



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANUAL TERAPÉUTICO DE LESIONES ASOCIADAS
AL USO DE PRÓTESIS REMOVIBLES.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

JONATHAN RAFAEL MARTÍNEZ HURTADO

TUTORA: Mtra. DENIS ANAYANSI CUEVAS ROJO

ASESORA: Dra. SANTA PONCE BRAVO



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.



*DEDICO EL PRESENTE TRABAJO A MIS PADRES,
POR SU EJEMPLO DE ENTREGA Y DEDICACIÓN,
POR SER EL PILAR FUNDAMENTAL EN TODO LO
QUE SOY, EN TODA MI EDUCACIÓN, TANTO
ACADÉMICA COMO DE LA VIDA Y POR SU APOYO
INCONDICIONAL A PESAR DE TODO.*

*A DIOS POR DARME LA VIDA Y A MI FAMILIA
POR ESTA SIEMPRE A MI LADO.*

*SE AGRADECE A DE IGUAL MANERA A MI
TUTORA QUIEN ME HA ORIENTADO EN TODO
MOMENTO EN LA REALIZACIÓN DE ESTE
PROYECTO.*



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
II. MARCO TEÓRICO	6
Lesiones asociadas al uso de prótesis removible	6
Principales lesiones	7
ESTOMATITIS PROTÉSICA (ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA)	9
Definición	9
Clasificación	10
Epidemiología	12
Etiología	13
Patogénesis.....	16
Características clínicas.....	20
Adhesión	21
Diagnóstico.....	22
Tratamiento	23
Prevención.....	28
ÉPULIS FISURADO.....	29
Definición	29
Etiología	30
Epidemiología	30
Características clínicas.....	31
Diagnóstico.....	32
Tratamiento	32
QUERATOSIS FRICCIONAL	35
Definición	35
Etiología	36
Características Clínicas.....	37
Diagnóstico.....	38



Pronóstico.....	39
Tratamiento	39
ÚLCERA TRAUMÁTICA	40
Definición	40
Etiología	41
Características clínicas.....	43
Diagnóstico.....	44
Tratamiento	45
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.....	46
Factores sistémicos	46
Síndrome de Sjögren.....	46
Reacción alérgica.....	50
Higiene de la prótesis	55
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	57
IV. JUSTIFICACIÓN	57
V. OBJETIVO.....	57
VI. METODOLOGÍA.....	58
MANUAL.....	58
VII. CONCLUSIONES	59
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86



I. INTRODUCCIÓN

El odontólogo de práctica general debe poseer las habilidades para solucionar los problemas de los pacientes edéntulos parciales o totales, como es la confección de prótesis dentales fijas y removibles (parciales y totales).

La restitución de dientes perdidos mediante prótesis, favorece diversas funciones fisiológicas como la masticación, la deglución y la fonación, y por supuesto también a la restauración de una estética perdida.

Pero la colocación de las prótesis dentales puede originar diferentes respuestas de la mucosa oral debidas tanto a factores mecánicos como a factores químicos e incluso microbiológicos. Estas lesiones pueden aparecer y evolucionar tanto de forma aguda como crónica. De ahí la importancia de que el odontólogo deba estar capacitado para evitar en lo posible su aparición, pero una vez producidas debe de poner atención para detectarlas, diagnosticarlas y por supuesto establecer las medidas precisas para tratarlas, minimizar sus efectos o remitir al especialista para una posible corrección total.

El éxito completo de los tratamientos rehabilitadores mediante prótesis dentales requiere en primer lugar de un meticuloso estudio de casa caso, una correcta planificación y diseño del tratamiento, así como la elección de los sistemas y materiales más apropiados en cada caso.

Posteriormente, una vez que la prótesis se encuentra alojada en la cavidad bucal, es preciso instruir convencionalmente al paciente en un cuidado e higiene constantes. De este modo conseguiremos la satisfacción completa de nuestro paciente y la nuestra por un trabajo bien hecho.



Por tal motivo el propósito de este trabajo es apoyar al Cirujano Dentista con una herramienta para el diagnóstico y prevención de la aparición de lesiones bucales asociadas al uso de prótesis por medio de un manual terapéutico.

II. MARCO TEÓRICO

Lesiones asociadas al uso de prótesis removible

Las lesiones de la mucosa bucal constituyen un problema importante de salud, existiendo diferentes factores de riesgo que favorecen su aparición.

La ubicación de cualquier tipo de prótesis dental en la boca provoca inevitable variaciones del medio bucal, que obliga a los tejidos a reaccionar para adaptarse a nuevas situaciones dependiendo de las características de las mismas y de la capacidad de reaccionar de cada organismo.

La calidad de la prótesis y su papel en la aparición de las lesiones bucales resultan de gran interés para la comprensión de la etiología de estas enfermedades y la recomendación de estrategias preventivas.

Las prótesis bucales pueden comportarse como tal si tenemos en cuenta que actúan como factor traumático local, que de forma constante adquieren contacto con los tejidos, que de por sí muestran ciertos cambios fisiológicos marcados por los años. Y otros sobreañadidos por padecimientos crónicos de la persona; en ocasiones, se adicionan factores de carácter local que se potencian unos con otros.

Las lesiones bucales no están directamente aumentadas en los pacientes portadores de prótesis pero desde el punto de vista preventivo deben seguirse muy de cerca por su carácter irritativo crónico.

El grado de satisfacción del portador de prótesis dentales no será igual si aparecen lesiones de la mucosa bucal, porque estas podrán ocasionar

molestias e inadaptación con la aparatología que incluso podrán a llevarlo a retirársela, lo cual sería un fracaso del tratamiento rehabilitado¹.

Así, las alteraciones patológicas de la mucosa bucal encontradas más frecuentemente en pacientes asociados al uso de prótesis dentales y la calidad de las mismas son:

- Estomatitis protésica
- Épulis fisurado
- Queratosis friccional
- Úlcera traumática

Principales lesiones

Las lesiones asociadas a prótesis son de carácter erosivo y ulceroso, y por lo tanto son frecuentes, sobre todo en el caso de prótesis removible debido a desajustes, exceso de movilidad y otros factores que pueden comenzar con la atrofia, disminución y consistencia del epitelio de la mucosa oral.

Estas lesiones suelen ser de origen traumático y son fácilmente reconocibles a la exploración intraoral. Son más frecuentes en personas de edad avanzada, por encima de los sesenta años. Si se elimina la causa que la produce como el roce de una base de prótesis desaparecen en unos días, generalmente menos de dos semanas (figura 1)².



Figura 1 Hiperplasia fibrosa inflamatoria del reborde superior ocasionada por prótesis desajustada.



Estomatitis protésica que clínicamente se presenta como una mucosa eritematosa y atrófica en la zona donde se apoya la base de una prótesis total o removible. En cuanto su sintomatología, puede presentar sensación de quemazón en la mayoría de los casos son asintomáticos y suele encontrarse durante la exploración de la mucosa de rutina. Su etiología es multifactorial y un factor muy importante es la colonización de hongos, principalmente la *C. albicans*².

Estomatitis de contacto, es una lesión mucho menor frecuente, cuando aparece se manifiesta por un edema eritematoso y tumoración, presentando sintomatología de quemazón, sensibilidad al tacto y a los cambios de temperatura. Es causada por la sensibilidad a diversas sustancias como alimentos, medicamentos y materiales dentales³.

Hiperqueratosis friccional, resulta por la manifestación de una reacción protectora de la mucosa provocada por el trauma crónico. No es un proceso maligno y generalmente se incluye dentro de las leucoplasias. Suele localizarse en los rebordes alveolares de la prótesis removible².

Épulis fisurado, se considera como una lesión hiperplásica inflamatoria, a la exploración oral se aprecian pliegues por eso su nombre de fisurado y suele corresponder a las aletas de las prótesis que no ajustan bien. Su localización se encuentra en la encía vestibular, generalmente es asintomático y puede alcanzar un tamaño considerable de no ser tratado.

