

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA CIRUJANO DENTISTA

TÍTULO DE LA TESIS: ALTERACIONES OCASIONADAS POR LAS  
IATROGENIAS EN PRÓTESIS TOTAL

NOMBRE DE LOS PASANTES

POSADAS CASTAÑEDA AYDE NOEMI  
VELÁZQUEZ GARCÍA ISSAC

NOMBRE DEL DIRECTOR

GERMAN VALLÍN LUGO

FIRMA DEL DIRECTOR

FECHA

26 – Abril – 2005



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESCUDO UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
ZARAGOZA

ALTERACIONES OCASIONADAS POR LAS IATROGENIAS EN PRÓTESIS  
TOTAL.

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:

AYDE NOEMI POSADAS CASTAÑEDA

ISSAC VELÁZQUEZ GARCÍA

DIRECTOR DE TESIS: C. D. GERMÁN VALLÍN LUGO

ESCUDO  
FES

MEXICO, D. F.

FEBRERO 2006

Posadas Castañeda Ayde Noemi  
Velásquez García Issac

## ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
MARCO TEÓRICO.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	36
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
METODOLÓGIA.....	38
RECURSOS.....	39
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	40
RESULTADOS.....	41
TERMINOS MEDICOS USADOS.....	45

CONCLUSIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	56

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento más usado en la pérdida total de dientes es la protodoncia la cual permite que los pacientes que presentan este problema obtengan un reemplazo de la dentadura natural perdida.

Los objetivos básicos de la protodoncia en dentaduras completas tienen la finalidad de recuperar la función, mejorar el aspecto facial y conservar la salud del paciente.

La masticación con una dentadura completa permite al paciente desdentado obtener una alimentación adecuada, sin embargo, la sustitución de la dentadura natural, indica un decremento en la función masticatoria.

También es importante y necesario instruir al paciente sobre la importancia de las revisiones orales periódicas y el tratamiento subsecuente cuando sea necesario debido a los cambios en los tejidos de sostén.

El efecto psicológico y emocional al mejorar la apariencia física ofrece una nueva perspectiva en la vida de muchos pacientes.

Empero, el uso de las prótesis totales por años, conllevan a alteraciones como lesiones causadas en la mucosa oral y de revestimiento.

En este sentido, la causa principal de estas lesiones son las iatrogenias.

El presente trabajo tiene como objetivo, describir las alteraciones más comunes por el uso de prótesis totales.

Indicar las consecuencias del uso de las prótesis totales se brindará la posibilidad de que los especialistas realicen las indicaciones básicas en el tratamiento.

Así mismo, es importante incidir en las investigaciones bibliográficas en donde se especifique sobre las lesiones iatrogénicas que prevalecen en el uso de las dentaduras completas.

Se mencionara en forma detallada los antecedentes bibliográficos sobre el tema de estudio considerando las alteraciones provocadas por el uso de prótesis totales mal elaboradas o desajustadas como son:

- Traumáticas
- Alérgicas
- Infecciosas

De esta manera se pretende fomentar o profundizar en el estudio de las alteraciones que conllevan a las iatrogenias. Así mismo, proporcionar los elementos teóricos –bibliográficos a otros profesionales para ayudar en la atención de pacientes con pérdida total de dientes.

## JUSTIFICACIÓN.

El término salud como concepto y meta de acción es impreciso, en el hombre no es posible establecer estados fijos o situaciones estáticas puesto que es un ser dinámico, social, biológico y psicológicamente hablando. Esta situación dinámica es la que hace necesario conceptualizar la salud-enfermedad como un proceso que se caracteriza por ser dinámico, complejo y dialéctico.<sup>1</sup>

El proceso salud-enfermedad en su componente estomatológico que se manifiesta con mayor frecuencia durante la vida del individuo son: la caries y las periodontopatías. Ambas son de alta prevalencia y severidad, éstas no deben visualizarse sólo como un problema de los tejidos duros y blandos, sino como parte de un todo individual y colectivo.<sup>2</sup>

La práctica de la odontología debe encuadrarse dentro del concepto de "salud total"; para que ésta sea posible la interrelación medicina-odontología es primordial y es por ello que en la cavidad bucal y en todos sus componentes no pueden considerarse compartimentos independientes del resto del organismo, sino como un solo ser.<sup>29</sup>

La odontología busca mantener un equilibrio funcional y estético a nivel estomatológico, la prótesis es uno de los medios que la odontología utiliza para lograr este fin.

La prótesis nos ofrece un campo muy amplio de recursos que llevan como principal objetivo, la restauración de la función perdida por la falta de órganos dentarios.

El proceso de envejecimiento produce en los tejidos una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos que son particularmente evidentes en la piel, la cual se observa más delgada, suave y seca, lo que origina mayor vulnerabilidad a los agentes traumáticos, alérgicos e infecciosos.

Esta serie de modificaciones es, al menos parcialmente, la causante de la sensación de ardor, pérdida del gusto y problemas de adaptación a las dentaduras completas que refieren con cierta frecuencia los pacientes de edad avanzada.

A partir de la sexta década de la vida se incrementa notablemente la incidencia de padecimientos neoplásicos y otros trastornos que afectan considerablemente las funciones de la cavidad bucal, por lo que resulta importante conocer la prevalencia de entidades patológicas y no patológicas en la mucosa oral del anciano.

Nosotros como profesionales debemos vigilar periódicamente el espacio intermaxilar, las relaciones de oclusión y las más importante estabilidad y adaptación de las bases de las dentaduras. Sin esta revisión periódica, las dentaduras pueden pasar a ser un elemento patógeno.

Algunos de los problemas inmediatos que se presentan al utilizar las prótesis totales son: puntos de irritación en zonas de presión excesiva, úlceras si la presión es constante y durante mucho tiempo, o bien por lo que lastima, el paciente tiende a desalojarla o dejar de usarla.

Si no se hace la corrección adecuada se puede desarrollar un épulis fisurado o un fibroma o una hiperplasia de tejido móvil con reabsorción de hueso, este último asociado a problemas de oclusión.

Por todo lo anterior, el odontólogo debe tener los conocimientos etiopatogénicos, clínicos necesarios para dar un diagnóstico correcto indicándole éste un pronóstico y tratamiento adecuado. Sin olvidar lo importante que es la prevención en estas enfermedades.

Posadas Castañeda Ayde Noemi  
Velázquez García Issac

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las alteraciones ocasionadas por iatrogenias en prótesis total?

## MARCO TEORICO.

Se mencionará en forma detallada las patologías provocadas por el uso de prótesis totales mal elaboradas o desajustadas como son:

### TRAUMÁTICAS

- ◆ Úlcera traumática
- ◆ Hiperplasia fibrosa
- ◆ Épulis fisurado
- ◆ Fibroma
- ◆ Hiperplasia papilar
- ◆ Queratosis friccional
- ◆ Leucoplasia

### ALÉRGICAS

- ◆ Estomatitis por contacto.

### INFECCIOSAS

- ◆ Candidiasis atrófica crónica.
- ◆ Queilitis angular.

Es necesario mencionar ciertos postulados protésicos como son:

- ◆ Una adecuada adaptación de las prótesis para evitar por una parte presiones que se traducen en inflamación de la mucosa y en reabsorción ósea y por otra para obtener una prótesis con buenas condiciones de soporte, retención estabilidad que disminuya fuerza desfavorables sobre del terreno de soporte.

Se requiere para esto un examen clínico radiológico con criterio protésico, contemplar la posible utilización de acondicionadores de tejidos y llevar a cabo la técnica adecuada en cada paciente.

- ◆ Una máxima extensión de la superficie basal de la prótesis para disminuir la carga por unidad de superficie y acrecentar la retención por mayor superficie de adhesión.

Se requiere un examen clínico con criterio protésico, conocer bien los límites periféricos, saber donde y como es posible obtener una máxima extensión de la superficie cubierta que sea compatible con la armonía funcional, emplear materiales adecuados para las impresiones y los modelos.

- ◆ Correcto modelo de las superficies pulidas para hacer posible el funcionamiento normal de los tejidos y órganos para- protésicos y colaborar con la estabilidad de las prótesis evitando fuerzas desfavorables a los tejidos de soporte.

Higiene bucal rigurosa en todo, paciente que requiere prótesis es indispensable crear conciencia de la higiene, en el caso de los desdentados se requiere higiene y cuidado de sus prótesis y también de sus tejidos orales, mucosa, rebordes y lengua para evitar que la mala higiene dañe los tejidos de soporte creando lesiones o desarrollo de patologías por formación de colonias bacterianas a través del desarrollo de placa adherida a las superficies internas de las prótesis.

El tipo de alimentación también puede dañar los tejidos al presionarlos por ejemplo una fritura o tostada al clavarse en mucosa, o bien morusas duras debajo de la base de la prótesis en continuo roce con la mucosa lesionarán por irritación a la mucosa.<sup>6</sup>

Existen diferentes patologías en mucosa bucal en relación al uso de prótesis total desajustada. Estas enfermedades son producidas generalmente por el traumatismo de las prótesis, que actúa sobre los tejidos blandos lacerándolos o bien si la mucosa es fibrosa la lesión será sobre el hueso alveolar causando reabsorción alveolar.

## TRAUMATICAS.

### ULCERA TRAUMÁTICA.

Etiología. Constituye una de las lesiones más frecuentes en los tejidos blandos bucales. Pueden estar producidas por algún traumatismo como mordeduras de la mucosa, úlceras por rollos de algodón irritación por prótesis dentarias, dientes malposicionados o con caries, o uso inadecuado de cepillo dental. La localización se halla sobre todo en la lengua (bordes y cara ventral), la semimucosa del labio inferior, la mucosa yugal y el suelo de la boca.<sup>11</sup>

Estas lesiones ocasionadas por prótesis y bordes dentarios cortantes son frecuentes en la práctica diaria. Se produce una zona eritematosa, cuyos límites corresponden a los del agente que produce la agresión; después se lesiona y aparece como una ulceración cubierta de fibrina con los bordes enrojecidos y agrandados, muy dolorosa. Esta es la úlcera aguda típica producida por una prótesis total recién colocada. Como la sintomatología es aguda y el paciente se encuentra aún en la etapa de adaptación, el problema se resuelve en pocos días con un desgaste o ajuste ligero (alivio) en la prótesis.

Si el traumatismo es leve y provoca molestias leves, sobre todo en portadores de prótesis antiguas, las úlceras se adaptan bajo la irritación o bien las prótesis se mueven produciendo una irritación casi imperceptible. Entonces la mucosa irritada se observa eritematosa y luego comienza a engrosar, hipertrofiando, al punto de producirse verdaderas tumoraciones diagnosticadas como fibromas.<sup>7</sup>

Características clínicas. La úlcera protésica es muy frecuente en personas portadoras de prótesis mucosoportadas que no están bien adaptadas a la mucosa o que se encuentran sobreextendidas en sus bordes libres. Se caracteriza por la aparición de un dolor agudo en la zona correspondiente a la ulceración. La úlcera puede ser de diferentes tamaños y consiste en un área central blanquecina amarillenta, de aspecto limpio y no hemorrágica rodeada por una zona eritematosa que a veces se torna hiperplásica. Si la agresión de la prótesis continúa, el dolor puede disminuir en intensidad, adquiriendo la úlcera una forma vegetante y transformándose en dos auténticos mamelones con forma de V, en cuyo fondo puede existir una mínima área erosiva.<sup>11</sup>

La úlcera traumática causada por la irritación de la prótesis total es del mismo tipo de úlcera que puede ser producida por diversas lesiones físicas.

Características clínicas: la úlcera por prótesis total, una o más, por lo común se desarrolla en un día o dos después de la inserción de una prótesis dental nueva. Esta puede ser el resultado de una sobré extensión de los rebordes, el secuestro de espículas de hueso bajo la prótesis dental o una mancha áspera o “alta” sobre la superficie interna de la prótesis total.

Estas úlceras son lesiones dolorosas, especialmente cuando se presentan en la lengua y siempre están relacionadas a traumatismos dentarios y protésicos, por una delicada membrana necrótica de color gris y rodeado por un halo inflamatorio. Si no se instituye el tratamiento, algunas veces esto puede ser el principio de una proliferación de tejido alrededor de la periferia de la lesión en una base inflamatoria. Dentro de las lesiones mecánicas de la mucosa bucal, adquiere una importancia, no solo por su frecuencia, sino también por la circunstancia de que, estadísticamente, cuando no cura o es recidivante, entre dentro del grupo de las lesiones estadísticamente precancerosas.

En cierto número de hiperplasias por prótesis dentarias aparecerá una 'ulcera llamada úlcera de Decúbito, especialmente si la prótesis dentaria tiene bordes agudos. La úlcera esta cubierta por fibrina amarillenta, aunque a la palpación la lesión es bastante dura; cuando desaparece el irritante local debe desaparecer la úlcera. Si no desaparece tendrá que tomarse una biopsia para descartar una lesión maligna.<sup>4</sup>

También al colocar acondicionador de tejido y eliminar bordes agudos de la prótesis la úlcera debe desaparecer.

En algunas literaturas también se le denomina a la úlcera traumática como afta produciéndose también en la superficie externa del epitelio bucal. No confundir con aftas virales.

