

Tipo de prótesis del paciente	tiempo de usar la prótesis		Total
	menos de 2 años	más de 2 años	
Parcial		7	7
Total	1	28	29
Total	1	35	36

En el cuadro 2, se muestra el tipo de prótesis que usaban los pacientes examinados respecto al tiempo de uso de la misma, en donde se observó que la mayor parte de los pacientes portaban prótesis totales con más de dos años de uso y la mayoría de ellos manifestaron tener más de 20 años de usarlas.

Cuadro 3. Estado en que se encuentra la prótesis del paciente y uso nocturno de la misma

Estado de la prótesis	uso nocturno		Total
	si	no	
aceptable	2	4	6
no aceptable	20	10	30
Total	22	14	36

En el cuadro 3, se presenta el estado o condición de la prótesis al momento de la evaluación, respecto al uso nocturno de la misma, encontrándose que de los 36 pacientes evaluados la mayoría de ellos poseen prótesis en condiciones no aceptables y que además la utilizan por las noches.

En cuanto a la higiene de las prótesis la mayoría de los pacientes manifestaron limpiarla, usando cepillo dental y dentífrico. Sin embargo, algunos otros manifiestan usar cepillo dental con detergente.

Cuadro 4. Estado en que se encuentra la prótesis del paciente y clasificación de la lesión según Newton

Estado de la prótesis	Clasificación de la lesión según Newton				Total
	grado 1	grado 2	grado 3	Sin lesión	
aceptable	2	2	-	2	6
no aceptable	11	17	1	1	30
Total	13	19	1	3	36

El cuadro 4, describe el estado en que se encuentra la prótesis del paciente relacionado la clasificación de la lesión según Newton, observándose que la mayoría de los pacientes con las prótesis en condiciones no aceptables, presentaron alguna lesión de estomatitis, la mayoría de ellos poseían lesiones que corresponden al Grado II de la clasificación de Newton, seguidas de las lesiones Grado I, por lo que, estos hallazgos de estomatitis subprótesis coinciden con los reportados por Winkler en cuanto a la asociación de dicha entidad clínica y el mal estado de las dentaduras.

Cuadro 5. Ubicación de la lesión en la boca del paciente relacionado con la presencia de dolor

Ubicación de la lesión	Presencia de dolor		Total
	si	no	
anterior	2	4	6
media		2	2
posterior		3	3
anterior y media	1		1
media y posterior		5	5
anterior, media y posterior	1	15	16
no se observa lesión		3	3
Total	4	32	36

El cuadro 5 presenta la ubicación de la lesión relacionado con la presencia o ausencia de dolor, encontrándose que con mas frecuencia la lesión se ubica en la región anterior, media y posterior del paladar. La mayoría de los pacientes no refirieron dolor, concordando así con la mayoría de los datos reportados en la literatura.

Conclusiones

Los resultados del estudio evidenciaron la presencia de estomatitis en la mayoría de los pacientes evaluados portadores de prótesis parciales o removibles.

La mayoría de las prótesis evaluadas fueron prótesis totales, encontrándose en un estado no aceptable. La mayor parte de los pacientes refirieron tener más de dos años de usar la prótesis y manifestaron limpiar sus prótesis diariamente.

También se determinó que del total de las lesiones observadas, la estomatitis subprótesis Grado II, de la clasificación de Newton, es la que se encontró en el mayor número de pacientes. La ubicación mas frecuente de la estomatitis subprótesis fue localizada en la región anterior, media y posterior del paladar.

La mayoría de los pacientes presentaba estomatitis subprótesis pero no refirió sintomatología dolorosa y lo curioso es que ninguno de los pacientes examinados tenía como motivo de consulta la lesión que presentaba.

Recomendaciones

Se recomienda a las facultades de Odontología del país la revisión de contenidos en las materias de Patología Bucal, Diagnóstico Bucal y Prótesis Completa y Removible para incluir a ésta como una patología mundialmente reconocida y aceptada en la terminología odontológica. Al gremio odontológico en general para que actualicen sus conocimientos acerca de esta

patología y su incidencia en la población geriátrica que actualmente aumenta a un ritmo acelerado según los estudios de organismos internacionales como la OPS y necesita nuevas alternativas de tratamiento en las condiciones de salud bucal que presenta.

Orientar a los pacientes en la necesidad de acudir a la consulta odontológica para garantizar el estado de salud bucal que solo puede obtenerse con controles periódicos, como prevención de cualquier enfermedad.

A los estudiantes de Odontología del país para que profundicen en el Protocolo de Identificación y tratamiento de las lesiones de Estomatitis Subprótesis, pues esta investigación sería el punto de partida para nuevos avances sobre el tema.

Fuentes de Información Consultadas

1. Bernal Beláez, A. E. Parada de Reflexión "La Estomatitis Subprótesis". http://www.encolombia.com/prosto_subpro6.htm.
2. Cahn L. R. 1936 The denture sore mouth. *Annals of Dent* 3: 33.5
3. Cardozo de Pardi, E. I.; Pardi G. 2002 "Mecanismos de Defensa del Hospederoen Estomatitis Subprotésica Inducida por Candida." *Acta Odontológica Venezolana* v40 n3 Caracas, SIN 0001-6365 Versión Impresa.
4. Carreira Piloto, V. ; Almagro Urrutia, Z. 2000 "Efectividad del Oleozon en el tratamiento de la Estomatitis Subprótesis". *Revista Cubana de* 37(3): 140-5; *Estomatología*
5. Fisher, A.A. ; 1956. #Allergy sensitization of the skin and oral mucosa to acrylic resin denture materials. *J. Prosthetic Dentistry* 6: 593
6. Lazard, J. ; 2001. "La estomatitis subprótesis" *Acta Odontológica Venezolana Vol 39, 3 2001*
7. Marín Zuluaga, Dairo Javier, *Influencia de la boca en la calidad de vida de los ancianos. 2003.* http://www.terapianeural.com/Colombia_2003/Dairo.htm. Consultado en línea 14 de Junio de 2006.
8. Newton, A. V. ; 1962 "Denture sore mouth, a possible a etiology" *Br. Dent J.* 112:357
9. Pryor W.J. ; 1936 "Antiseptics for use in the mouth of denture patients". *Appolonia.* 1: 147
10. Regezi J. A. , Sciubba J. (1995). "Patología Bucal". 2a Edición . Editorial Interamericana. Cap. 6 pp 163-64.
11. Schafer, W. G. ; Levy, B.M. 1988; "Tratado de Patología Bucal". Nueva Editorial Interamericana 4ª. Ed. México D.F. pp 571-4
12. Vila, Vilma G. - Barrios, Carolina E. *Estado gingival y evaluación de la higiene bucal en adultos mayores con relación al uso de prótesis dental. 2005.* <http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-120.pdf>. Consultado en línea 14 de Junio de 2006.
13. Winkler, Sheldon, 2000. "Prostodoncia Total" Editorial Limusa, México Cap. 5 pp 100-1