Hiperplasia fibrosa, esta aparece como una tumoración asintomática de consistencia firme de crecimiento lento y tamaño variable, originada por un traumatismo principalmente. Esta lesión es casi exclusiva de los portadores de prótesis.

Pigmentaciones o tatuajes, suelen deberse a la relación de elementos metálicos durante el tallado de los dientes o al realizar ajustes de los márgenes. Pequeñas fracciones metálicas salen liberadas y se introducen en el tejido conjuntivo. La mucosa adquiere un color grisáceo-negro-azulado, por lo general la encía es la más afectada (figura 2)² .



Figura 2 Tatuaje en el límite entre la encía adherida y la mucosa alveolar entre el canino y el primer premolar restaurado mediante una corona de metal porcelana.

ESTOMATITIS PROTÉSICA (ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA)

Definición

La estomatitis protésica es una patología inflamatoria infecciosa asociada a la utilización de prótesis dentales removibles que se caracteriza por un enrojecimiento persistente del área de soporte, preferentemente la zona palatina, presentando edema y/o tejido hiperplásico asociado al área de soporte biológico de estos aparatos. Es una de las alteraciones que más comúnmente se diagnostica dentro de la patología bucal.

Las prótesis dentales son el factor más importante en los pacientes que no presentan un estado de inmunosupresión, ya que actúan alterando las condiciones de la mucosa oral, además de una serie de factores locales y ambientales que pueden modificar el microambiente de la cavidad oral, como el tabaquismo, la xerostomía, la caries dental y el uso de antibióticos (figura 3)⁴.



Figura 3 Estomatitis protésica ocasionada por dentadura total superior.

Clasificación

Newton en 1962 clasifica clínicamente el proceso en tres periodos o grados, basada en la apariencia clínica de inflamación de la mucosa afectada por debajo de la prótesis (figuras 4,5 y 6).

- Newton tipo I: Caracterizado por la aparición de un punteado rojizo sobre la mucosa palatina (lesión puntiforme), generalmente asintomáticos, es la lesión mínima visible a la inspección (simple inflamación localizada).



Figura 4 Newton tipo I.

- Newton tipo II: Eritema difuso de la mucosa en contacto con la dentadura (simple inflamación generalizada), donde se observa una mucosa hiperémica, lisa y atrófica, lesión francamente inflamatoria, la superficie mucosa es de color rojo brillante, aparecen áreas eritematosas que pueden cubrirse por un exudado blanco grisáceo. Generalmente el paciente refiere alguna sensación subjetiva.



Figura 5 Newton tipo II.

- Newton tipo III: Superficie granular (hiperplasia papilar inflamatoria) donde la mucosa presenta ya un aspecto granular o nodular ^{5,6}.



Figura 6 Newton tipo III.



Epidemiología

Brevis realizó investigación sobre la prevalencia de la estomatitis, se encuentra entre un 26 a 65 % comprometiendo a sujetos cuyas edades están entre los 25 a 90 años. Con una mayor predilección por el género femenino, siendo su localización más habitual a nivel del paladar y rara vez en la mandíbula.

Candida asociada con estomatitis protésica se ha encontrado entre un 60-65% de pacientes portadores de prótesis con manifestaciones clínicas más difusas, pero teniendo en cuenta también los sujetos que no manifiestan signos clínicos de inflamación, el porcentaje aumenta a 75% de la población portadora de prótesis.

C. albicans se ha demostrado que es el principal responsable de esta patología inflamatoria por sobre otras especies que participan en la patogénesis de la candidiasis oral, como, *C. krusei*, *C. tropicalis* y, sobre todo, *C. glabrata*. Sin embargo, *C. albicans* sigue siendo el patógeno principal, debido a su capacidad para adherirse y proliferación a través de los tejidos duros y blandos de la cavidad oral y para producir un complejo bacteriano⁴.

Diversos estudios han demostrado que existe una asociación de *C. albicans* con otras bacterias bucales como *streptococcus sanguis*, *Streptococcus salivarius*, *Streptococcus mutans*, *Fusobacterium nucleatum* y *Actinomyces viscosus* y que estas bacterias promueven la adherencia de las levaduras al epitelio oral y a las superficies acrílicas y pueden llegar a producir lesiones mixtas en la mucosa oral, como la queilitis angular. Sin embargo los factores que facilitan esta co-infección no han sido identificados⁷.



Etiología

Esta lesión tiene una etiología multifactorial y ha sido asociada con la presencia de *C. albicans* y otros microorganismos bucales. El desarrollo de la estomatitis protésica se ve influido, además por diversos factores locales y sistémicos, como un pH salival ácido, el alto consumo de carbohidratos, tratamiento antibiótico antibacteriano prolongado, terapia hormonal, así como *diabetes mellitus* o hipertensión arterial que tienen repercusión directa en las condiciones ambientales de la cavidad bucal⁸.

Trauma protésico

Es muy frecuente observar la estomatitis protésica asociada al trauma producido por la dentadura y ha sido generalmente relacionado como un posible factor predisponente.

La secuencia de una correcta estabilidad protésica conlleva a un desplazamiento de la prótesis durante su función.

La inestabilidad y el desplazamiento producen lesiones mucosas como enrojecimiento y ulceraciones similares a las producidas por los efectos de extensión de prótesis, debe recordarse que una prótesis técnicamente bien concebida, debe constituir un estímulo a los tejidos de sostén y no una agresión.

Dentro del grupo etiopatogénico denominando trauma protésico podemos incluir los hábitos incorrectos de utilización de la prótesis por parte del paciente. El uso continuado de la prótesis puede favorecer la estomatitis protésica por varios motivos. Por una parte va a provocar un incremento de las lesiones locales y por el otro lado, aumenta el tiempo de exposición de la mucosa a la placa de la dentadura. Se ha observado un incremento de la frecuencia y densidad de *C. albicans* en la superficie de asiento de la prótesis en aquellos pacientes que la utilizan noche y día. Es por ello que

muchos investigadores le confieren gran importancia al tiempo de uso diario y recomiendan un receso entre seis u ocho horas al día (figura 7)⁸.

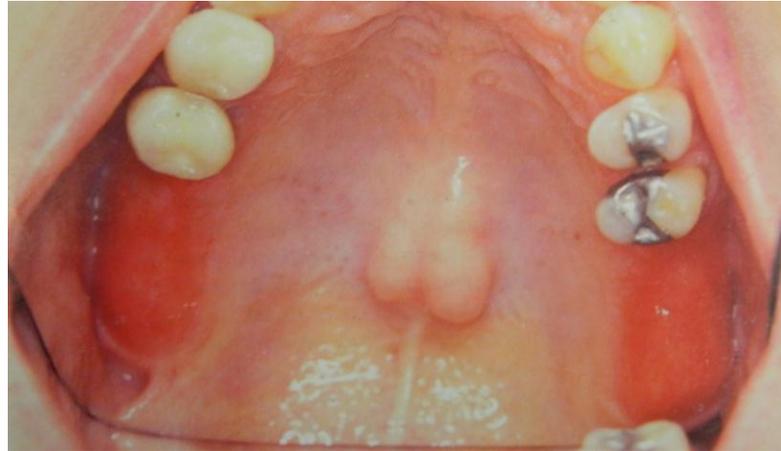


Figura 7 Trauma ocasionado por prótesis dental.

Infección candidiasica asociada a estomatitis protésica

La candidiasis o moniliasis es una de las infecciones micóticas que con más frecuencia afecta la cavidad bucal de los humanos, cuando se asocia con la prótesis removible puede inducir a la formación de estomatitis protésica, esencialmente en aparatos desajustados y con muchos años de uso⁹.