Factores irritativos protésicos.

Entre estos destacan.

- a) Los espacios de succión o cámaras de vacío.
- b) Los bordes traumatizantes en el nivel de la superficie de apoyo de la prótesis total; es lo más frecuente debido a una distancia maxilomandibular aumentada o a una base protésica escasa, lo que disminuye el área de soporte.
- c) La necrosis ocasionada por una alteración del tejido mucoso debido a la isquemia. Emanan un olor fétido y son lesiones tan dolorosas que resulta difícil encontrar alguna otra que llegue a este estado.<sup>7</sup>

El diagnostico diferencial se establece en primer lugar con el epiteloma y después se considera el problema de la posible cancerización de la úlcera. El carcinoma no desaparece eliminando la causa irritativa y la úlcera tiene que curar entre ocho y 10 días, aunque en ocasiones deja una zona ligeramente decolorada, áspera e incluso indurada. El carcinoma es una úlcera que asienta en una zona indurada, en la que se observa la pérdida de sustancia.

En cambio, la úlcera está rodeada en una zona inflamada, aunque no son frecuentes las situaciones límites en que sólo la biopsia proporciona el diagnóstico.

La conducta que debe seguirse incluye eliminar la causa traumatizante y aplicar antiséptico suave en colutorio, eventualmente nistatina o anfotericina B, y si a los 10 días aproximadamente no hay alivio, se plantea la necesidad inaplazable de establecer diagnóstico diferencial con epitelomas. Si la lesión es pequeña se practica extirpación-biopsia; si es grande, hay que abordar la intervención con un diagnóstico previo mediante citología exfoliativa, que diagnostica benigno-maligno; o la biopsia, que siempre es preferible.

Es necesario tener tres hechos fundamentales:

- a) La localización de los epitelomas es más común en zonas expuestas a fricción.
- b) Las personas con cánceres orales a menudo refieren antecedentes de úlceras que curan y reaparecen.
- c) La frecuente relación que existe entre prótesis desajustadas y cáncer oral.<sup>11</sup>

Tratamiento y pronóstico. El tratamiento de la úlcera traumática debida a una prótesis total consiste en la corrección de la causa subyacente; eliminar los rebordes, remoción de los secuestros pequeños o de los lugares altos. Cuando esto se lleva a cabo por lo regular la úlcera sana rápidamente.<sup>10</sup>

Tratamiento. Consiste en la eliminación del área de presión de la prótesis, con lo que el dolor desaparecerá inmediatamente y la úlcera lo hará 4 o 5 días después. La úlcera traumática tiene como principal característica la relación causa-efecto, circunstancia que es la más importante en orden al diagnóstico. Se trata de lesiones agudas que cicatrizan rápidamente al desaparecer las causas que las producen. Si son de tipo crónico, se emplea el diagnóstico diferencial con el carcinoma epidermoide, de modo que si eliminamos las posibles causas capaces de producir una úlcera crónica y ésta no cura en 15 días o recidiva, debemos realizar una biopsia- extirpación para descartar posibles alteraciones histopatológicas en el sentido de una neoplasia.<sup>11</sup>

#### HIPERPLASIA FIBROSA.

Etiología. Esta forma de hiperplasia fibrosa de la mucosa bucal se relaciona con traumatismo crónico por una prótesis mal ajustada. En esencia, es el mismo proceso que provoca el fibroma traumático, excepto que se identifica de forma específica la dentadura artificial como agente causal.

Esta lesión también se denomina “hiperplasia por prótesis” y épulis fisurado, sinónimos que ya no se utilizan.<sup>5</sup>

Las prótesis mal ajustadas con rebordes de longitud excesiva, o viejas, que irritan el tejido vestibular tras reabsorberse el tejido alveolar pueden estimular la proliferación fibroblástica y la síntesis de colágeno.

Estos procesos de hiperplasia son más frecuentes junto a los rebordes de las prótesis y tienden a ser multilobulados y difusos. Cuando se deben a la intrusión de fijaciones de excesiva longitud, las lesiones suelen contener una depresión alargada con una úlcera lineal en su base.<sup>14</sup>

La hiperplasia fibrosa se puede observar sobre todo en pacientes que han llevado durante mucho tiempo una prótesis deteriorada o mal ajustada. La carga mecánica de la presión y el movimiento provoca una destrucción local de las fibras y una ulceración traumática cuando la prótesis es anatómicamente errónea o funcionalmente insuficiente o también cuando los bordes de la prótesis son defectuosos o se extienden sobre la parte deslizante de la submucosa. Sobre esta base alterada inflamatoriamente se desarrolla un tejido de granulación excedente, en caso de que los efectos irritativos no cesen, que pueden evolucionar finalmente a una forma fibromatosa. La hiperplasia fibrosa se asocian a menudo con una cresta flotante.<sup>12</sup>

Es necesario tener presente “siempre que se encuentre hiperplasia fibrosa o mucosa debe pensarse en atrofia ósea”. Esta afección es consecuencia de la resorción del reborde residual ante una dentadura completa desajustada debido a las fuerzas oclusales desequilibradas y constantes en una zona localizada. Comúnmente, cada prótesis total superior que articula contra pocos antagonistas anteriores inferiores naturales provocan atrofia ósea con hiperplasia fibrosa en la porción anterior del reborde edéntulo o cubriendo el borde mandibular atrófico en “filo de cuchillo”.

Otro caso típico es cuando se presenta la influencia del traumatismo ocasionado por fuerzas excesivas; se localiza en la región anterior a consecuencia de una dentadura completa superior que ocluye contra una prótesis parcial con extensiones dístales bilaterales, donde han presentado resorción bajo sus bases de soporte.

Las fuerzas excesivas anteriores también llegan a presentarse cuando se emplean dientes anteriores de porcelana con dientes posteriores de resina. La escasa resistencia al desgaste de la resina causa una hiperoclusión de los dientes anteriores de porcelana. Los casos más graves pueden producirse en relación con prótesis total inmediata no ajustada o reemplazada oportunamente.<sup>7</sup>

Características clínicas. La hiperplasia fibrosa inflamatoria como resultado de la lesión de la prótesis dental se caracteriza por el desarrollo de rollos alargados de tejido en el área de los pliegues mucolabiales o mucobucuales dentro de los cuales los rebordes de la prótesis dental ajustan en forma conveniente.

Esta proliferación de tejido por lo regular se desarrolla en forma lenta y probablemente es el resultado de la resorción del reborde alveolar por el traumatismo de las prótesis dentales flojas. Este exceso en el pliegue de tejido por lo general no está muy inflamado, aunque puede existir irritación e incluso ulceración en la base de dicho pliegue dentro del cual ajustan los rebordes de la prótesis total. La lesión es firme a la palpación.<sup>4</sup>

La hiperplasia fibrosa inducida por prótesis dentales suele localizarse en el vestíbulo maxilar o mandibular anterior, donde se asocia con prótesis mal ajustadas, cuyos rebordes tienen longitud excesiva. El tejido hiperplásico suele formar lobulillos o pliegues y pueden estar fisurado en el punto donde el reborde de la prótesis contacta con el tejido, en la base de las depresiones lineales.

La mayoría de estas tumoraciones hiperplásicas son eritematosas debido a las zonas ulceradas. A veces pueden ser de color normal. Son siempre blandas, flácidas y móviles, y pueden aparecer en cualquier punto a lo largo de los bordes de la prótesis; la localización anterior es más frecuente.<sup>14</sup>

Tratamiento. La hiperplasia fibrosa inflamatoria se debe extirpar por cirugía y construir prótesis totales nuevas o rebajar las antiguas para proporcionar una retención adecuada. Si la dentadura es reemplazada o reparada, la lesión no debe recurrir. No se presentará la regresión completa, incluso después de la construcción de prótesis totales nuevas, aun que la disminución de la reacción inflamatoria puede producir alguna mejoría clínica del padecimiento.<sup>4</sup>

La remoción prolongada de la prótesis puede disminuir un poco el tamaño de la lesión, sin embargo, se requiere extirpación quirúrgica de la misma, ya que la cicatriz hiperplásica es permanente, también es necesario construir una nueva prótesis o rebasar la antigua para prevenir recurrencia.<sup>5</sup>

## EPULIS FISURADO.

Etiología. El épulis fisurado o hiperplasia por dentadura es una reacción del tejido en los bordes lindantes de una prótesis mal ajustada. El tejido adquiere una coloración rojiza con pliegues blandos y hendidos a lo largo de los bordes de la dentadura. Muchas veces el paciente refiere falta de adaptación de la dentadura cuando se instaló por primera vez.

También es frecuente cuando el individuo tiene prótesis maxilar y de los dientes inferiores anteriores, más no de los posteriores.

En este caso, cada vez que el enfermo muerde, los dientes inferiores anteriores hacen que la prótesis superior se mueva hacia la región anterior y produzca tejido hiperplásico. Cuando el margen es exagerado, se desarrolla una úlcera. Si la prótesis no se corrige, la inflamación prolongada y los traumatismos continuos generan la formación de tejido excesivo. Este crecimiento acentuado es a expensas de epitelio y tejido conectivo, el que es bastante vascular y produce la coloración rojiza.<sup>16</sup>

Épulis fisurado son las lesiones de más frecuente observación ocasionadas por la acción crónica de aparatos protéticos mal adaptados o con los bordes sobreextendidos.

Por lo común, esta patología se debe a la irritación crónica de prótesis que tienen algunos años de uso y que nunca han sido modificadas para adaptarlas a las condiciones cambiantes de los rebordes alveolares. Estos, como se sabe, sufren con el tiempo reabsorciones que continuamente van modificando su altura y conformación. De tal manera, los bordes de los aparatos quedan sobreextendidos, sin adaptación periférica correcta (sellado periférico), dando lugar a una acción irritante crónica a nivel de los surcos gingivolabiales o gingivoyugales, y provocando un proceso inflamatorio, acompañado o no de erosión o ulceración.

El épulis fisurado es causado por los bordes de prótesis inmediata (aparatos protéticos colocados inmediatamente después de efectuadas las extracciones dentarias, que no fueron oportunamente rebasadas, redelineadas, etc.<sup>18</sup>

El épulis fisurado es el resultado de una irritación crónica por un mal ajuste del borde de la aleta de la dentadura sobre el epitelio del surco. El epitelio del surco reacciona a este factor irritante con una respuesta hiperplásica de regeneración del tejido. El tejido prolifera hacia el surco entre la aleta y la mucosa vestibular de revestimiento e interfiere con la extensión del margen, atrapa detritus alimenticio y alberga a los microorganismos. La lesión se presenta de varias maneras, desde pequeños pliegues únicos hasta pliegues múltiples o tejido suave excesivo. La lesión puede afectar una zona pequeña del vestíbulo o puede extender a todo lo largo del mismo.

El épulis casi siempre se observa alrededor de los márgenes vestibulares de una dentadura provisional cuando el paciente no regresa por la dentadura definitiva.

En este caso, los rápidos cambios en el volumen del tejido blando después de la extracción junto con la cicatrización del hueso y la resorción del borde residual hacen que la dentadura tome una posición más profunda en el vestíbulo.

A consecuencia de ello, el borde de la aleta de la dentadura provisional, choca con la mucosa de revestimiento del vestíbulo ocasionando una respuesta de regeneración del tejido hiperplásica.<sup>3</sup>

Su etiología es multifactorial, las probables causas son:

1. Cambios en los alvéolos después de las extracciones.
2. Traumatismo derivado del uso de dentaduras artificiales.
3. Reducción gradual del reborde residual.
4. Cambios en el perfil del tejido blando y en la función de la articulación temporomandibular.
5. Cambios en las proporciones relativas de maxilar y mandíbula.
6. Hábitos y tiempo del uso de la prótesis.
7. Diversas fuerzas aberrantes a las cuales están sometidas los tejidos de soporte (los dientes naturales anteriores inferiores opuestos a una dentadura completa superior), incluyendo movimientos mandibulares parafuncionales.
8. Fuerzas excesivas sobre segmentos limitados de los arcos dentales, debido a carencia de contactos de equilibrio en las posiciones mandibulares excéntricas.<sup>6</sup>

Características clínicas. Consiste en úlceras por decúbito con diversos grados de hipertrofia e hiperplasia, provocadas por los bordes de una prótesis dental mal adaptada sobre los tejidos de los surcos bucales. Suelen desarrollarse en pacientes portadores de prótesis antiguas, mal adaptadas. La lesión aparece en forma de pliegues o agrandamientos alargados del tejido en la zona del surco mucovestibular a los que se adapta el flanco de la prótesis. Estos pliegues recuerdan las hojas de un libro.

La lesión inicial resulta de la reabsorción del tejido óseo que sostiene la prótesis. Algunas partículas de material alimenticio quedan interpuestas entre la dentadura y el tejido de sostén subyacente irritándolo, y con el tiempo se producen hipertrofias e hiperplasias de las fisuras, y la presión excesiva sobre los surcos bucales origina úlceras dolorosas. Estas lesiones pueden influir en la retención y función última de la prótesis, y también originan resorción anormal de los tejidos óseos de sostén. Hay que vigilar estos fondos de saco, que recuerdan las hojas de un libro, ya que en algunos casos experimentan una degeneración maligna.<sup>11</sup>

Tratamiento y pronóstico: Consiste en la corrección de la prótesis y en la extirpación de la masa excesiva de tejido, pronóstico excelente.<sup>10</sup>

Lo indicado es la excisión quirúrgica del épulis fisurado, pero sólo después de prescribir un periodo de reposo del tejido para reducir el edema.