Candida albicans es un hongo comensal que está presente en la flora normal de la cavidad bucal, su principal ubicación es en la parte posterior de la lengua y otros sitios orales de la mucosa, mientras que la película que cubre las superficies dentales es colonizada secundariamente.

Numerosos estudios han demostrado que varias especies de *Candida* poseen una multitud de mecanismos de virulencia que conduce a la colonización exitosa y a la infección del hospedero cuando el sistema de defensa el huésped sufre a causa de cualquier alteración como la inmunodeficiencia, *C. albicans* se vuelve virulento y genera candidiasis, que

se puede manifestar a través de diversas formas clínicas que comprenda uno o más sitios orales, hasta afectar toda la cavidad oral (figura 8)^{10,11}.



Figura 8 Infección micótica asociada a estomatitis protésica.

C. albicans asociada a estomatitis es un proceso inflamatorio muy común que afecta alrededor de un 60 % de personas que son portadoras de prótesis bucales¹⁰.

Higiene bucal

La higiene bucal deficiente no sólo incluye la limpieza de los dientes remanentes (en el caso de que existan), sino también la limpieza del aparato protético y el enjuagatorio de los tejidos blandos que se encuentran en contacto con la prótesis.

Una higiene bucal deficiente de 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 *C. 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. El riesgo de poseer la estomatitis protésica aumenta cuando disminuye la higiene bucal^{7,12}.

Cuando se habla del uso de sustancias irritantes, nos referimos a aquellos productos químicos utilizados por los pacientes para realizar la limpieza de sus prótesis, y que no son los indicados para este fin; entre ellos se encuentran los detergentes (líquidos o polvos), jabón, e incluso desinfectantes, entre otros. El no enjuagar correctamente las prótesis después de haber utilizado alguno de estos productos implica el riesgo de que hayan quedado restos de éstos en la base de la prótesis, y se pueda producir alguna reacción alérgica o de otra índole, al ponerse en contacto con la mucosa bucal sana, y, si se encuentra ya afectada, puede provocar más irritación de la que pudiera estar presente¹².

Patogénesis

La patogénesis de la estomatitis protésica asociada con *Candida* es multifactorial. Incluye factores locales y sistémicos relacionados con el huésped y con la capacidad de *Candida* para adherirse y proliferar en los tejidos epiteliales del huésped y es capaz de elevarse cuando las condiciones del entorno oral son favorables para el crecimiento y la adherencia de la levadura y también cuando los factores sistémicos del huésped están frente una depresión de los mecanismos de defensa¹⁰.

Factores sistémicos

Diabetes. Comúnmente se acepta que la *Diabetes Mellitus* es una condición predisponente a infecciones odontogénicas, en particular a la candidiasis oral.

La saliva de los pacientes diabéticos favorece al crecimiento de *C. albicans*, estudios invitro han demostrado que en las superficies de las prótesis totales hay recuento más elevado de colonias de *Candida* en comparación con los pacientes no diabéticos¹⁰.



Deficiencia de los factores nutricionales. En la patogénesis de la candidosis oral se ha implicado una gran variedad de factores nutricionales, incluyendo las dietas ricas en carbohidratos (que actúa como factor predisponente local) y las deficiencias de hierro, ácido fólico, y vitaminas¹³.

Algunos autores informan de la anemia ferropénica y altos niveles de colesterol como causas de la candidiasis¹⁰.

La xerostomía. Alteraciones cualitativas y cuantitativas del flujo salival en pacientes de edad avanzada es probablemente secundaria a la administración de drogas, sobre todo los antihipertensivos, en lugar de un primario déficit funcional. Tal reducción se ha demostrado que actúan como factor predisponente a la virulencia de las especies de *Candida*¹⁰.

La disminución o la ausencia completa de saliva en individuos con xerostomía induce el cambio y el desequilibrio de las comunidades microbianas favorables para la proliferación de bacterias como *Staphylococcus aureus*, que inhibe la adaptación normal de los comensales. Además, la presencia de un bajo nivel de pH y de una alta tensión de oxígeno reduce el crecimiento de algunos comensales mientras que aumenta la proliferación de especies de *Candida*, *Streptococcus mutans* y *Lactobacillus*¹¹.



Factores locales

Traumas. Los traumas son considerados como los principales responsables de la aparición de *C. albicans* y la relación con estomatitis protésica y es asociada con las comunidades microbianas y la presencia de prótesis. Últimos estudios señalan que el trauma de la dentadura por sí sola no induce la estomatitis generalizada sino, más bien podría ser la causa de las formas localizadas.

En cambio, en las formas generalizadas, el papel patogénico principal es la aparición de *C. albicans*, en este caso, el trauma podría actuar como factor que favorece la adhesión y la penetración de la levadura. El trauma protésico debido a las dentaduras inestables también es uno de los factores etiológicos de la estomatitis dental ¹¹.

La saliva. El papel de la saliva en el proceso de colonización y adhesión de *C. albicans* es controvertido, por un lado la saliva muestra un efecto de limpieza y al mismo tiempo posee enzimas defensivas como la lisozima, histamina, lactoferrina, calprotectina y la IgA que disminuyen la adherencia de *candida albicans* a la superficie oral.

Por otro lado, otros estudios han demostrado que las proteínas salivales como las mucinas y las estaterinas ricas en prolina pueden actuar como receptores de adhesión utilizados por las manoproteínas derivadas de la pared celular de levaduras presentes en las especies de *candida albicans*, facilitando así la adhesión a las resinas acrílicas recubiertas con saliva ^{10,11}.

PH de la cavidad oral. Los niveles bajos de pH puede favorecer la adhesión y la proliferación de la de la levadura *Candida*. De hecho, un pH igual a 3 es óptimo no sólo para la adhesión de las levaduras, sino también para la actividad enzimática de las proteasas que, junto con las lipasas, son los



factores más importantes de la virulencia de la permeabilidad de las resinas acrílicas¹⁰.

Además, los altos niveles de hidratos de carbono presentes en la saliva pueden actuar como una fuente adicional nutritiva para las levaduras del género *Candida*, que, al metabolizar estos azúcares, producen productos metabólicos ácidos y contribuyen a mantener bajo el pH del medio ambiente bucal¹¹.

Consumo de tabaco. En cuanto al hábito de fumar, se ha comprobado que puede producir inflamación del paladar, disminución transitoria del potencial óxido-reducción de la boca y, también, deteriora la función leucocitaria. Esto se debe a los componentes nocivos del humo del cigarro, tales como el alquitrán, que no es una sustancia única porque engloba aproximadamente 500 componentes con alto nivel cancerígeno; la nicotina, que es uno de los alcaloides más tóxicos, y el monóxido de carbono, el cual entorpece el transporte de oxígeno al combinarse con la hemoglobina en lugar del oxígeno; de modo que pasa menos cantidad de este elemento tan importante para la realización de las funciones de los tejidos.

Los subproductos de la combustión, el aumento de la temperatura y los cambios del pH, producidos por el recambio gaseoso, irritan la mucosa bucal y causan cambios hiperplásicos o hipertróficos, lo cual explica la aparición de lesiones en ella. Si a esto la adicionamos otros hábitos nocivos personales del paciente, o alguna enfermedad de base como la *Diabetes Mellitus* se crean las condiciones para el desarrollo de esta enfermedad¹⁴.

Características clínicas

Las lesiones de la estomatitis protésica pueden mostrar diferentes patrones clínicos, y son más frecuentes en el maxilar superior, sobre todo en el paladar. La ausencia de estomatitis dental en el maxilar inferior se debe probablemente a la acción de lavado de saliva (figura 9)².



Figura 9. Características clínicas de la estomatitis protésica.

Se presenta como una mucosa eritematosa y atrófica en la zona donde apoya la base de una prótesis removible, tanto parcial como completa. Es mucho más frecuente en el paladar donde dibuja perfectamente la base protésica tanto si es metálica como acrílica.

A pesar de que la estomatitis protésica suele ser asintomática, los pacientes pueden quejarse de halitosis, sangrado leve e inflamación en la zona afectada, o una sensación de ardor, xerostomía o alteraciones del gusto (disgeusia). Estos síntomas se producen, con intensidad variable, en 20% a 70% de los pacientes con estomatitis dental. En estas situaciones, el paciente normalmente no se refiere al uso de una prótesis de los síntomas experimentados⁶.

Adhesión

La capacidad de *Candida* de pasar a través de los tejidos es el primer paso del proceso infeccioso. Se ha observado que las formas dotadas de las hifas son capaces de adherirse e invadir más rápidamente los tejidos del huésped (figura 10)¹⁰.

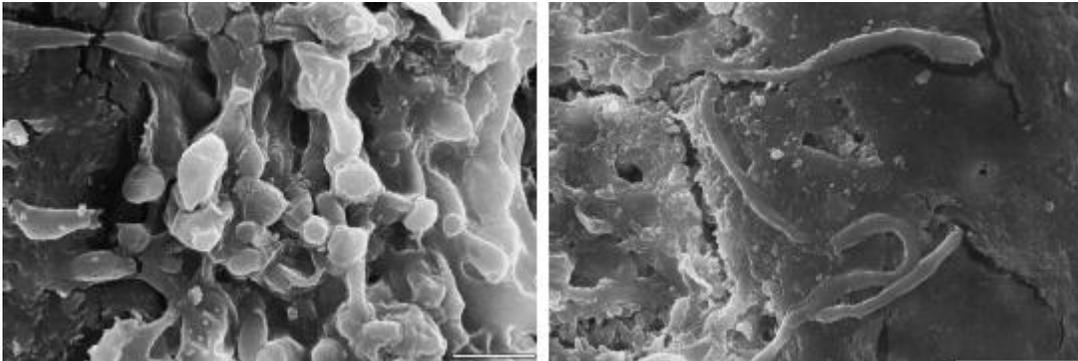


Figura 10 Micrografía electrónica de barrido, donde se observa el crecimiento candidiasico en dos diferentes zonas de la prótesis.

Conforme los dientes se pierden los sitios disponibles para la colonización microbiana van cambiando y son los aparatos protésicos que sustituyen a los dientes perdidos, los que proporcionan un medio protegido en el cual los microorganismos son causantes de procesos infecciosos como es la estomatitis protésica.

Dichas prótesis estas compuestas generalmente de resina acrílica de polimetilmetacrilato (PMMA) y la técnica de procesado con que es elaborada se asocia con características en su superficie y la adherencia de microorganismos.

Hay una gran cantidad de evidencia que indica que *candida albicans* es capaz de adherirse a las dentaduras postizas y a los aparatos removibles de resina acrílica. *Candida* se adhiere directamente o a través de una capa de placa en la prótesis, sin esta adhesión, los microorganismos se retirarían de la cavidad oral cuando la saliva o el alimento está siendo tragado¹⁵.



Diagnóstico

A pesar de que la estomatitis protésica suele ser asintomática, los pacientes pueden quejarse de halitosis, sangrado leve e inflamación de la zona afectada, o una sensación de ardor, xerostomía o alteraciones del gusto (disgeusia). Estos síntomas se producen, con intensidad variable en un 20% a 70% de los pacientes con estomatitis dental (figura 11)⁶.

Las lesiones de estomatitis protésica pueden mostrar diferentes patrones clínicos, y son más frecuentes en la maxila superior, sobre todo en el paladar. La ausencia de estomatitis protésica en el maxilar inferior se debe probablemente a la acción del lavado de la saliva.

Si se sospecha en un paciente de una infección candidiásica, es recomendable indagar si existe la presencia de una posible enfermedad sistémica, ya que estas actúan como factores predisponentes en el desarrollo de las enfermedades micóticas. Entre algunas de las patologías sistémicas que deben tomarse en cuenta están: infección por VIH, síndrome de Sjogren, diabetes, hipotiroidismo, neoplasias, deficiencias de minerales y vitaminas¹⁶.

El diagnóstico de una infección candidiásica en pacientes con estomatitis protésica es fácil y se confirma mediante la toma de muestra y siembra de la misma en un medio de cultivo para observar la posibilidad de crecimiento microbiano^{16,17}.

C. albicans crece en Agar-Dextrosa Sabourad, formando colonias redondas, elevadas blanco-cremosas a 37°C por 48 hrs. Existen varias pruebas específicas para identificar a *Candida albicans*:

- Prueba del tubo germinal o filamentación precoz, la cual consiste en incubar la levadura en suero a 37°C durante 2 horas. Solo *C. albicans*

formara un brote del micelo (tubo Germinal) en este periodo de tiempo.

- La formación de clamidosporas en presencia de medios de cultivo que contengan el Agar-Harina de maíz o el Agar-arroz con Tween 80. En esta prueba, se observa el desarrollo de un micelio verdadero a lo largo del cual aparecen clamidoesporas redondeadas muy sugestivas de *Candida Albicans*.
- Actualmente existen sistemas para estudios metabólicos como API 20C, Vitek, Microsan, ID32C, que permiten identificar las levaduras de una forma más precisa y sencilla que los métodos convencionales.

Lo importante es que una vez diagnosticada la candidiasis oral, la solución sea contemplar un tratamiento ideal basado en el empleo de antifúngicos además, la corrección de factores sistémicos y la colocación de una prótesis bien diseñada y adaptada a los tejidos orales y la desinfección apropiada de las prótesis dentales para evitar la recidiva de la lesión¹⁷.



Figura 11 Diagnóstico clínico.

Tratamiento

El tratamiento de la estomatitis protésica asociada a *C. albicans* es complejo debido a su etología multifactorial. La buena higiene oral es obligatoria y el uso de una nueva prótesis debe hacerse, si es necesario.

Los factores locales que promueven el crecimiento de las levaduras, como el fumar o el uso de la prótesis durante la noche, debe ser eliminado definitivamente para evitar posibles alteraciones. Las dentaduras deben de cepillarse con agua tibia y jabón y empapar durante la noche con una solución antiséptica como clorhexidina (no cuando la prótesis tiene componentes metálicos), o en cualquier otra solución adecuada para la esterilización (figura 12). El ácido benzoico debe de evitarse ya que induce el cambio en la composición de materiales acrílicos⁶.



Figura 12 Limpieza con agua tibia y jabón.

El uso de agentes acondicionadores de tejidos no es recomendable para este tipo de pacientes, ya que son materiales porosos, fáciles para la colonización de la levadura en el acrílico.

Si no hay otra opción la estrategia terapéutica es adoptar el uso de fármacos antifúngicos tópicos y sistémicos como la nistatina, miconazol o ketoconazol, el uso de conservantes y desinfectantes, la eliminación escrupulosa y el control de la placa presente en la prótesis y en la mucosa oral, así como el uso de técnicas especializadas como la irradiación con microondas^{6,11}.



Fármacos antimicóticos

Los medicamentos antimicóticos se recomienda cuando las levaduras han sido aisladas, o cuando las lesiones no se resuelven con las instrucciones de higiene.

Los tratamientos antimicóticos más utilizados son sustancias antifúngicas basadas en la nistatina, la anfotericina B, miconazol y fluconazol. Casi todos estos fármacos generalmente producen una eliminación completa de los síntomas en un periodo de 12 a 14 días.

Estudios han demostrado la importancia de la terapia antifúngica para el tratamiento y la prevención de la candidiasis oral. Dichos estudios señalan que la nistatina y la anfotericina B, causan unión al ergosterol en las membranas celulares de *Candida* provocando cambios en la permeabilidad de la membrana celular, conduciendo a su penetración en las células y causando finalmente la muerte de la célula^{10,11,18}.