La experiencia demuestra que conviene aconsejar a los pacientes que den descanso a los tejidos irritados o sobrecargados (no usando las dentaduras), e instituir un programa de masaje vigoroso y regular sobre el sitio lesionado.<sup>6</sup>

El tratamiento consiste en quitar la dentadura deficiente o acortar la aleta para permitir que el tejido descanse y cicatrice. Durante la reparación de la dentadura, se debe corregir el margen de la dentadura con revestimientos suaves para dentaduras o agentes acondicionadores de tejido. La remoción quirúrgica, se debe hacer sólo si dicho tratamiento no elimina el problema. Por lo general, nada más con el reposo del tejido, se logra la regresión del épulis y una completa cicatrización.

Los casos de muchos años con el problema requieren de una extirpación quirúrgica. La cirugía seguida de suturación disminuye la profundidad del vestíbulo una vez que ocurra la contractura de la cicatriz. Si se espera obtener este resultado y la extensión vestibular es muy importante para la retención, se puede pensar en hacer un procedimiento de vestibuloplastía para aumentar la profundidad del surco.<sup>3</sup>

## FIBROMA.

Etiología. Fibroma es una tumoración nodular formada por tejido conectivo fibroso denso. Es una de las lesiones más frecuentes de la cavidad bucal y puede aparecer en cualquier localización, aunque suele hacerlo en la mucosa, lengua, labio inferior y encías. Su aspecto es de una tumoración dura de color rosado a blanco y de superficie lisa que puede tener pedículo, ser sésil y medir desde algunos milímetros hasta varios centímetros. Debido a que se relaciona con irritación y traumatismos.<sup>16</sup>

En contraposición con los llamados fibromas por irritación, que son alteraciones fibromatosas reactivas y no tumores auténticos, se producen sólo raramente fibromas en la cavidad oral y predominante en personas mayores.

Este tumor benigno del tejido conjuntivo de los tejidos blandos orales, bien circunscrito, dispuesto sobre una base pedunculada, se tiene que diferencial de los fibromas de los huesos maxilares (fibroma no osificante, fibroma osificante, fibroma dermoplásico agresivo), que tienen una problemática terapéutica y de diagnóstico diferencial totalmente diferente.<sup>12</sup>

Esta lesión benigna comprende cerca del 75% de todas las biopsias y constituye el crecimiento tumoroidal más común de la cavidad bucal. Es la resultante de una irritación local. Se presenta como una lesión elevada, pedunculada o sésil habitualmente con el color normal de la mucosa, aunque puede ser más pálida, su tamaño oscila entre pocos milímetros y algunos centímetros.

Puede presentarse en cualquier lugar de la cavidad bucal; sin embargo, las regiones más frecuentemente afectadas son la lengua, la mucosa bucal y los labios. Suele asociarse con una irritación local, como la succión de la mejilla a través de un espacio interdental o edentado, el morderse los labios o el empuje de la lengua contra un diastema.<sup>12</sup>

Características clínicas. Aparece como una tumoración asintomática, dura y firme a la palpación. Su crecimiento es lento a su tamaño es muy variable, desde varios milímetros a varios centímetros. Su superficie es lisa, uniforme y tiene una coloración similar a la de la mucosa sobre la que asiente. Cuando alcanza gran tamaño puede ulcerarse. Los fibromas pueden localizarse en cualquier zona de la mucosa oral. Es una lesión bastante frecuente, representando casi el 20% de las lesiones encontradas en la cavidad oral. No obstante, otros autores afirman que su prevalencia es mucho menor, ya que los fibromas verdaderos son raros y que lo que generalmente se observa en la boca se corresponde con hiperplasia fibrosa y no con verdaderos fibromas. Ambas lesiones están estrechamente relacionadas y es muy difícil diferenciarlas.<sup>11</sup>

El fibroma por irritación se compone principalmente de colágeno denso, que muestra zonas de hialinización y escasez de vasos sanguíneos.

El número de células inflamatorias, si existen, es mínimo, y toda la lesión está cubierta de epitelio escamoso estratificado, que puede presentar paraqueratosis o hiperqueratosis.

El tratamiento del fibroma por irritación consiste en la escisión. No obstante, si la causa persiste, la lesión vuelve a aparecer.<sup>10</sup>

## HIPERPLASIA PAPILAR.

Etiología. Mala higiene bucal e irritación por las prótesis. La hiperplasia papilar, o papilomatosis del paladar, o palatitis protésica, se presenta de manera exclusiva en el paladar duro, y casi siempre tiene que ver en personas portadoras de dentaduras completas superiores 53%. Esta lesión se encuentra en una de cada 10 personas que usan prótesis que cubren la mucosa del paladar duro.<sup>17</sup>

La causa precisa de la hiperplasia papilar, que se origina en estas condiciones, no se comprenden en su totalidad, aunque puede relacionarse con dentaduras artificiales mal ajustadas o se mueven, por lo que predisponen o posibilitan el crecimiento de *C. Albicans* por debajo o en la interfase, entre el material de la prótesis y la mucosa. El fenómeno hiperplásico se relaciona con la presencia de hongos en sitios en los que se produce traumatismo crónico de baja intensidad.<sup>5</sup>

La hiperplasia papilar inflamatoria o hiperplasia papilar del paladar, es enrojecimiento con numerosas proyecciones o nódulos, muy semejantes a una frambuesa que suele localizarse en el paladar y es originada por prótesis mal ajustadas y por higiene dental inadecuada. En esta lesión puede haber bacterias y hongos (*Candida albicans*). Las tumoraciones son masas individuales similares al *épulis fisurado*.<sup>16</sup>

Hay datos significativos respecto de que permanecer con la prótesis en la boca durante la noche aumenta el riesgo de estas afecciones, que son más frecuentes en el sexo femenino. Se ha demostrado una íntima correlación entre las alteraciones oclusales y el desgaste de estas superficies, que conlleva a un aumento del espacio libre.<sup>7</sup>

Como factores etiológicos causales pueden considerarse los siguientes:

- a) Prótesis totales superiores desadaptadas.
- b) Su uso durante largos periodos (noche).
- c) Higiene protésica y bucal deficiente.
- d) Disminución de la secreción salival.
- e) Factores predisponentes locales y generales.

La *Candida albicans* se encuentra presente en el 50% de los individuos, pudiendo adquirir caracteres patógenos en presencia de factores predisponentes locales y generales.

Se ha comprobado la presencia de *Candida* en el 67% de las personas sometidas a comprobación, y que presentan una hiperplasia papilar estudiada mediante biopsias del tejido epitelial.

La presencia de *Candida* en alto porcentaje se explica por su facilidad para alojarse y ocultarse en lugares propicios para su desarrollo, muchas veces relacionados con la presencia de prótesis completas con cámaras de succión o de vacío.<sup>7</sup>

Características clínicas. Numerosas protuberancias papilares fibromatosas o de color normal, edematosas o eritematosas, de tamaño pequeño y grados variables. La hiperplasia papilar suele limitarse a la bóveda del paladar duro, adoptando con frecuencia un contorno bien definido correspondiente a la zona de relieve de la dentadura.<sup>17</sup>

En algunos casos, se extiende hasta cubrir una zona mayor de la mucosa palatina. También puede ascender siguiendo la incurvación lingual del surco alveolar o, aunque raras veces, la cresta del borde de la cara bucal. Alteraciones parecidas se observan en el paladar de los pacientes que han utilizado durante largo tiempo dentaduras parciales de aleta con fines temporales.

Existen casos raros de hiperplasia papilar palatina en pacientes sin piezas dentarias o en individuos que nunca han usado dentaduras postizas.

La hiperplasia papilar suele ser una lesión asintomática, si bien algunos pacientes se quejan de dolores o molestias leves.

El roce puede dar lugar a la aparición de hemorragias minúsculas y, clínicamente, la lesión aparece más enrojecida que el tejido circundante. La zona afectada contiene numerosas elevaciones polipoides, y los nódulos que forman la lesión suelen tener un diámetro inferior a 1mm, aunque tienden a la coalescencia hasta formar una zona como placa.<sup>8</sup>

La hiperplasia papilar inflamatoria suele aparecer bajo prótesis totales, pero a veces surge bajo la cobertura palatina de prótesis parciales, los nódulos hiperplásicos tienen habitualmente un diámetro de 3 a 4mm, formando un patrón en empedrado que recuerda a un campo de hongos rojizos confluyentes, al explorar con un instrumento dental se observa que cada pólipo se inserta por separado.<sup>14</sup>

Se puede distinguir dos formas clínicas.

1.- La forma papilar difusa, que afecta con frecuencia extensas áreas del paladar y se caracteriza por ser una lesión de aspecto verrugoso constituida por finas elevaciones papilares de menos de 1 mm de diámetro.

2.- La forma polipoide o nodular, que afecta más a las personas no portadoras de prótesis y es más común en la parte posterior del paladar duro, invadiendo un poco el paladar blando, y que ésta constituida por formaciones polipoides o nodulares bien diferenciadas de mayor diámetro, pero más escasas en número que en la forma papilar difusa.

Se recomienda hacer el diagnostico diferencial con:

- a) Granuloma piógeno palatino
- b) Granuloma micótico
- c) Hemangioma capilar
- d) Lesiones alérgicas.<sup>7</sup>

Diagnostico diferencial. Incluye pocas lesiones, ya que raras veces se confunde con otras enfermedades. La principal lesión de la que debe diferenciarse es la estomatitis nocotínica que afecta al paladar duro. No obstante ésta no se presenta en el paladar duro de fumadores de pipa que usan prótesis maxilares removibles completas.

Además, la estomatitis nicotínica tiende a ser más queratinizadas y por lo regular se observa una pequeña mancha o punto en el centro de cada excrecencia nodular que corresponde al orificio del conducto de una glándula salival accesoria subyacente.<sup>5</sup>

Diagnostico diferencial. Se plantea a veces con la moniliasis, la alergia por el material dental, el paladar de los respiradores bucales, epitelomas o papilomatosis florida.

El diagnostico diferencial con las moniliasis debe surgir de la prueba terapéutica (tratamiento de la moniliasis o retiro o modificación de la prótesis). El examen micológico aislado carece de valor, porque podría existir una candidiasis asociada.

Las lesiones alérgicas no suelen ser vegetantes. En cuanto al diagnostico diferencial con epitelomas o papilomatosis floridas los caracteres de dichos procesos son muy distintos. Por lo general en el paladar no están totalmente debajo de la prótesis y si ello sucede se ubican en un sector y no en la totalidad de esa región. En caso de duda debe recurrirse al estudio histopatológico. Los respiradores bucales tienen paladar ojival, voz gangosa, etcétera.<sup>18</sup>

Tratamiento. Consiste en la remoción de la prótesis, después de lo cual la enfermedad cura y puede hacerse una prótesis nueva. Si las lesiones no ceden, es necesario extirparlas mediante cirugía y después fabricar otro aparato protético.<sup>16</sup>

Tratamiento y pronóstico. El tratamiento indicado es la extirpación quirúrgica de la lesión antes de reconstruir la prótesis del paciente. El método quirúrgico depende de las preferencias individuales y puede utilizarse curetaje, criocirugía, electrocirugía, mucoabrasión o ablación con láser.

La remoción de la prótesis en el momento de acostarse y una buena higiene bucal acompañada de tratamiento antimicótico puede reducir de manera significativa la intensidad de las lesiones. En los casos leves, el uso de sustancias y rebases acondicionadores de tejidos blandos y cambiándolos con frecuencia, puede reducir la lesión lo suficiente como para evitar la cirugía.<sup>5</sup>

Tratamiento. No hay tratamiento reconocido para este trastorno. El dejar de usar las prótesis totales mal ajustadas o el construir prótesis nuevas sin la remoción quirúrgica de exceso de tejido por lo general da como resultado una regresión del edema y la inflamación, pero persiste la hiperplasia papilar. Es preferible la excisión quirúrgica de la lesión antes que se haga una prótesis nueva, lo cual hace que la boca regrese a su estado normal.

El uso de acondicionadores de tejido para rebajar una prótesis total ya vieja, a menudo produce cierta mejoría de la lesión, pero rara vez la regresión es completa a menos que esté en una etapa inicial.<sup>4</sup>

El tratamiento de la hiperplasia papilar inflamatoria consiste en retirar la prótesis durante la noche, en la confección de un aparato protético que adapta bien si fuere necesario, y en la escisión de la lesión. Aunque se ha empleado la electrocauterización, el nitrógeno líquido, la crioterapia y la escisión quirúrgica, el mejor tratamiento consiste en la eliminación de la lesión con una cureta grande (por ejemplo, cureta uterina), seguido de un taponamiento periodóntico.<sup>10</sup>

Una vez que la lesión ya este establecida, ya no serán eficaces ni los antibióticos, las tinturas, los agentes químicos, ni los intentos de necrosis por presión, en estos casos, se indica la remoción quirúrgica.