La primera opción de tratamiento es la aplicación tópica de nistatina o miconazol. La resistencia a la nistatina es rara; el fármaco se administra como una suspensión oral, con un sabor desagradable y puede inducir problemas gastrointestinales e hipersensibilidad. El miconazol está disponible como gel, goma de mascar y en barniz este también provoca alteraciones gastrointestinales e hipersensibilidad, pero sabe mejor, miconazol mejora el efecto de la warfarina⁶.

Los fármacos antimicóticos sistémicos (es decir, fluconazol, itraconazol, ketoconazol), son casi exclusivamente reservados para pacientes con factores sistémicos que condicionan el desarrollo y persistencia de la candidiasis, tales como inmunosupresión o diabetes.

Agentes desinfectantes

El uso de sustancia antisépticas como el gluconato de clorhexidina al 0.2% administrado 3 o 4 veces al día, es capaz de llevar a cabo una reducción significativa de la placa, pero no tiene un efecto significativo sobre la reducción de las colonias de candida¹⁰.

Resultados más alentadores se obtienen cuando las prótesis se sumergen en 2% de clorhexidina como ayuda a la terapia tópica. Se debe de tener en cuenta que la clorhexidina no debe ser administrada junto con la nistatina ya que inhibe la capacidad antifúngica.

Otra sustancia antiséptica utilizada es el hipoclorito de sodio al 2%, este agente ha demostrado que al sumergir la prótesis en tal sustancia, el número de colonias de candida y bacterias disminuyen de la superficie de la dentadura de una forma muy eficaz es una inmersión de 5 minutos. Desafortunadamente, el hipoclorito de sodio no puede ser utilizado por un periodo indeterminado de tiempo por su capacidad para dañar los materiales de la prótesis¹¹.

El peróxido alcalino (corega Tabs) demostró ser efectivo en la eliminación de *Candida albicans* a las 8 horas (figura 13)¹⁹.



Figura 13 Uso de sustancias antisépticas para desinfección de la prótesis.



Eliminación escrupulosa de la placa dental.

La higiene oral pobre y de la prótesis son elementos fundamentales en la aparición de la enfermedad, lo que demuestra la importancia de la limpieza de la dentadura a través de métodos mecánicos y químicos. Un control eficaz de la placa bacteriana sobre la prótesis sigue siendo el procedimiento más importante y seguro de seguir.

Una buena higiene oral puede ser efectiva en el tratamiento de la estomatitis protésica y en asociación con fármacos sistémicos y tópicos. El control de la higiene de la prótesis es también esencial para evitar las recaídas de la patología, tanto la prótesis como la mucosa que está en contacto con ella deben participar en los procedimientos de higiene a través de cepillado después de cada comida con agua o agentes químicos.

Los pacientes también deben de ser instruidos para retirar la prótesis durante la noche y dejar que se seque, y durante el tratamiento de la estomatitis, la prótesis debe de ser eliminada al menos durante dos semanas y confeccionar una nueva una vez terminado el tratamiento^{6,10,11}.

Irradiación por microondas

La irradiación con microondas se ha propuesto como un método rápido, eficaz y barato para la desinfección de la prótesis. La exposición de las microondas es capaz de causar muerte de las células de *C. albicans*. La evaluación clínica ha mostrado la eficacia real de esta metodología para la desinfección de la prótesis y para el tratamiento de candida asociada a estomatitis protésica, por la exposición de la prótesis a las microondas (350 W, 2450 MHz) durante 1 minutos y 30 segundos tanto para bases blandas como para las duras para la desinfección y 6 minutos para la eliminación de los agentes patógenos¹⁹.



Sin embargo, este tratamiento es responsable de producir cambios conformacionales de la prótesis en especial en las resinas acrílicas autocurables blandas ya que presentan una deformación a partir de los 3 minutos de irradiación por microondas. De hecho de acuerdo con la teoría cuántica, la formación de las olas induce una producción de energía que podría interferir con la estabilidad dimensional de la prótesis. Cabe mencionar que el microondas debe ser único para el tratamiento ya que se puede infestar de la levadura ^{11,19}.

Prevención

Es obligatorio incluir la prevención de estomatitis protésica en los programas de salud bucal. Los profesionales dentales que están en contacto con pacientes portadores de prótesis deben promover la prevención entre todos los trabajadores de la salud, los miembros de la familia y por supuesto, al mismo paciente.

Hay q recordar que la estomatitis protésica es más frecuente en los pacientes con la higiene oral pobre. Por lo tanto, los pacientes deben ser instruidos cuidadosamente sobre la higiene dental, los hábitos de limpieza de las prótesis y la desinfección adecuada de esta.

La estomatitis protésica es generalmente asintomática, por lo tanto, los pacientes portadores de prótesis deben ser examinados periódicamente y someterse a procedimientos constantes para la eliminación de placa microbiana, así como la inspección rutinaria de la cavidad oral para la detección de este y cualquier trastorno, incluso cuando las lesiones son asintomáticas. *C. albicans* puede estar presente en todos los casos de estomatitis dental. Por lo tanto, los medicamentos antimicóticos no deben prescribirse sin una investigación micológica⁶.

ÉPULIS FISURADO

Definición

La hiperplasia fibrosa inflamatoria, también llamada épulis fissuratum o fisurado, (por la presencia de surcos que corresponden a las zonas de compresión del borde protésico), es la lesión más común de la cavidad oral. Aunque benigna, la afección es relativamente problemática ya que interfiere con la colocación de la prótesis (figura 14)²⁰.

Es una lesión de tipo inflamatoria de crecimiento lento y generalmente asintomática, considerada como un aumento celular proliferativo no neoplásico en respuesta a la acción de agentes físicos. Estos pueden ser traumas crónicos generalmente resultantes de las prótesis totales o parciales mal adaptadas, fracturas, prótesis antiguas, dientes fracturados con bordes cortantes, diastemas, mala higiene bucal, procedimientos iatrogénicos, entre otros. Involucrando comúnmente sobre los rebordes alveolares o los tejidos blandos de la mucosa vestibular donde los bordes de la dentadura entran en contacto con el tejido adyacente^{3, 21}.



Figura 14 Presencia de pliegues mucosos originados por la irritación crónica de la prótesis superior.

Etiología

Su etiología es multifactorial, pero por lo general está relacionada a la irritación crónica causada por prótesis mal ajustadas y algunos factores irritativos comúnmente asociados, como la enfermedad periodontal, la mala higiene, el fumar y la sensibilidad a los materiales de la base de dentaduras. Los cambios relacionados con la edad y las condiciones sistémicas son aceptados como factores etiológicos (figura 15)²².



Figura 15 Prótesis desajustada causando una irritación constante.

Epidemiología

La hiperplasia fibrosa inflamatoria según Muñante posee una frecuencia alta y constituye a la lesión oral más prevalente. A pesar de que esta lesión puede manifestarse en cualquier localización intraoral, la zona de frecuente aparición es la región gingival, seguida por la mucosa vestibular, lengua, labios y el paladar. Ha sido relatada con mayor frecuencia en la región del surco vestibular y en menor proporción, en el reborde alveolar lingual de la mandíbula y en la región palatina²¹.

Las mujeres son más afectadas que los hombres, en una proporción de 5:1, con una predilección por la raza blanca, para Macedo ⁽²³⁾, el porcentaje de



aparición de la hiperplasia fibrosa inflamatoria en mujeres fue de 71% en relación a los hombres, siendo reportada específicamente entre la cuarta y quinta década de vida en personas que hacían uso de prótesis parciales o totales. La preferencia por el sexo femenino puede deberse al hecho de que las mujeres utilizan más frecuentemente prótesis probablemente por razones estéticas o por mecanismos de alteración hormonal asociados ²³.

Características clínicas

Clínicamente, la hiperplasia fibrosa inflamatoria surge como una lesión exofítica o elevada bien definida, de consistencia variada entre firme y flácida a la palpación, con un tamaño que puede variar de menos de 1 cm, hasta lesiones grandes que pueden afectar a casi la totalidad del vestíbulo (figura 16)²¹.

Puede presentarse con una superficie lisa, con base sésil y ocasionalmente pediculada. Algunas lesiones pueden ser eritematosas y ulceradas, semejantes al granuloma piógeno. Presentan con frecuencia un crecimiento en forma de pliegues hiperplásicos únicos o múltiples, los cuales pueden permanecer bajo la prótesis o sobre sus bordes. Los espacios entre estos pliegues pueden presentarse clínicamente sin lesión aparente o eventualmente ulcerados^{21,25}.

Puede presentar una coloración normal pero generalmente es roja semejante a la mucosa adyacente eritematosa en sus primeras etapas, pero después se vuelve pálida a medida que los elementos vasculares son reemplazados por tejido conjuntivo fibroso. Es de crecimiento lento, generalmente asintomático y llega a sangrar fácilmente. Estas lesiones son siempre blandas, flácidas y móviles, y pueden aparecer en cualquier punto a lo largo de los bordes de la prótesis. Los casos que presentan sintomatología estas asociados a ulceración de la lesión^{21,25}.

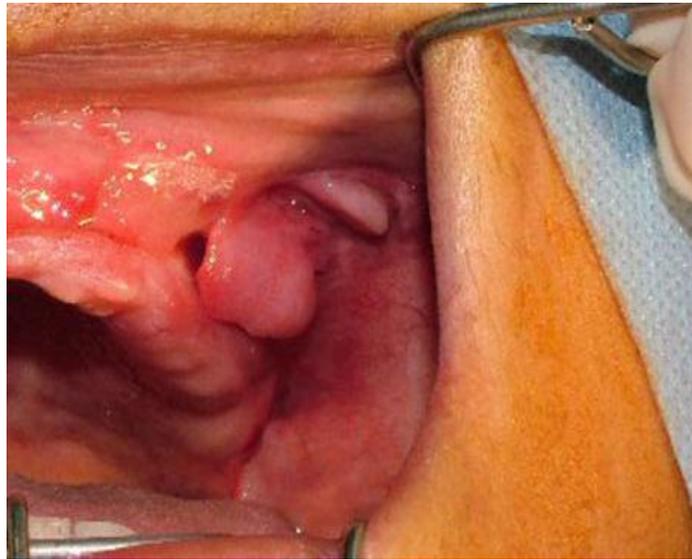


Figura 16 Examen clínico. Se observa un aumento de volumen en la región del fondo del vestíbulo en el maxilar superior.

Diagnóstico

El diagnóstico se hace generalmente a nivel clínico por la relación entre la causa y consecuencia de la lesión, necesitándose ocasionalmente exámenes histopatológicos y radiográficos para descartar el comprometimiento óseo.²¹.

Tratamiento

El tratamiento va de acuerdo con la severidad de la lesión y la cantidad del tejido afectado. Es recomendable retirar la prótesis causante del problema y no eliminar inmediatamente la lesión, pues algunas con el tiempo pueden disminuir de tamaño. En todo caso, el tratamiento inicial más aceptado es el ajuste de los bordes mal adaptados de la prótesis, cubriendo esta con un material acondicionador de tejidos para transmitir leve presión a la lesión^{3,21}.

Otros autores sugieren la confección de nuevas prótesis, sin remoción previa de la hiperplasia, pues afirman que esta reducirá como resultado de atrofia por presión. Lesiones con desarrollo reciente pueden desaparecer

rápidamente, mientras aquellas que son más antiguas pueden contener mucho tejido fibroso, lo que hace su remisión más lenta. Generalmente estas técnicas conservadoras son útiles en casos en los cuales la cirugía está contraindicada²⁴.

En casos de lesiones extensas y de larga evolución, la escisión quirúrgica es lo más indicado. Es recomendable retirar la prótesis 15 días antes del procedimiento quirúrgico con el objetivo de permitir la reducción de la inflamación, disminución de la lesión y por lo tanto, un mejor posoperatorio (figura 17)^{3,25}.



Figura 17 Escisión quirúrgica de la hiperplasia fibrosa.

Diversas técnicas pueden ser usadas como bisturí “frio”, laser, electrocirugía o, en casos de alteración del paladar, mucoabrasión. Cuando el área a ser escindida presenta un crecimiento mínimo, las técnicas con electrocirugía o laser promueven muy buenos resultados para la eliminación de los tejidos hiperplásicos. Si el tejido a remover fuera extenso, es preferible una escisión simple con lámina de bisturí y reaproximación de tejido remanente, pues grandes áreas de escisión usando electrocirugía pueden resultar en una

cicatrización fibrosa en el vestíbulo y, eventualmente comprometer la estética del paciente (figura 18)^{20,21}.



Figura 18 El uso del electrobisturí para la resección de los pliegues mucosos.

Una vez eliminado quirúrgicamente el tejido, este debe estar encaminado al examen histopatológico para la confirmación del diagnóstico de hiperplasia fibrosa inflamatoria, pues esta posee diagnóstico diferencial con otras lesiones, tales como neurofibroma, granuloma piógeno o tumores de las glándulas salivales menores.

En ambos tratamientos, ya sea quirúrgico o conservador, se recomienda, una vez completada la cicatrización o eliminada la lesión, la confección de la prótesis bien adaptada o un correcto rebase de la prótesis antigua, con lo cual la lesión no recidiva. El pronóstico es bueno y los índices de recidivas son bajos cuando el agente traumático es removido³.

QUERATOSIS FRICCIONAL

Definición

El término hiperqueratosis se usa comúnmente para designar cualquier engrosamiento excesivo del estrato córneo. La queratosis friccional o hiperqueratosis focal, es una lesión blanca localizada de la cavidad bucal que suele clasificarse bajo el término general de “leucoplasia” (figura 19)^{25,26}.

Es una reacción de la queratina que actúa como una barrera protectora sobre la piel o la mucosa normal de la cavidad oral frente a una irritación friccional crónica causada por diversos estímulos irritantes. Es probablemente la más común de las lesiones blancas focales observadas en la mucosa oral²⁷.

Aparece en las siguientes zonas, enumeradas por orden de frecuencia: mucosa mandibular, mejilla, labio, paladar, piso de boca, mucosa maxilar y lengua. Se trata de una lesión benigna, elevada o plana y es más común en los hombres que en las mujeres^{28,29}.



Figura 19 Hiperqueratosis ocasionada por irritación crónica.



Etiología

La mucosa bucal es el revestimiento interno de la cavidad oral, se renueva mucho más rápido que la epidermis, aproximadamente en 5 días. Se distingue entre la mucosa masticatoria o queratinizada (encías y paladar duro) y la mucosa del dorso de la lengua (especializada en la función gustativa) y la del resto de la boca (zona ventral de la lengua, suelo de la boca y fondos del vestíbulo)²⁷.

La queratosis constituye un mecanismo de defensa de la mucosa bucal contra un traumatismo de poca intensidad mantenido durante periodos prolongados. La producción exagerada o retención de las células del estrato córneo es el resultado de factores locales que actúan como estimulantes o irritantes estos pueden afectar a cualquier zona de la boca, y los estímulos irritantes que pueden provocar la aparición de estas lesiones son muy diversos: mordida reiterada de los labios y la mucosa yugal, prótesis dentales mal adaptadas, dientes fracturados o desviados, superficies dentales irregulares, aparatos de ortodoncia, cepillado inadecuado y uso de las crestas alveolares como lugares de masticación en sujetos desdentados^{27,29}.

Como resultado de la irritación constante sobre la mucosa bucal se estimula la producción excesiva de queratina y se produce una lesión hiperqueratósica de color blanco similar a las callosidades cutáneas. La queratosis focal puede avanzar hasta constituir una verdadera leucoplasia, la cual, a su vez, y bajo ciertas circunstancias, puede evolucionar hacia la malignidad^{26,29}.