Las lesiones pequeñas, se pueden eliminar quirúrgicamente por medio de curetaje agudo o por mucoabrasión con instrumentos giratorios. La electrocirugía también puede ser rápida y efectiva con mínimas molestias postoperatorias.

Las lesiones más grandes se pueden eliminar con una excisión supraperióstica dividiendo el grosor por capas. Después de la eliminación, la dentadura del paciente se debe revestir con un agente acondicionador del tejido.<sup>3</sup>

Tratamiento. Debe solucionarse el problema protético, y como terapéutica local pueden recomendarse masajes con cremas o ungüentos que contengan corticoides, a fin de tratar el proceso inflamatorio agregado. Algunos aconsejan electrocoagulación.

Pronostico. Es muy bueno, y nosotros no hemos hallado ninguna transformación maligna en la "hiperplasia papilar". Como profilaxis conviene utilizar en las nuevas prótesis una técnica de impresión muy escrupulosa, limpieza dental cuidadosa, masajes y retirar la prótesis al dormir.<sup>18</sup>

## QUERATOSIS FRICCIONAL.

Etiología. Es la lesión blanca que con más frecuencia debe diferenciarse de la leucoplasia oral. La respuesta queratinizante de la mucosa bucal ante la acción de agentes traumáticos produce múltiples manchas blancas que no desaparecen al raspado y que deben distinguirse de la leucoplasia. A diferencia de esta última, la queratosis friccional no es cancerizable y desaparece poco después de eliminar la causa.<sup>7</sup>

La queratosis friccional es una lesión blanca que suele clasificarse bajo el término general "leucoplasia". Cuando se frota o fricciona la superficie de la mucosa bucal de manera crónica se produce una lesión hiperqueratósica de color blanco análoga a las callosidades cutáneas. La acción hística corresponde a una reacción protectora con un traumatismo de poca intensidad que se mantiene durante largos periodos.<sup>5</sup>

Cuando las escamas se acumulan estratificándose sin desplazarse, se constituye la denominada queratosis. Condicionada por irritación mecánica se entienden unos procesos de queratinización de zonas no cornificadas de la mucosa o hiperqueratosis de partes queratinizadas de la mucosa (hiperqueratosis de carga) que tienen una relación patogénica con traumatismos crónicos.

Una sobrecarga mecánica que actúe desde hace tiempo en la mucosa oral puede producir una queratinización en forma de callosidad. Este hallazgo de una mancha blanca, también denominada paquidermia, descansa sobre una hiperqueratosis por lo general del tipo ortoqueratístico. El epitelio laminado muestra una estratificación y orientación normales. Se pueden apreciar estas hiperqueratosis de carga focales de la cavidad oral y generalmente se atribuyen a bordes dentales puntiagudos, prótesis diseñadas incorrectamente, tejidos de apoyo y sostenimiento lesionados, etc.

Como signo de una carga errónea y una sobrecarga mecánicas se encuentran no pocas veces este tipo de hallazgos en la superficie de las crestas alveolares residuales y en los tumores irritativos. Por lo demás, pueden ser consecuencia del mordisqueo crónico en mejillas y labios.<sup>12</sup>

La queratosis es un anormal engrosamiento de las capas superficiales del epitelio de la mucosa o la piel. La queratinización de la mucosa bucal tiene lugar generalmente en la gingiva y nunca alcanza la proporción en que puede observarse en la piel salvo en circunstancias patológicas.

Las lesiones queratóticas de la boca pueden variar en su color desde el blanco grisáceo al blanco o marrón, dependiendo de la cantidad de pigmento extrínseco presente. La hiperqueratinización de la mucosa puede ser localizada, circunscripta, focal o de carácter difuso. Las lesiones queratóticas comunes de la boca incluyen a la hiperqueratosis focal, la estomatitis nicotínica, el liquen plano y la leucoplasia.

El carrillo mordisqueado crónico, la hiperqueratosis focal y la estomatitis nicotínica son probablemente las formas más comunes de lesiones hiperqueratósicas de la boca.

La queratosis puede ser de origen primario, como en el liquen plano, o secundaria al trauma, como en la estomatitis nicotínica, este último tipo de queratinización puede ser considerado como una lesión secundaria.

Lesiones secundarias. Estas lesiones son las más comúnmente observadas en la cavidad bucal e incluyen erosiones (excoriaciones, úlceras, fisuras, cicatrices y descamaciones).<sup>15</sup>

Características clínicas. La hiperqueratosis o leucoplasia inducidas por fricción se presentan en áreas que se traumatizan con frecuencia como labios, márgenes laterales de la lengua, mucosa bucal a lo largo de la línea oclusal y rebordes edéntulos. La mordedura crónica de la mucosa de los carrillos o los labios a veces causa opacificación (queratinización) del área, lo mismo ocurre durante la masticación en pacientes con procesos edéntulo. La etiología de estas lesiones es por tanto evidente.

Diagnóstico. Si el odontólogo juzga clínicamente una causa traumática y una respuesta queratósica, no se requiere biopsia; sin embargo, se recomienda al paciente discontinuar el hábito causal. La lesión se tiene que resolver o por lo menos reducir en intensidad con el tiempo, según el diagnóstico clínico. La resolución de la lesión también permite desenmascarar cualquier otra lesión subyacente que no se relacione con el traumatismo. Si se duda de la etiología de una lesión blanca se tiene que realizar una biopsia.

Tratamiento. Por lo regular, todo lo que se requiere es la observación de las lesiones de hiperqueratosis friccional simple. El control del hábito causante de la lesión produce una mejoría clínica. Es necesario realiza la biopsia a cualquier lesión de etiología dudosa.<sup>5</sup>

Tratamiento. Una vez que se interrumpen los factores irritativos causales, las

## LEUCOPLASIA.

Etiología. La leucoplasia es el término clínico que indica la presencia de una placa anormal adherida con firmeza a la mucosa. Debe definirse con minuciosidad pues se ha utilizado para indicar sólo casos premalignos. Se utiliza como término clínico y se refiere a las lesiones que aparecen en forma de placas blancas o áreas blancas. Con base a esta definición desde el punto de vista microscópico, la leucoplasia puede ser hiperqueratosis simple, hiperqueratosis con displasia o carcinoma. El 60% de los carcinomas bucales aparecen como lesiones queratósicas blancas o se acompañan de este tipo de alteraciones; por lo tanto, las placas de color blanco deben considerarse sospechosas mientras no se obtenga el diagnóstico final.<sup>16</sup>

Leucoplasia: lesión precancerosa, placa plana blancuzca, ocasionada por irritación crónica, física o química.<sup>17</sup>

Los traumatismos vinculados a la acción de los dientes o prótesis puede determinar lesiones leucoplásicas en terrenos predispuestos. Se puede observar en los rebordes alveolares, surcos gingivales y el paladar de portadores de prótesis removibles, una hiperqueratosis provocada por su uso.

También en desdentados que no usan prótesis pueden observarse leucoplasias en el reborde alveolar por traumatismos masticatorios.<sup>18</sup>

El termino leucoplasia ha sido utilizado durante muchos años para indicar un trastorno de las mucosas caracterizado por la presencia de zonas o placas anómalas. La palabra leucoplasia será utilizada exclusivamente como indicación clínica de una mancha blanca en la mucosa oral que no puede borrarse ni identificarse con otros procesos anatomopatológicos específicos como el liquen plano, nevo blanco esponjoso, etc.

Etiología. La etiología de leucoplasia ha sido atribuida a numerosos factores, incluyendo tabaco, alcohol, irritaciones mecánicas, sífilis, déficit vitamínico, alteraciones hormonales, galvanismo, malnutrición y, en el caso de la leucoplasia labial, radiaciones actínicas.<sup>8</sup>

La mayor parte de las constataciones relativas a la etiología de la leucoplasia se basan en impresiones clínicas de una relación causa- efecto. No hay duda de que muchos factores, tanto de influencia local como sistémica, actuando aislada o conjuntamente, pueden dar lugar a la mancha blanca designada clínicamente como leucoplasia. El tabaco ha sido considerado como uno de los factores etiológicos principales, también la irritación mecánica local parece ser un agente etiológico claro en los casos en que la leucoplasia aparece en zonas crónicamente irritadas por prótesis mal ajustadas o por piezas dentarias mal puestas.

La mordedura sistemáticamente habitual de las mejillas o la lengua también puede originar una zona de hiperqueratosis a nivel de la irritación crónica. También se observan zonas localizadas de leucoplasia en la mucosa de los alvéolos sin dientes cuando existen los dientes correspondientes opuestos en la otra arcada. Muchas de las lesiones leucoplásicas que se desarrollan del modo descrito pueden ser consideradas esencialmente como callosidades orales.<sup>8</sup>

Se han establecido múltiples clasificaciones de los tipos clínicos de leucoplasia oral. Grinspan las divide en maculares, en placas y verrugosas. Define la leucoplasia macular (grado I) como una mancha blanca homogénea, mate o amarillenta bien delimitada y con una superficie dispuesta en forma de empedrado o parquet; no es dolorosa y manifiesta cierta dureza superficial a la palpación.

La leucoplasia queratósica (grado II) presenta un cierto relieve o engrosamiento sobre la mucosa adyacente, siendo de color amarillento y los límites precisos. Por último, define la leucoplasia verrugosa (grado III) como una lesión blanquecina proliferante con el aspecto de coliflor.<sup>18</sup>

Se observa con mayor frecuencia en hombres de entre los 50 y 70 años de edad (54%). Afecta zonas de tamaño regular de la mucosa oral, en donde se observa una mancha o placas blancas, gruesas y ligeramente transparentes, en ocasiones papilomatosas, con fisuras, con una costra áspera blanca.

Otras veces muestran débiles estrías, que irradian desde la comisura o están arrugadas en placas, asentadas sobre mucosa normal o eritematosa.<sup>7</sup>

Por orden de frecuencia, se localizan en la cara interna de los carrillos, el dorso y los bordes de la lengua, labios y velo palatino, piso de la boca y encía.

Características clínicas. La leucoplasia puede encontrarse en cualquier parte de la cavidad oral, si bien se han descrito unos determinados lugares de preferencia en la mucosa bucal y las comisuras son las localizaciones más frecuentes, lengua, labios, paladar, suelo de la boca y encías. Clínicamente la leucoplasia de la boca varía desde una pequeña mancha blanca bien localizada hasta una zona difusa que afecte buena parte de la mucosa oral. Asimismo, caben variaciones considerables respecto al color y textura de las lesiones. Algunas zonas de leucoplasia son como unas placas lisas, planas o ligeramente elevadas y de un color blanco traslúcido. Otras, en cambio son gruesas, fisuradas, papilomatosas y duras a la palpación. Es frecuente que la superficie de la lesión sea finamente rugosa o de aspecto arrugado.<sup>8</sup>

Algunas manchas leucoplásicas están bien delimitadas, con bordes bien definidos, mientras otras se difuminan gradualmente con los tejidos circundantes. El color puede variar desde un blanco perla hasta un blanco amarillento o grisáceo. En los grandes fumadores de tabaco, las zonas leucoplásicas pueden presentar una coloración blancoamarronada.<sup>10</sup>

Diagnóstico diferencial. Callosidad, liquen plano. Muchas veces no es posible determinar cuál es la causa inicial, si la infección por cándida o la leucoplasia. El diagnóstico diferencial definitivo es clínico y por biopsia selectiva; debe hacerse por frotis, cultivo y estudio histológico. La biopsia distingue dos tipos histológicos:

- a) Queratósico, en la cual las células conservan aún su estructura normal, y
- b) Acantósico, con profundización de las digitaciones interpapilares en el conjuntivo subyacente, que presenta aspecto inflamatorio.<sup>17</sup>

La citología exfoliativa tiene poco valor; la terapéutica consiste en eliminación de todos los factores irritantes y su extirpación quirúrgica cuando se observa tendencia proliferativa, displasia epitelial o carcinoma in situ. La prevalencia de leucoplasias en México, según estudios realizados por Ramírez y colaboradores en 812 adultos de ambos sexos, registraron una condición en el 0.9% de la población.

La mayoría de las investigaciones, entre ellas las de la Universidad Autónoma Metropolitana, demuestran que el sexo masculino se ve afectado con mayor frecuencia (5%) que el femenino (2.7%); lo que podría obedecer a una mayor exposición por parte de los primeros factores carcinógenos.<sup>7</sup>

Tratamiento y pronóstico. Escisión total con bastante margen, lesiones no tratadas se convierten en carcinomas de células escamosas; con escisión total, pronóstico bueno; mejor en lesiones de labios y mejillas que del piso de la boca o base de la lengua.<sup>10</sup>

Tratamiento prostodóntico. Las dentaduras completas deben construirse para estos casos si se considera que dicha terapéutica es definitivamente complementaria o mejora las condiciones generales del paciente.

Si tales pacientes están poco o muy debilitados, se sugiere seguir una técnica de impresión sin presión, previa remoción de la lesión si está fisurada o es áspera. Estas zonas lesionadas deben detectarse previamente puesto que cualquier ruptura en la integridad de la mucosa puede favorecer la formación de lesiones inflamatorias. Deben programarse una oclusión correctamente balanceada y disminuir el trauma sobre tejidos de soporte.