Los trastornos generalizados, como avitaminosis y otras deficiencias de la dieta, así como la sífilis, pueden también producir lesiones de aspecto semejante²⁹.

Los labios, las caras laterales de la lengua, la mucosa yugal a lo largo de la línea de oclusión dental (línea alba) y las crestas alveolares desdentadas son los lugares de afectación más frecuente.

Características Clínicas

Clínicamente la queratosis causada por fricción ocurre en zonas que con frecuencia reciben golpes, como los labios, el borde oclusal de la mucosa bucal y los procesos desdentados. La mordedura crónica de la mucosa de los carrillos o los labios a veces causa queratinización del área afectada, lo mismo ocurre durante la masticación con un proceso edéntulo (figura 20)²⁶.



Figura 20 Queratosis ocasionada por fricción.

En estos casos la queratosis friccional se presenta como un área irregular y elevada de aspecto lechoso y con un borde moderadamente definido. Se presenta como una lesión única o múltiple, es indolora y frecuentemente se observa en un examen sistemático. Generalmente no hay ulceración, pero algunas veces se aprecian pequeñas áreas denudadas. La queratosis puede abarcar un área pequeña o grande de la cavidad oral y presentarse en casi cualquier sitio, la lesión puede permanecer estacionaria o progresar. La queratosis es más frecuente en las personas de edad mediana, especialmente hombres, y es ocasionada principalmente por un aumento de



la susceptibilidad a irritantes locales. La eliminación de los agentes irritantes suele dar por resultado una regresión total de la lesión²⁹.

Si la lesión es grande, se recomienda hacer biopsias de diferentes áreas, para obtener una interpretación adecuada.

Diagnóstico

Dado que las lesiones blancas orales planean la sospecha clínica de una patología maligna, es necesario identificar estas lesiones y establecer un enfoque sistemático para su evaluación²⁷.

Una historia clínica y un examen cuidadoso sugieren la naturaleza de esta lesión. Si el terapeuta confirma una causa traumática no se requiere biopsia; sin embargo, debe advertirse al paciente que suspenda el hábito causal, con esto la lesión cicatriza después de un tiempo y el diagnóstico clínico se confirma.

Si se duda de la etiología de una lesión blanca o si la lesión no es opaca en su totalidad o presenta áreas de ulceración, induración o enrojecimiento debe considerarse como una leucoplasia y deberá de realizarse una biopsia²⁶.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la queratosis friccional debe realizarse como entidades muy diversas, tanto en niños como en adultos:

- Etiología infecciosa: candidiasis, verrugas víricas, sífilis, leucoplasia oral vellosa.
- Origen exógeno: traumatismos (línea alba, leucoedema morsicatio), tabaco (estomatitis nicotínica, queratosis por mascar tabaco).
- Procesos inflamatorios: lengua geográfica, liquen plano, lupus eritematoso crónico.



- Neoplasias: neoplasia intraepitelial oral (displasia), leucoplasia verrugosa proliferativa, papilomatosis oral, carcinoma escamoso.
- Genodermatosis: nevo blanco esponjoso, enfermedad de Darier-White, disqueratosis congénita, síndrome de Howel-Evan²⁷.

Pronóstico

Se trata de una lesión reversible, que debe desaparecer al retirarse el irritante que la provoca. De no ser eliminada la causa de lesión evoluciona hacia un estadio más avanzado convirtiéndose en una leucoplasia.

Tratamiento

Si una placa oral no desaparece tras la fricción y se asocia con una fuente evidente de irritación, es razonable adoptar medidas para aliviarla y controlar la lesión hasta que se constate su regresión. Debe buscarse el factor causante y eliminarse, si la fuente de irritación se elimina completamente, las lesiones desaparecen de 1 a 3 semanas. La intervención quirúrgica no siempre es necesaria pero en algunos casos puede serlo. Las áreas de queratosis suelen ser pequeñas y pueden extirparse por completo. El estudio histológico es indispensable^{27,29}.

Por lo general solo se requiere observar la lesión. El control del hábito causal brinda mejoría clínica, pero si hay duda de su etiología debe realizarse una biopsia²⁶.

ÚLCERA TRAUMÁTICA

Definición

Le lesión intrabucal de los tejidos blandos que se presenta con mayor frecuencia es la úlcera, que por definición, es la pérdida de epitelio originada por cualquier agente (figura 21)²⁶.

La úlcera traumática de las mucosas bucales es una lesión causada por alguna forma de traumatismo, que puede ser la mordedura de la mucosa, irritación por prótesis total, lesión por cepillo dental, exposición de la membrana mucosa a un diente con filo o una lesión cariosa, o por algún otro irritante externo³.



Figura 21 Úlcera traumática ocasionada por traumatismo.

Etiología

La úlcera traumática con frecuencia ocurre en sitios como el borde lateral de la lengua, por lo regular después de una lesión en la cual el paciente mordió fuertemente. Sin embargo estas úlceras también se ven sobre la mucosa bucal, sobre los labios y en ocasiones sobre el paladar. Aunque la mayor parte de los casos de lesiones de la mucosa bucal la cicatrización es rápida y sin problemas, algunas persisten por un largo periodo. Esto es particularmente cierto en la úlcera traumática de la lengua, que guarda una gran semejanza clínica con el carcinoma epidermoide y que a veces es sometida a biopsia repetida en un intento de establecer un diagnóstico de neoplasia^{3,5}.

La úlcera traumática puede estar producida por los siguientes factores.

Úlcera por mordedura. Las úlceras agudas por mordedura son un tipo de lesiones que se producen de manera accidental, siendo muy frecuentes después de realizar técnicas de anestesia local, sobre todo en los niños. También las observamos tras accidentes con caídas o por mordeduras de las crisis epilépticas (figura 22).



Figura 22 Úlcera por mordedura.

Úlcera por rollo de algodón. La úlcera ocasionada por los rollos de algodón empleados en consultas dentales es una lesión generalmente localizada en el fondo del vestíbulo y en la parte inferior de la mucosa yugal, respetando la mucosa gingival. Allí estuvo situado el rollo de algodón en una intervención dental prolongada; esta entidad se origina debido a la desecación celular que produce el algodón y al posible traumatismo mecánico de la mucosa al tocar el algodón con unas pinzas y retirarlo rápidamente al final de la intervención, la mucosa adherida se rompe. Cura esporádicamente en 2-3 días. Por lo que no necesita tratamiento^{3,5}.

Úlcera protésica. La úlcera por prótesis, por lo común se desarrolla en un día o dos después de la inserción de una prótesis dental nueva y es más frecuentes en pacientes con prótesis mucosoportadas. Esta puede ser el resultado de una sobreextensión de los rebordes, el secuestro de espículas del hueso bajo la prótesis dental o una mancha áspera o “alta” sobre la superficie interna de la prótesis (figura 23).

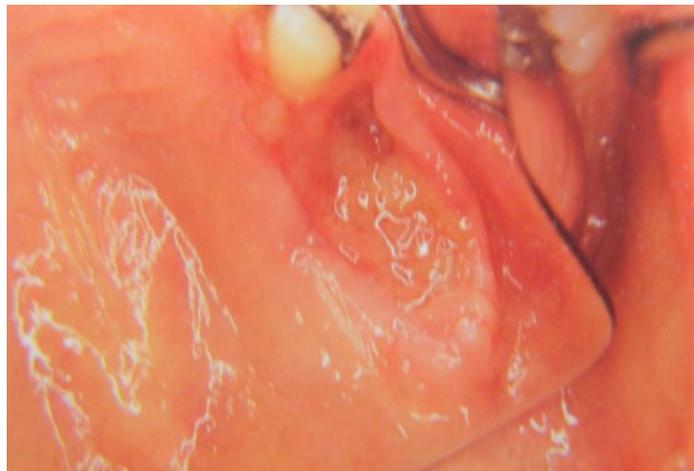


Figura 23 úlcera traumática ocasionada por prótesis dental.