También es indispensable utilizar medidas de seguridad y protección con guantes, gorro, cubreboca, bata de cirugía (todo desechable), especialmente ante un diagnóstico declarado.<sup>7</sup>

## ALERGICAS

### ESTOMATITIS POR CONTACTO.

Etiología. Esta es una de las alteraciones que con más frecuencia se encuentra en la mucosa bucal, sobre todo, en el paladar duro, en pacientes portadores de prótesis dentales mocosoportadas. Esta enfermedad obtiene grandes porcentajes en la población rehabilitada, incluso por encima de 45%; es multicausal y está relacionada con diversos hábitos nocivos propios de los pacientes; dentro de ellos, podemos citar:

Hábito de fumar, consumo de alimentos muy calientes con las prótesis puestas, uso continuo de la prótesis, deficiente higiene bucal y uso de sustancias irritantes para la limpieza de las prótesis, entre otros. Se ha encontrado que el grupo de edades con más pacientes afectados son adultos mayores de 55 años. Afectando más al sexo femenino que al masculino. Mientras más tiempo tenga de uso la prótesis, más posibilidades hay que aumente su desajuste.<sup>27</sup>

Sucede tras la colocación en contacto con la mucosa oral de medicamentos, metales preciosos, materiales odontológicos como los empleados para impresiones, pastas dentífricas, soluciones que utilizan algunos pacientes para enjuagarse y determinados productos cosméticos.

Se originan mediante un mecanismo de hipersensibilidad retardada (inmunidad celular).<sup>11</sup>

Etiología multifactorial, las influencias mecánicas y bacteriano-micóticas desempeñan un papel preferente. Esto enfatiza el significado de una higiene oral y protésica rigurosa.<sup>12</sup>

Es una inflamación crónica de la mucosa de soporte de la prótesis puede ser local o generalizada. Algunos investigadores creen que el factor etiológico predominante es el traumatismo debido a dentaduras mal ajustadas o hábitos para funcionales, en tanto que otros piensan que el uso nocturno de las prótesis es lo que provoca estomatitis de este tipo.

La boca con úlceras por prótesis total es un trastorno poco común que se presenta en pacientes que pueden o no tener un juego nuevo de dentaduras. Este problema no se debe a una alergia verdadera, ya que las pruebas con parches con material de dentaduras dan resultados negativos.

Algunos casos parece que se deben a una infección con *Candida Albicans*, aunque por lo regular no se desarrollan los parches blancos característicos de *algodoncillo*.

La boca con úlceras por prótesis total puede estar relacionada con un "síndrome de retención de sudor" en el cual existe una formación de tapones de queratina en las glándulas sudoríparas o las glándulas salivales accesorias, que forzan el sudor o la saliva dentro de los tejidos vecinos con inflamación subsecuente. Sin embargo, este concepto no se ha aceptado en su totalidad.

Estudiaron con detalle la estomatitis por prótesis total y demostraron que podían cultivarse los hongos parecidos a levaduras del tipo de *Candida Albicans* en el 90% de los pacientes con estomatitis por prótesis total, pero sólo en el 40% de los sujetos con prótesis total pero sin estomatitis.

También que la mala limpieza en la prótesis dental se asociaba con una inflamación intensa.

Dentro de las formas crónicas y relacionadas con la prótesis tenemos estomatitis protésica o palatitis subplaca. Es un enrojecimiento de la mucosa en la zona que está en contacto con una prótesis removible, sea completa o esquelética.

La prótesis está contaminada y sirve de reservorio de las candidas, por ello habrá de tratarse la mucosa y desinfectar la prótesis. Esta infección micótica es favorecida por los desajustes de la prótesis y la mala higiene del paciente. No produce sintomatología.

Características clínicas: la mucosa que se encuentra bajo la prótesis dental se vuelve extremadamente roja, inflamada, lisa o granular y dolorosa. Con frecuencia se presenta múltiples focos de hiperemia del tamaño de la cabeza de un alfiler que por lo regular afectan el maxilar superior.

Es común una sensación intensa de quemadura. El enrojecimiento de la mucosa está bien delineado y restringido al tejido que está en contacto con la prótesis total.<sup>4</sup>

Puede presentarse en tres formas clínicas:

1.- La estomatitis subplaca tipo I. Presenta múltiples zonas puntiformes de hiperemia, diseminadas en la mucosa palatina subyacente a una prótesis que presenta zonas internas de imperfecciones, las que originan el contacto irregular. Normalmente la condición es asintomática y autolimitada, en la mayor parte de los casos no requiere tratamiento.

2.- La estomatitis subplaca II. Muestra máculas eritematosas de tamaño variable y contornos más o menos definidos, las cuales en ocasiones abarcan la totalidad de la mucosa palatina que está en contacto con la prótesis este tipo de lesión es la que más se asocia a la presencia del hongo y es común en pacientes con problemas de hiposalivación, mala higiene, traumatismo crónico o enfermedades que se asocian a inmunodepresión local o sistémica como diabetes mellitus.

3.- La estomatitis subplaca tipo III. O hiperplasia papilar inflamatoria presenta múltiples y pequeños crecimientos hiperplásicos de tejido fibroso del mismo color a la mucosa o eritematosos, localizados básicamente en el centro del paladar, a menudo relacionados con la existencia de cámaras de succión o zonas de desajuste protésico.<sup>13</sup>

Clínicamente observamos una mucosa eritematosa y edematizada con áreas hiperplásicas de aspecto granular en el paladar. El paciente refiere sensación de quemazón en el área de soporte de la prótesis.

Newton clasifica clínicamente el proceso en tres períodos o fases evolutivas:

1.- Primer período (grado I) puntos de hiperemia, caracterizado por la aparición de un punteado rojizo sobre la mucosa palatina.

2.- Segundo período (grado II) eritema difuso, donde se observa una mucosa hiperémica, lisa y atrófica.

3.- Tercer período (grado III) inflamación granular o papilar hiperplásica, donde la mucosa presenta ya un aspecto granular o nodular.<sup>7,11,26</sup>

Diagnóstico debe confirmarse mediante el examen microscópico de un frotis tomado de la superficie de la mucosa y de la zona interna de la prótesis, en los cuales se identifican las pseudohifas del hongo.<sup>13</sup>

El diagnóstico diferencial más importante lo presenta la alergia frente a sustancias protésicas y medios de conservación de la prótesis. No obstante, es más frecuente de lo que se cree en la práctica. En contraposición con la estomatitis protésica, las alteraciones inflamatorias en una intolerancia protésica inducida por alergia siempre llegan más allá de la región real de colocación de la prótesis.<sup>12</sup>

En otras ocasiones se plantearán dudas diagnósticas y habremos de recurrir a pruebas complementarias.

Citología exfoliativa. Se realiza un raspado y se hace una extensión sobre el portaobjetos de vidrio fijándose con etanol al 95%. Se tiñe y se busca la presencia de blastosporas e hifas que evidencien la presencia de infección por cándida.

Cultivo del microorganismo. Los medios más utilizados para la evidenciación de las colonias de cándida son el Saboureaud único o asociado a cloranfenicol y actidione y el medio de Nikelson. La evidencia de cándida en el cultivo sin síntomas acompañantes no implica necesariamente la existencia de la enfermedad.

Inmunofluorescencia.

Intradermorreacción a la candidina.

Biopsia de la lesión. Es de difícil interpretación, prefiriéndose el uso de la citología exfoliativa.<sup>11</sup>

Diagnostico por exclusión. La remisión del cuadro tras la instauración de un tratamiento antimicótico nos confirmará el diagnostico.

Tratamiento y pronóstico. Sobre la estomatitis por dentadura mediante tratamiento antimicótico. Se disuelven tabletas de nistatina. De 500 000 unidades, en la boca tres veces al día por 14 días. Para la prótesis total con polvo de nistatina colocando sobre las superficies de ajuste de la prótesis dental tres veces al día por 14 días. Además, cuando las dentaduras mal ajustadas, la construcción de nuevos aparatos y la instrucción sobre el cuidado higiénico de éstos ayudan a corregir la situación. Si no se hacen nuevas prótesis, las viejas de deben esterilizar a diario sumergiéndolas en una solución de nistatina durante toda la noche durante el periodo de tratamiento.<sup>4</sup>

Para realizar el diagnostico de certeza del alérgeno podemos utilizar pruebas epimucosas, de tal forma que a las 48-72 horas aparecerá la reacción. Finalmente una vez identificado el alérgeno, lo eliminaremos y sólo en los casos en que se produzcan manifestaciones clínicas muy graves estará indicado administrar corticoides.

Por último, hay que señalar que con mucha frecuencia se atribuyen reacciones alérgicas a los acrílicos utilizados en las prótesis mucosoportadas. La auténtica realidad es que aquéllas son muy raras, siendo las lesiones en la mayoría de las ocasiones motivadas por el traumatismo de la prótesis asociado con una infección por cándida.<sup>11</sup>

Tratamiento de la estomatitis causada por dentadura. El mejor tratamiento para este mal consiste en corregir los factores que la causan. Son esenciales una buena limpieza bucal e higiene dental, y descanso para los tejidos del asiento basal, seguidos por la construcción de nuevas prótesis que se ajusten bien, después de lograr que la mucosa este sana.

Esto se logra por medio de acondicionadores de tejidos que se aplican a las dentaduras artificiales existentes o de tratamiento, revestimiento indirecto de resinas autopolimerizables sobre las prótesis existentes, antimicóticos, solución de gluconato de clorhexidina al 2%, o masaje gingival con cepillo dental o con los dedos.<sup>6</sup>

## Tratamiento

### Medidas higiénicas.

Mediante la eliminación de posibles factores irritativos. Se recomendara el uso de lavados con agua bicarbonatada y gasa estéril para cambiar el pH del medio oral y dificultar la colonización y el crecimiento del microorganismo.

Tratamiento medico.

Se realiza mediante una terapéutica antifúngica con nistatina, anfotericina B, ketaconazol, violeta de genciana, etc. Tanto por vía local o tópica como por vía general u oral. Son fármacos de gran eficacia, aunque debe hacerse un empleo cuidadoso de ellos, ya que son teratogénicos y se excretan por la leche materna.

Para el tratamiento de casos simples se puede recurrir al uso de:

1.- Enjuagues con soluciones acuosas de:

- a) Nistatina 1:100.000 U/ml cuatro veces al día.
- b) Clotrimazol al 1% cuatro veces al día
- c) Cloruro de benzalcoino 1:750 U/ml para el enjuague de las prótesis totales.

2.- Aplicación de cremas bajo la prótesis tras las comidas y al acostarse:

- a) Nistatina, 100.000U/g.
- b) Clotrimazol al 1%
- c) Ketoconazol al 2%

Para el tratamiento de formas más graves o refractarias debemos recurrir al uso de la vía de administración oral: fluconazol, 50-100 mg/día, y ketaconazol, 200-400mg día.<sup>11</sup>

## INFECCIOSAS

### CANDIDIASIS ATRÓFICA CRÓNICA.

Etiología. En pacientes no inmunosuprimidos, la candidiasis atrófica crónica es más frecuente en portadores de dentaduras protésicas mal ajustadas o en quienes llevan dicha dentadura puesta continuamente.

Se ha denominado también “irritación oral por dentadura” y se presenta en forma de área roja generalizada de tejido atrófico, comúnmente en el paladar. Se encuentra principalmente debajo de las dentaduras protésicas superiores en pacientes mayores y más frecuentemente en los pacientes que no limpian suficientemente las prótesis ni se las quitan por la noche. En las etapas iniciales existen áreas de erosión superficial y petequias. La principal molestia es una sensación de quemazón continua en el área afectada. La candidiasis puede afectar también a la lengua, en cuyo caso ésta presenta un aspecto liso y rojo “carnoso”.

Este aspecto se debe a la ausencia de papilas filiformes, a un adelgazamiento generalizado del epitelio y a la inflamación excesiva del tejido conjuntivo. Los pacientes se quejan de sensibilidad intensa y dolor ante la exposición a líquidos calientes y fríos, alimentos picantes y bebidas alcohólicas.<sup>14</sup>

La higiene bucal deficiente no sólo incluye la limpieza de los dientes remanentes (en el caso que no existan), sino también la limpieza del aparato protético y el enjuagatorio de los tejidos blandos que se encuentran en contacto con la prótesis trae como consecuencia el depósito de placa dentobacteriana en el interior de la base, sobre todo en aquellas prótesis que no están bien adaptadas, y origina que se desarrollen microorganismos oportunistas como la *Cándida Albicans*, incluso pueden proliferar estreptococos y estafilococos, a causa de la descomposición de los alimentos, y agravar así el cuadro, pues además de la acción mecánica constante ejercida por el aparato protético contra los tejidos, se sobreañade una infección.<sup>28</sup>

Este término agrupa varias enfermedades mucocutáneas cuya etiología es un hongo del género *Cándida*. Es la micosis bucal más frecuente, aunque la tasa de incidencia es difícil de determinar debido a su prevalencia en la población general.

La patogenicidad es muy compleja, ya que en algunos casos intervienen factores locales, y en otros locales y sistémicos. Las manifestaciones pueden ser agudas o crónicas y en ambos casos de gravedad variable.

Etiología. La candidiasis es producida por *Cándida Albicans* y otras especies relacionadas como *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. pseudotropicalis* y *C. guilliermondi*. En la mayoría de las personas sanas *C. Albicans* es un microorganismo comensal de la cavidad bucal, su transformación en patógeno se relaciona con factores locales o sistémicos muy difíciles de reproducir en el campo experimental.

La infección es superficial y afecta la región exterior de los labios y la piel, pero en pacientes inmunodeprimidos graves como sujetos con SIDA, la infección puede extenderse al sistema digestivo (esofagitis candidiásica), a bronquios y pulmones, o a otros órganos. La naturaleza oportunista del padecimiento se aprecia en la frecuencia con que se presenta la enfermedad leve, secundaria al tratamiento con antibióticos de infecciones bacterianas menores.

El empleo de prótesis dentarias removibles es un factor predisponente muy importante. Algunos estudios aíslan *cándida* en el 86% de los pacientes portadores de prótesis.<sup>11</sup>

Características clínicas. La candidiasis crónica es muy frecuente y se conoce como ulceración bucal protésica, ya que 65% de los casos ocurre en ancianos que utilizan prótesis totales. La presentación de la mucosa que cubre el aparato. Es más frecuente en el paladar que en el proceso alveolar mandibular y se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres.

Los factores contribuyen a que se presente esta enfermedad incluyen el traumatismo crónico de baja intensidad producido por una prótesis mal ajustada, la relación oclusal no ideal y el no quitar el dispositivo durante la noche.

La lesión se presenta como una superficie roja, brillante, en ocasiones aterciopelada o granular que tiene poca queratinización. En los casos graves pueden observarse vesículas confluentes y erosiones.

En individuos que utilizan prótesis también puede encontrarse candidiasis atrófica crónica acompañada de queilitis angular.<sup>10</sup>

Tratamiento. La mayor parte de las infecciones por *C.albicans* pueden tratarse con aplicaciones tópicas de nistatina es suspensión. En los casos que se relacionan con el uso de prótesis pueden emplearse nistatina en crema sobre los tejidos afectados y en el aparato, para prolongar el contacto, eliminar el hongo del mismo.

La enfermedad remite cuando se suspende la administración de antibióticos de amplio espectro o el uso de sustancias oxigenantes, como peróxido de hidrógeno.

Cuando se utilizan de manera crónica, esto permite el restablecimiento de la microflora bacteriana bucal normal y produce, por consiguiente, alivio de los síntomas. Puede administrarse clotrimazol en tabletas o trociscos; las aplicaciones tópicas de nistatina o clotrimazol deben continuarse hasta una semana después de la desaparición de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.<sup>5</sup>

El desarrollo de nuevos antimicóticos específicos, como la nistatina, ha sido benéfico para el tratamiento para el tratamiento de la candidiasis, las suspensiones de nistatina, mantenidas en contacto con las lesiones bucales, han tenido éxito cuando se han empleado incluso en casos en casos crónicos y graves de la enfermedad.<sup>4</sup>

Pronóstico. Suele ser excelente; infecciones generalizadas extremadamente raras y por lo general secundarias.<sup>10</sup>

## QUEILITIS ANGULAR.

Etiología. Con el término genérico queilitis angular se acostumbra aglutinar una serie de manifestaciones inflamatorias, erosivas, ulcerosas y costrosas situadas en los ángulos de la boca. La causa de dichas lesiones se ha atribuido a múltiples factores: enfermedades sistémicas, deficiencia nutricionales, disminución de la distancia maxilomandibular, prótesis completas inadecuadas o estímulos irritativos locales; y las de origen alérgico a fármacos, a cosméticos, y acrílicos, etc. Con frecuencia se ha observado una disminución de riboflavina y/o xerostomía, en gran número de casos, una sobreinfección por *Candida*.<sup>7</sup>

La queilitis angular es una inflamación bilateral crónica de las comisuras (ángulos) de la boca, caracterizada por atrofia y fisuras lineales. Aunque las lesiones pueden presentarse aisladamente, a menudo están asociadas con lesiones intraorales pseudomembranosas agudas o lesiones atróficas en otras partes de la boca.

La queilitis angular es frecuente en pacientes con disminución de la dimensión vertical debido a pérdida de dientes, desgastes de los dientes o uso muy prolongado de una misma prótesis dental. A veces se presentan infecciones bacterianas secundarias, que complican el tratamiento.<sup>14</sup>

La queilitis es una descripción clínica de una lesión en cuyo desarrollo juega un importante papel varios factores predisponentes, por largo tiempo se ha considerado como una lesión que es causada por microorganismos, y diversos estudios han informado de cultivos puros de ciertos microorganismos, en particular de *Candida Albicans*, pero también de estafilococos y estreptococos, que se obtienen de las fisuras.

Muchos casos de queilitis se deben a un sobre cierre de los maxilares que se presenta en los pacientes edéntulos o en los que tienen prótesis totales artificiales que carecen de una dimensión vertical adecuada.

En este caso, se produce un pliegue en las esquinas de la boca, en el que se junta la saliva, y la piel se macera, se fisura, y es infectada secundariamente por esos microorganismos, también puede ser asociada a una falta de vitamina C o A, a cambios hormonales sobre todo en pacientes menopausicas, también se asocia con fumadores de pipa creando una callosidad en la zona angular de la boca.

Se ha informado de muchos casos que se han corregido al aumentar la altura vertical de las prótesis totales, es decir, abriendo la mordida. Otra teoría de la etiología de queilitis es la que representa una deficiencia de riboflavina con una infección bacteriana o micótica superpuestas.<sup>4</sup>

Características clínicas: se presenta tanto en niños como en adultos y se caracteriza por la sensación de resequead y de comezón en las esquinas de la boca. Clínicamente, el epitelio de las comisuras aparece arrugado y algo macerado.

En su oportunidad las arrugas se hacen más pronunciadas para formar una o más fisuras o hendiduras profundas que se ulceran, pero no tienden a sangrar, aun que se puede formar una costra superficial exudativa. Estas fisuras no afectan la superficie mucosa de las comisuras por dentro de la boca, sino que se detienen en la unión mucocutánea.<sup>4</sup>

Aunque aún se desconoce la patogenia exacta de la queilitis angular, merecen atención varias observaciones.

- La incidencia es alta entre mujeres y usuarios de dentaduras artificiales.
- La inflamación puede ser unilateral o bilateral y con frecuencia es acompañada por una glositis atrófica.
- La edad no parece afectar su incidencia, como tampoco lo hace la duración del periodo edéntulo.
- Más que una reducción en la dimensión vertical de la oclusión, lo que parece retrasar el proceso cicatrizal de la queilitis angular es la presencia de un pliegue angular de tejido (frecuente en ancianos y portadores de prótesis)
- De lesiones de queilitis angular se han aislado *Cándida Albicans* y *Staphylococcus aureus*; sin embargo, este dato no significa necesariamente que los microorganismos sean esenciales para el desarrollo de la lesión. De hecho, no se ha identificado ninguna respuesta uniforme ni inmune específica de la queilitis angular.
- Por lo general el tratamiento es antimicrobiano de buenos resultados, lo cual demuestra que la infección es significativamente persistente.
- Las lesiones recurren con frecuencia, lo que sugiere la posible presencia de una deficiencia permanente y vulnerable en la función de barrera de la piel en la región del angulus oris.<sup>6</sup>

Tratamiento. Los pacientes que presentan este síndrome deberán ser remitidos a un médico para análisis sistémico completo, por medio del cual se podría identificar la causa o causas subyacentes del dolor de boca. El tratamiento médico podría consistir en una dieta alta en proteínas, evitar irritantes locales, liberación lenta de cloruro de hidrógeno suplementario en el paciente aclorhídrico, tabletas de ácido ascórbico disueltas sublingualmente y ocasionalmente ayuda. Pero no hay un consenso real acerca de este tratamiento, debido quizá a la naturaleza más bien vaga del dolor de boca causado por dentadura artificial.<sup>6</sup>

El tratamiento de la queilitis angular es empírico debido a su etiología aparentemente variada. Hay que recordar que la infección presente es secundaria y que, a menos que se corrija la causa primaria, el tratamiento de la infección no producirá una cura permanente.<sup>4,10</sup>

Tratamiento prostodóntico.

- 1.- Remozar el medio, aplicar humectantes, proteger la lesión.
- 2.- Aplicar un ungüento medio, antiséptico- antibiótico (Nycostatin).
- 3.- Restaurar la distancia vertical maxilomandibular fisiológica y morfológica.
- 4.- Prescribir vitaminas del complejo B.<sup>7</sup>

Tratamiento de basará fundamentalmente en eliminar el agente causal; así pues, si existe una disminución de la dimensión vertical, ésta se restablecerá. Si hay sospecha de candidiasis o bien existencia de palatitis subplaca, se aplicarán pomadas de nistatina; mientras que, si se piensa en otros agentes infecciosos, se aplicarán pomadas de esteroides, antibióticos y nistatina. Si existen déficit nutricional o enfermedad sistémica, se tratarán mediante la administración medicamentosa del elemento hasta normalizar sus cifras.<sup>11</sup>

Posadas Castañeda Ayde Noemi  
Velásquez García Issac

## OBJETIVO GENERAL

- Describir las alteraciones bucales ocasionadas por prótesis mal ajustadas, mal elaboradas o por mucho tiempo de uso, como son las de tipo traumático, alérgico e infeccioso.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Indicar las alteraciones bucales ocasionadas por prótesis mal ajustadas.
- 2.- Explicar las alteraciones bucales ocasionadas por prótesis mal elaboradas.
- 3.- Especificar las alteraciones bucales ocasionadas por mucho tiempo de uso como son las de tipo traumático.
- 4.- Definir las alteraciones bucales ocasionadas por mucho tiempo de uso como son las de tipo alérgico.
- 5.- Describir las alteraciones bucales ocasionadas por mucho tiempo de uso como son las de tipo infeccioso.

## METODOLOGÍA.

### TIPO DE ESTUDIO

#### Investigación Documental

La investigación documental podemos caracterizarla de la siguiente manera.

- Por la utilización de documentos; recolecta, selecciona, analiza y presenta resultados coherentes.
- Utiliza los procedimientos lógicos y mentales de toda investigación; análisis, síntesis, deducción, inducción, etc.
- Realiza un proceso de abstracción científica, generalizando sobre la base de lo fundamental.
- Hace una recopilación adecuada de datos que permiten redescubrir hechos, sugerir problemas, orientar hacia otras fuentes de investigación, orientar formas para elaborar instrumentos de investigación, elaborar hipótesis, etc.
- Puede considerarse como parte fundamental de un proceso de investigación científica, mucho más amplio y acabado.
- Es una investigación que se efectúa en forma ordenada y con objetivos precisos, con la finalidad de ser base a la construcción de conocimiento.
- Se basa en la utilización de diferentes técnicas de: localización y fijación de datos, análisis de documentos y de contenidos.

Por otra parte, y en un sentido restringido, entendemos a la investigación documental como un proceso de búsqueda que se realiza en fuentes impresas (documentos escritos) con el objeto de recoger información en ellos contenidas, organizarlas, describirla e interpretarla de acuerdo con ciertos procedimientos que garanticen confiabilidad y objetividad en la presentación de sus resultados.<sup>9</sup>

## RECURSOS

HUMANOS

2 pasantes  
1 director

FISICOS

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

MATERIALES

Libros  
Revistas  
Computadora  
Hojas blancas  
Copias

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades a realizar durante el 2004-2005.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov	Dic	Enero	febrero
Investigación bibliográfica	X	X	X									
Elaboración del anteproyecto				X	X	X	X					
Revisión proyecto								X	X	X		
Revisión tesis											X	X

## RESULTADOS

A través del tiempo la semiología y la propedéutica han sido utilizadas en la práctica médica, y es hasta tiempos más recientes que se ha logrado sean definidas como auxiliares de la odontología.

La semiología es una disciplina que se ocupa del estudio de los signos y síntomas de las patologías.

La propedéutica clínica es aquella que estudia las causas e interpretación patológica de los diversos signos y síntomas hallados, para establecer un diagnóstico de presunción y así llegar a un diagnóstico certero.

El estudio clínico es definido como la aplicación de un conjunto de procedimientos que se efectúan para obtener información acerca del estado de salud de un individuo, utilizando para ello una historia clínica la cual nos ofrece un formato ideal, para registrar todos los antecedentes y datos de un paciente, así mismos sus necesidades, planes de tratamiento y evolución.

A partir del diagnóstico inicial se determinara si es o no necesario llevar a cabo uno o mas de los diferentes procedimientos quirúrgicos pertinentes, así como poder modificar las condiciones que presente el paciente, previo al tratamiento que se desee implementar.

Todo lo antes mencionado es indispensable para el conocimiento de las características y condiciones elementales de los diferentes tipos de prótesis aplicadas a un paciente ideal tomando en consideración sus ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones y establecer si pueden ser colocadas en la cavidad oral.<sup>29</sup>

En la investigación que nosotros realizamos encontramos estudios de prevalencia de los últimos cinco años de las patologías que estamos mencionando, reportan los siguientes porcentajes.

Alteraciones Clínicas de la Mucosa Bucal en Personas de la Tercera Edad Portadoras de Prótesis Total.

Resultados:

Examinaron 57 adultos de la tercera edad portadores de prótesis totales, de los cuales fueron 29 hombres y 28 mujeres, la edad de los examinados fue de 65 a 94 años con una media de 79 años.

Se hizo una evaluación clínica de la cavidad bucal así como una evaluación del estado de la prótesis en uso se determino que un (73,7%) presentaba alteraciones clínicas en mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales.

- 1) En esta investigación se encontró que el 73,7% de los adultos de la tercera edad examinados presentan alteraciones mucosas asociadas al uso de prótesis completas desajustadas, contra un 26,3% que no presentan.
- 2) Las alteraciones mucosas que se encontraron con mayor frecuencia fueron: estomatitis por contacto (33,3%), úlcera traumática (21,4%), hiperplasia fibrosa (16,7%), leucoplasia (11,9%), queilitis angular (9,5%), candidiasis (7,1%).
- 3) El tiempo de uso de la prótesis influyo significativamente en la frecuencia de presentación de alteraciones mucosas: a mayor tiempo de uso, las alteraciones que más se presentaron fueron estomatitis por contacto, hiperplasia, queilitis angular, y candidiasis.
- 4) En los primeros cinco años de uso de la prótesis la lesión más frecuente fue la úlcera traumática.
- 5) El estado de adaptación de la prótesis completa influyo significativamente en la presencia de alteraciones mucosas. El uso de prótesis desadaptadas se asocio básicamente con las alteraciones mucosas: hiperplasia, queilitis angular y úlcera traumática.<sup>19</sup>

#### Lesiones Hiperplásicas de la Cavidad Bucal, Estudio Retrospectivo de 128 casos

Resultados:

51 pacientes presentaron épulis fisurado 58.8%, y 49 pacientes presentaron hiperplasia fibrosa 19.6%.<sup>20</sup>

Estudio Preliminar 30 casos Medicina Oral 2003.

Resultados:

30 pacientes 29 mujeres y un hombre.

1) Estomatitis	3 casos (10%)
2) Queilitis	1 caso (3,3%)
3) Prótesis desajustada	8 casos (26,6%) <sup>21</sup>

## Factores de Riesgo de Lesiones Premaligna y Malignas de la Cavidad Bucal 2002.

### Resultados:

Según la distribución de los pacientes y la existencia de trauma mecánico consideramos que en el protésico, fue el más frecuente encontrando de 114 pacientes portadores de prótesis total, 97 (85,1%) la usaban desajustada y sólo 17 (14,9%) la mantenían de forma adecuada.

Es significativo que la lesión con mayor predominio fue la estomatitis por contacto con 62 (54,4%) de ellas desajustadas 50 (43,9%). Y queratosis friccional (10,5%), Esto revela la significativa relación del trauma protésico como factor de riesgo con la aparición de la estomatitis.<sup>22</sup>

Los fibromas pueden localizarse en cualquier zona de la mucosa oral, es una lesión bastante frecuente, representado casi el 20% de las lesiones encontradas en la cavidad oral.<sup>11</sup> esta lesión benigna comprende cerca del 75% de todas las biopsias y constituye el crecimiento tumoroide más común de la cavidad bucal.<sup>12</sup>

## Respuesta Alérgica en Pacientes con Estomatitis Subprotésica.

### Resultados:

En este estudio se determinó la respuesta alérgica a la resina acrílica de las dentaduras, en pacientes con estomatitis por contacto. De un total de 60 pacientes el 41 (68.3%) presentaron estomatitis por contacto y 32 (78%) presentaron candidiasis. En la distribución de estos pacientes 57 (95%) resultaron del sexo femenino y 3 (5%) fueron del sexo masculino. Los resultados indican que la respuesta alérgica debe ser considerada como factor etiológico de estomatitis por contacto.<sup>23</sup>

## Prevalencia de Patología Bucal y de Estructuras Relacionadas en Pacientes Geriátrico de la Región I del Estado de México.

El estudio se realizó con el propósito de detectar las alteraciones de la cavidad bucal y de estructuras relacionadas más frecuentes en población geriátrica, se llevó a cabo un estudio epidemiológico en los 24 municipios que constituyen la región I del Estado de México.

Un total de 10,561 domicilios fueron visitados captándose 2,308 personas, de las cuales 699 (30.29%) fueron varones y 1,609 (69.71%) mujeres.

El examen consistió en la observación y palpación de los tejidos bucales, de la cabeza y del cuello. El diagnóstico se estableció a través de la correlación de los hallazgos clínicos y el interrogatorio durante el estudio se detectaron 537 lesiones, correspondiendo el 66.66% de los casos al sexo femenino y el 33.34% al sexo masculino. Las patologías más frecuentes fueron: hiperplasia fibrosa (7.08%), hiperplasia papilar (3.16%).<sup>24</sup>

La Estomatitis Subprótesis en pacientes desdentados totales.

Resultados:

Se estudiaron 100 pacientes desdentados totales maxilares y portadores de prótesis desajustadas que acudieron al Servicio de Prótesis de la Facultad de Estomatología del ISCM-H. los pacientes fueron examinados, y por observación directa de la mucosa palatina. Se determinó la zona de ubicación de la lesión y por medio del interrogatorio se conoció el hábito de uso de las prótesis en estos pacientes. El 70% de los pacientes estudiados presentaron una mucosa alterada, con predominio de estomatitis por contacto (44,3%). Con respecto al hábito de uso de las prótesis, de los 100 pacientes estudiados 75 presentaban uso continuo de estas, mientras que solo 25 tenían de uso discontinuo. De los que usaban la prótesis constantemente, 62 presentaron la mucosa alterada, en los que predominó estomatitis por contacto (96,8%).<sup>25</sup>

## TERMINOS MEDICOS USADOS

**Alergia.** Reacción de hipersensibilidad frente a antígenos intrínsecamente no nocivos, la mayoría de los cuales son ambientales.

**Callosidad.** Dureza de la especie del callo, menos profunda, debida a fricción, presión u otros irritantes.

**Candida albicans.** Hongo microscópico primitivo semejante a las levaduras y presente habitualmente en las mucosas de la boca.

**Candida.** Género de hongos levaduriformes que incluye al patógeno común candida albicans.

**Candidiasis.** Cualquier infección causada por especies de candida, habitualmente candida albicans, caracterizada por prurito, exudado blanco, descamación y facilidad de hemorragia.

**Carcinogénico.** Pertenece o relativo a la capacidad de provocar el desarrollo de un cáncer.

**Carcinógeno.** Sustancia o agente que produce el desarrollo o aumenta la incidencia de cáncer.

**Cicatriz.** Tejido fibroso avascular, pálido, retraído y duro que se observa tras la fase precoz de reparación de los tejidos en la que es rojizo y suave.

**Colutorio.** Líquido medicado que se usa para limpiar la cavidad bucal y tratar las membranas mucosas de la boca.

**Descamación.** Desprendimiento de elementos epiteliales, principalmente de la piel, en forma de escamas o membranas.

**Diagnóstico.** Parte de la medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas y signos de ésta.

**Edematoso.** Pertenece o que presenta aspecto tumefacto, con una acumulación excesiva de líquido en los tejidos.

**Edematoso.** Pólipo glandular benigno.

**Epitelioma.** Tumor o neoplasia maligna constituida por células epiteliales neoformadas, con anaplasia en mayor o menor grado y capacidad de invadir tejidos vecinos y provocar metástasis a distancia en algún momento de su evolución.

**Estomatitis.** Proceso inflamatorio de la boca. Puede deberse a una infección por bacterias, virus u hongos, exposición a determinados productos químicos o fármacos, déficit de vitaminas o enfermedades inflamatorias generalizadas.

**Estratificado.** Dispuesto en capas.

**Estrato.** Lámina o capa uniformemente gruesa, habitualmente asociada a otras capas, como el estrato basal de la epidermis.

**Excoriación.** Pérdida superficial de sustancia que sólo interesa la epidermis, como la producida por rascadura.

**Fibroma.** Tumor benigno compuesto en su totalidad de fibras de tejido conectivo, llamado también fibroide.

**Fibroma.** Tumor benigno constituido principalmente por tejido fibroso o conectivo totalmente desarrollado.

**Fibromatosis.** Producción de fibromas múltiples.

**Fisura.** Cisura, hendidura, regadía o surco superficial normal o patológico.

**Gránulo.** Partícula, grano u otra pequeña masa seca capaz de moverse libremente.

**Hiperemia.** Aumento de la sangre en una parte del cuerpo, causada por un aumento del flujo sanguíneo, como la respuesta inflamatoria, por relajación local de las arteriolas o por obstrucción del flujo de retorno de la sangre desde un área. La piel que cubre un área hiperémica habitualmente está roja y caliente.

**Hiperplasia.** Aumento del número de células de una parte del cuerpo.

**Hiperqueratosis.** Sobrecrecimiento de la capa cornea de la piel.

**Iatrogenia.** Viene del griego *latro*, que significa médico, y *Genia*, originado o causado por. Se refiere a los efectos resultantes de la actuación del médico. Dícese de toda alteración del estado del paciente producida por el médico.

**Infección.** 1 invasión del organismo por gérmenes patógenos que se producen y multiplican, produciendo una enfermedad por lesión celular local, secreción de toxinas o reacción antígeno-anticuerpo en el huésped.

2 enfermedad producida por la invasión del organismo por gérmenes patógenos.  
Inflamación. Respuesta protectora de los tejidos del organismo ante una irritación o lesión. La inflamación puede ser aguda o crónica; y sus signos cardinales son enrojecimiento (rubor), calor, tumefacción (tumor) y dolor, acompañado de impotencia funcional.

Irritación. Estado de sobre excitación o sensibilidad exagerada de una parte.

Laceración. 1 acción de desgarrar o lacerar. 2 herida desgarrada.

Leucoplasia. Lesión caracterizada por manchas blanquecinas, planas, ligeramente elevadas, y de tacto algo áspero, en las mucosas.

Liquen plano. Enfermedad crónica de la piel, no maligna, de causa desconocida, caracterizada por pápulas o placas pequeñas, planas, de color púrpura, con líneas finas grises en la superficie.

Mácula. Pequeña zona pigmentada o mancha que parece separada o diferente del tejido que la rodea.

Mancha. Punto, tinte, borrón o marca.

Micosis. Cualquier enfermedad producida por hongos.

Micótico. Relativo o perteneciente a una enfermedad producida por hongos.

Monilia. Cándida albicans.

Neoplasia. 1 Desarrollo de células nuevas y anormales, que pueden ser benignas o malignas. 2 neoformación o nuevo crecimiento de tejido, en el que la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo y tiene un carácter a veces progresivo.

Nodular. (Masa pequeña y redonda) pequeño, duro y nudoso.

Papila. Elevaciones pequeñas, cónicas, de la piel y mucosas.

Papiloma. Hipertrofia de las papilas, de origen inflamatorio, con neoformación de tejido conjuntivo.

Papilomatosis. Estado morboso caracterizado por el desarrollo de papilomas.

Papilomatosis. Trastorno en el que se produce un desarrollo diseminado de excrecencias en forma de pezón.

Pápula. Lesión cutánea elevada, sólida, pequeña, de menos de 1 cm. de diámetro. Como las lesiones de liquen plano.

Paquidermia. Hipertrofia o engrosamiento de la piel.

Patogenia. Frente o causa de una enfermedad o trastorno.

Patogenicidad. Relativo a la capacidad de un agente patógeno para producir una enfermedad.

Patogénico. Capaz de causar o producir enfermedad.

Patógeno. Todo microorganismo capaz de producir enfermedad.

Patología. Estudio de las características, causas y efectos de las enfermedades, tal y como se observan en la estructura y función del cuerpo.

Patología. Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los trastornos que se producen en el organismo.

Pedículo. Conducto, tallo o tubo estrecho de tejido unido a un tumor, colgajo cutáneo u órgano.

Pólipo. Pequeño crecimiento de aspecto tumoral que sobresale de una mucosa superficial.

Pólipo. Tumor, generalmente pediculado, que se desarrolla a expensas de alguno de los elementos de una membrana mucosa.

Queratosis. Dermatitis caracterizada por una anomalía de la queratinización de los tegumentos.

Tratamiento. Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

Trauma. Suceso o experiencia muy impactante vivido por un sujeto, que produce diversos trastornos y un cambio psicopatológico persistente.

Traumatismo. Término general que comprende todas las lesiones internas o externas provocadas por una violencia exterior, estado del organismo efecto de una herida o contusión graves.

Úlcera crónica. Úlcera generalmente indolente, de bordes callosos, sin tejido de granulación en el fondo.

Úlcera. Solución de continuidad con pérdida de sustancia de cualquier superficie epitelial del organismo, con escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea.

Prótesis. Sustitución artificial de una parte del cuerpo que falta como un miembro artificial o una sustitución articular completa.

Prótesis dental. Aparato fijo o extraíble para sustituir la pérdida de uno o más dientes naturales.

Tejido. Conjunto de células similares que actúan conjuntamente en la realización de una determinada función.

Petequia. Manchas diminutas de color violáceo o rojo que aparecen en la piel como consecuencia de mínimas hemorragias en la dermis o en la submucosa.

Tumor. Hinchazón o aumento de tamaño que aparece en las enfermedades inflamatorias. También llamado neoplasia, crecimiento nuevo de tejido caracterizado por la proliferación progresiva e incontrolada de células. El tumor puede ser localizado o ser invasivo, ser benigno o maligno.

Sésil. (en biología) unido por la base, en lugar de estarlo por un tallo o un pedúnculo, como una hoja unida directamente al tallo. Conectado de forma permanente.

Pedúnculo. Parte con forma de tallo que conecta con algo, como el pedúnculo pineal o un injerto pedunculado.

Pedículo. Conducto, tallo o tubo estrecho de tejido unido a un tumor, colgajo cutáneo u órgano.

Nódulo. Terminal simple de ordenador en una red de terminales y ordenadores. Masa pequeña y redonda.

Micótico. Relativo o perteneciente a una enfermedad producida por hongos.

Neoplasia. Desarrollo de células nuevas y anormales, que pueden ser benignas o malignas.

Neoplasia benigna. Tumor, característicamente localizado, que tiene una cápsula fibrosa, de crecimiento potencialmente limitado, forma regular y células bien diferenciadas.

Una neoplasia no invade el tejido adyacente ni metastatiza a distancia. Solo causa daño por compresión y habitualmente no recurre después de la extirpación quirúrgica. Algunos tipos de neoplasia benigna son: adenoma, fibroma, hemangioma y lipoma.

Neoformación. Neoplasia o tumor.

Induración. Endurecimiento de un tejido, en particular de la piel, por edema, inflamación o infiltración neoplásica.

Hongo. Parásito vegetal simple que, careciendo de clorofila, no es capaz de fabricar su propio alimento y depende de otras forma vivas. Los hongos simples se producen por gemación; los hongos multicelulares se reproducen mediante la formación de esporas.

Hipertrofia. Aumento de tamaño de un órgano causado por un aumento del tamaño de las células más que por el aumento del número de células.

Granuloma piógeno. Masa pequeña, no maligna constituida por tejido de granulación en exceso, que habitualmente se localiza en el lugar de una herida. Suele ser de color rojo mate, contiene numerosos capilares, sangra con facilidad y es muy sensible; puede estar unido por un pedículo estrecho.

Granuloma. Masa de tejido de granulación nodular producida por inflamación, lesión o infección. Está constituido por capilares y fibroblastos en crecimiento.

Fibroma de irritación. Excrecencia periférica localizada, seudotumoral, del tejido conectivo, producida por una irritación prolongada. Se suele desarrollar en las encías de la mucosa bucal.

Erosión. Gradual destrucción por desgaste de una superficie, como la de una mucosa o la de la superficie, como consecuencia de un proceso inflamatorio, lesión u otros efectos.

Épulis. Tumor de la encía, especialmente el tumor fibromatoso o sarcomatoso del periostio del maxilar.

Épulis. Cualquier tumor que crece en la encía.

Eritema. Enrojecimiento o inflamación de piel o mucosas, que se produce como consecuencia de la dilatación y congestión de los capilares superficiales.

Cresta. Elevación alargada estrecha.

Carcinoma epidermoide. Neoplasia maligna en la que las células totorales tienden a diferenciarse en células epidérmicas de aspecto córneo denominadas células espinosas.

Carcinoma in situ. Neoplasia premaligna que no ha invadido la membrana basal aunque muestra características citológicas de tumor maligno. Estos cambios neoplásicos se observan con cierta frecuencia en los epitelios escamosos estratificados y granulares del cuello uterino, ano, bronquios, mucosa bucal, ojo, labios etc.

Anaplasia. Cambio en la estructura de las células y en su orientación entre sí caracterizado por la pérdida de diferenciación y por la regresión a una forma más primitiva. La anaplasia es característica de las enfermedades malignas.

Aftas. Ulceraciones superficiales, dolorosas, que suelen afectar a la mucosa oral.

Tratamiento. Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades.

Etiología. Parte de la medicina que tiene por objeto el estudio de las causa de las enfermedades.

Alteración. Cambio cualquiera en la naturaleza, forma o cualidades de un cuerpo o sustancia. Ordinariamente, cambio en mal sentido.

Inflamación. Respuesta protectora del organismo ante una irritación o lesión. La inflamación puede ser aguda o crónica; sus signos cardinales son enrojecimiento (rubor), calor, tumefacción, (tumor) y dolor, acompañado de impotencia funcional. La histamina, las quininas y otras diversas sustancias median en el proceso inflamatorio.

## CONCLUSIONES.

El estudio de las iatrogenias ocasionadas por una prótesis total dentro de la práctica dental ha tomado mucha importancia en la actualidad, puesto que el odontólogo en su calidad de especialista de la cavidad bucal, tiene la oportunidad de observar alteraciones de volumen, consistencia y color en los tejidos de dicha cavidad, así como la presencia de nódulos, úlceras, etc., que pueden ser manifestaciones orales de algún trastorno sistémico, o bien una iatrogenia, de ahí la importancia de la patología puesto que si son ocasionadas por algún padecimiento general sin tratamiento médico, pueden provocar incapacidades o secuelas importantes.

Es por esto que el diagnóstico y tratamiento precoz son de suma importancia para la rehabilitación o prevención de las alteraciones en nuestro paciente.

Por otra parte, debemos tener en cuenta que el estado general de nuestro paciente nos puede condicionar el éxito o fracaso en nuestras prótesis y restauraciones dentales, puesto que el aparato estomatognático no es una entidad separada del resto del organismo sino que es un reflejo de su salud o enfermedad.

Debemos tener en cuenta que un aparato protésico o restauración mal sellada, bordes cortantes, etc. Nos pueden desencadenar toda una serie de alteraciones en la cavidad oral, hasta el desencadenamiento de metástasis en úlceras sospechosas.

El desarrollo de los medios de diagnóstico ha ido en aumento conforme pasan los años mejorando la atención del paciente a tratar. El diagnóstico se ha definido como la habilidad y destreza del clínico para describir, reconocer y saber la naturaleza del proceso patológico, es decir estar familiarizado con las cualidades, la evolución y el desarrollo de las alteraciones que pueden presentar los pacientes. El diagnóstico es la base de la terapéutica. Este concepto presupone que la alteración es primero identificada y luego eliminada.

Primeramente obtenemos un diagnóstico de presunción que está basado en un signo clínico característico de la alteración el cual se compara con otras alteraciones similares para elaborar un diagnóstico diferencial y una vez obteniendo el resultado de ambos elaboramos el definitivo.

La capacidad de distinguir las alteraciones locales, de las generales, se adquiere solamente mediante la práctica continua y la experiencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Álvarez A. R. Salud Pública y Medicina Preventiva 2ª Ed. México: Ed El Manual Moderno S.A. de C. V.; 1998. 10-11
2. Adriano A. M, Caudillo J. T. Epidemiología Estomatológica. 1ª Ed. México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; 2000. 34-35
3. Sheldon W. Prostodoncia Total 1ª Edición. Ed. Interamericana 1982. 100,101,115-121
4. Shafer G.W. Tratado de Patología Bucal 4ª Edición. México: E.d. Interamericana 1977. 401-403,567-574,605,606
5. Regezi J. A. Patología Bucal. 2ª Edición. México: Ed. Interamericana 1995. 103,104,114-120,175,176,202-204
6. Boucher. Prostodoncia Total de Boucher 10ª Edición Ed. Interamericana. 30-37
7. José Y Ozawa Deguchi. Estomatología Geriátrica. 1ª Ed. México: Ed. Trillas Junio 1994. 94-97, 199,204-206,243-250, 258,263-265
8. Gorlin RJ, Goldman HM. Thoma, Patología Oral. 6ª Ed. Barcelona: Ed. Salvat; 1983. 809,810,882-884,889-892
9. [http// tesis. Gepsea. Org/ lect Htm](http://tesis.Gepsea.Org/lectHtm) 2004.
10. Bhaskar S.N. Patología Bucal. 5ª edición Ed. El ateneo 1979. 9-11, 322, 345-349,351
11. Bagán J.V., Ceballos A., Bermejo A., Aguirre J.M., Peñarochas M. Medicina Oral. Barcelona: Ed Masson S. A; 1995. 73,76,77,95, 152-155,161-174,178-180
12. Manfred S., Gerdt K. Mucosa Oral Atlas a Color de Enfermedades. 3ª Ed. España: Ed. Marban Libros, S.L., 1996. 443-445, 751
13. Castellanos J.L, Díaz L.M, Gay O. Medicina en Odontología Manejo Dental de Pacientes con Enfermedades sistémicas. 2ª Ed. México: Ed. Manual Moderno; 2000. 405
14. Philip J., Lewis R., George P. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Madrid España: Ed. Elsevier; 2004. 229,230,283,284

15. Donal A. Diagnostico Bucal. 4ª Ed. Mundi. 41
16. Giunta J.L. Patología Bucal. 3ª Ed. México: Ed. Interamericana; 1999. 115,116,126,140
17. Levente Z. Medicina Bucal Evaluación y Manejo del Paciente. Ed. Limusa; 1987. 68,96
18. Grinspan. Enfermedades de la Boca Semiología, Patología, Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal. 3ª Ed. Buenos Aires: Ed. Mundi; 1976. 806-809, 1485,1486
19. Sotomayor J, Pineda M, Gálvez L, Castellón A. Alteraciones Clínicas de la Mucosa Bucal en Personas de la Tercera Edad Portadoras de Prótesis Total. Odontología Sunmarquina. Facultad de Odontología. Vol. 1 N0° 10, Ed. Texto Completo; 2002. 17-22
20. Tamarit M, Delgado E, Berini L, Gay C. Exéresis de las Lesiones Hiperplásicas de la Cavidad Bucal. Estudio Retrospectivo de 128 casos. Med. Oral Patol Oral Cir Bucal 2005, 151-62
21. Eguia A, Aguirre JM, Martínez R, Echevarria MA, Sagasti O. Síndrome de Boca Ardiente en el País vasco: Estudio Preliminar de 30 casos. Med Oral 2003, 84-90
22. Arechavaleta E, Factores de Riesgo de Lesiones Premaligna y Malignas de la Cavidad Bucal. Instituto Superior de Ciencias Médicas Facultad de Estomatología Santiago de Cuba. 2002, 26
23. Dinatale E. Respuesta Alérgica en Pacientes con Estomatitis Subprotésica. Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela; 2002. 1-16
24. González LBS, González HL, Bobadilla DA. Prevalencia de Patología bucal y de Estructuras relacionadas en Pacientes Geriátrico de la Región I del Estado de México. Rev. ADM 1995, 129-137
25. Carreira V, Zoraya E, La Estomatitis Subprótesis en Pacientes Desdentados Totales. Facultad de Estomatología Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. 2000, 1-8
26. Newton, A. V. Denture sore Mouth. A possible Etiology. 1962, 357-360

27. Moreira Díaz E, Bernal Balaes A, Urbizo J. Estudio epidemiológico en 6302 pacientes portadores de prótesis dentales removibles. Rev Cub Estomatol. 1989, 71-80
28. Lazarde, J, Pacheco, A. Identificación de especies de Cándida en un grupo de pacientes con Candidiasis Atrófica Crónica. Acta Odontológica Venezolana. 2001, 13-18
29. Giglio J.M, Nicolosi N.L. Semiología en la práctica de la odontología. Santiago: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. p.2-4
30. Douglas M, Anderson, MA. Diccionario medicina, enfermería y ciencias de la salud. Madrid: Sexta edición. Elsevier; 2003.

# ANEXOS

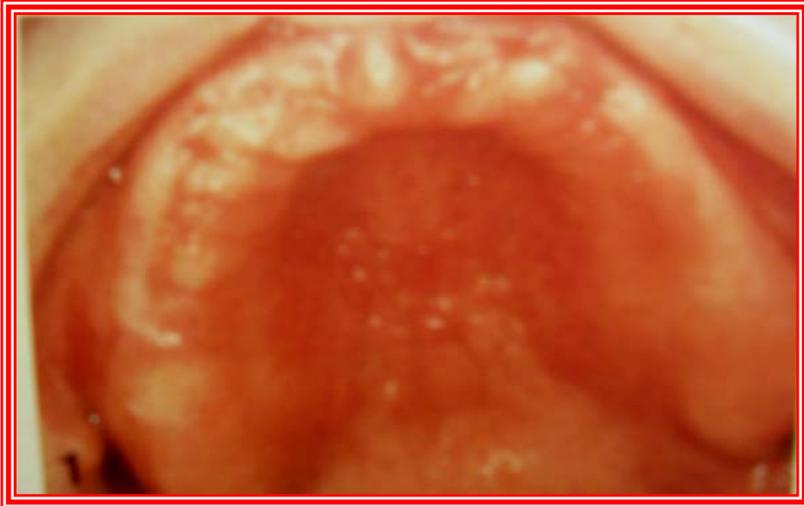
**TRAUMÁTICAS**



**Fibroma**



**Úlcera Traumática**



**Hiperplasia papilar**





**Leucoplasia**





**Épulis fisurado**



**Úlcera traumática**



**Hiperplasia fibrosa**



**Úlcera traumática**

## ALÉRGICAS



Estomatitis por contacto



**INFECCIOSAS**



**Candidiasis atr6fica cr6nica**





**Queilitis angular**