Se caracteriza por la aparición de un dolor agudo en la zona correspondiente a la ulceración. Si la agresión de la prótesis continua, el dolor puede



disminuir en intensidad, adquiriendo la úlcera una forma vegetante y transformándose en dos auténticos mamelones en forma de V, cuyo fondo puede existir una mínima área erosiva.

El tratamiento consiste en la eliminación del área de presión de la prótesis, con lo que el dolor desaparecerá inmediatamente y la úlcera lo hará de 4 o 5 días después^{5,26}.

Úlcera iatrogénica. En algunos casos, la causa es iatrogénica; es muy importante que se respete la fragilidad de los tejidos blandos de la boca, ya que la excesiva manipulación de estos o la concentración en el tratamiento de los tejidos duros puede causar, de modo accidental, lesiones que puedan evitarse.

Los medicamentos cavitarios, en especial los que contiene fenol, a veces causan úlceras bucales iatrogénicas; así como el uso excesivo de ácido fosfórico (sustancia para grabar esmalte) o procedimientos de endodoncia en los que se utilizan sustancias oxidantes muy fuertes que se relacionan con quemaduras químicas en la mucosa²⁶.

Cabe mencionar que el mal manejo del cepillo dental es un factor etiológico en la aparición de úlceras traumáticas en la cavidad oral.

Características clínicas

Estas úlceras son lesiones dolorosas, de diferentes tamaños, de forma irregular y consiste en una área central blanquecina amarillenta, de aspecto limpio y no hemorrágica rodeada por una zona eritematosa que a veces se torna hiperplásica. La intensidad al dolor varía y hay sensibilidad al contacto o la presión⁵.

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 inflamatoria³.

Las úlceras crónicas son poco dolorosas, o bien indoloras, presentan bordes elevados debido a hiperqueratosis y están cubiertas por una membrana amarilla; además se observa induración causada por las cicatrices e infiltración inflamatoria crónica (figura 24)²⁶.

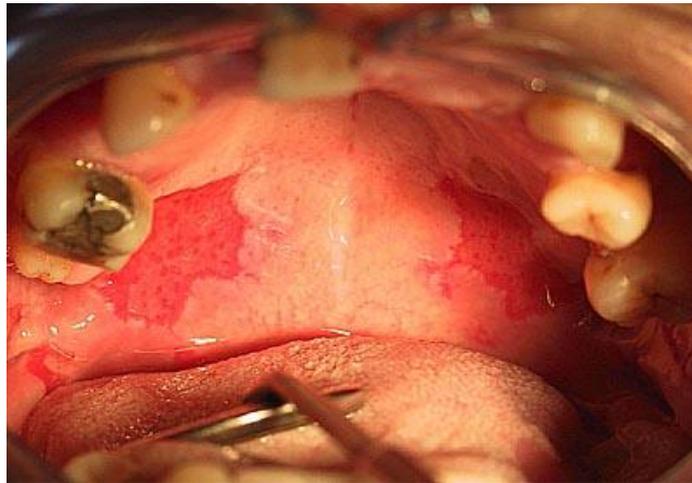


Figura 24 Aspecto clínico de la úlcera traumática.

Diagnóstico

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 la producen. El diagnóstico de la enfermedad es simple y habitualmente se viene determinada después de una cuidadosa historia clínica y los hallazgos físicos examinados. Una biopsia generalmente no es necesario en la historia a menos que sea incompatible con los hallazgos orales.

El diagnóstico diferencial de la ulceración traumática incluye úlcera aftosa, la reacción de hipersensibilidad, infecciones recurrentes por herpes simple, herpangina, herpes zoster, eritema multiforme, y liquen plano erosivo³⁰.



Tratamiento

La mayor parte de las úlceras requieren solo observación, generalmente el tratamiento es paliativo para pacientes con una úlcera traumática, cuando el dolor es intenso, pueden indicarse tratamiento sintomático que consiste en enjuagues de tetraciclina, nistatina y difenhidramina o corticosteroirdes tópicos^{3,26,30}.

El tratamiento de la úlcera traumática debido a una prótesis 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.

Si son del tipo crónico, se plantea el diagnóstico diferencial con el carcinoma epidermoide, de modo que si eliminamos las posibles causas capaces de producir una úlcera crónica y esta no cura en 15 días o recidiva, debemos realizar una biopsia-extirpación para descartar posibles alteraciones histopatológicas en el sentido de una neoplasia³⁰.



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Factores sistémicos

Existe un conjunto de enfermedades sistémicas que disminuyen las defensas del organismo, entre ellas la diabetes, anemias, inmunodeficiencias, alteraciones renales, hipoparatiroidismo, déficit nutritivo. Además permanecen otros factores, también predisponentes, como son la antibióticoterapia inadecuada el tratamiento con corticoides o inmunosupresores, ciertos psicofármacos, xerostomía, tabaquismo, y la radioterapia¹³.

Síndrome de Sjögren

El síndrome de Sjögren es un proceso inflamatorio crónico, clásicamente definido por la triada siguiente:

1. Queratoconjuntivitis seca (sequedad ocular)
2. Xerostomía (sequedad bucal)
3. Enfermedad reumática, generalmente artritis reumatoide.

Es el resultado de la destrucción de las glándulas exocrinas, mediada por linfocitos, que determina una disminución o ausencia de la secreción glandular, afectando principalmente las glándulas salivales y lagrimales, lo que se denomina síndrome de Sjögren primario.

Cuando el síndrome de Sjögren va unido a una enfermedad del tejido conjuntivo como la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico u otras, se denomina síndrome de Sjögren secundario⁵.

Relación con la cavidad oral

Estos pacientes son propensos a desarrollar una variedad de signos y síntomas como dificultades del habla, la masticación y la deglución, la sensación de boca seca, alteraciones del gusto (sabor metálico, salado o

amargo), sensación de ardor y dolor en la glándulas salivales, mayor prevalencia de caries dental, y lesiones asociadas como queilitis angular, enrojecimiento de la lengua, halitosis, y disfagia (figura 25)³¹.



Figura 25 Aspecto de resequedad de la lengua.

En relación a la cavidad oral, los pacientes con síndrome de Sjögren generalmente poseen una salud oral deficiente. Los signos clínicos comprenden hiposalivación, labios agrietados, secos y descamados y una lengua seca, eritematosa, saburral y fisurada (figura 26).



Figura 26 Lengua a seca y eritematosa.



La saliva tiene propiedades antibacterianas, remineralizantes, digestivas, lubricantes, y las propiedades de limpieza. Por lo tanto, la disminución de la producción de saliva, que se produce en el síndrome de Sjögren, puede contribuir directamente a las complicaciones orales y dentales. Además, la infección por *C. albicans* se ha reportado más frecuentemente en individuos con este síndrome que en la población general³².

La saliva posee enzimas como la lisozima, histaminas, lactoferrinas y calportectinas que actúan para eliminar levaduras invasoras. La disminución del flujo salival significa que la defensa del huésped ha disminuido y es más susceptible a invasiones microbianas. Ergun mostro que la colonización en el epitelio bucal y el dorso de la lengua era mayor en pacientes con síndrome de Sjögren que en pacientes sanos³³.

La mayoría de los estudios indican que *C. albicans* es la levadura predominante aislada en el fluido crevicular gingival y en bolsas periodontales de los pacientes con enfermedad periodontal, así como en sujetos sanos³².

La prótesis removible es uno de los principales factores que predisponen a los seres humanos para la candidiasis oral. En pacientes portadores de prótesis, la superficie de ajuste de la dentadura es el principal reservorio de las levaduras³¹.

Riesgo de caries dental y erosiones

La reducción del flujo salival y su composición alterada influyen en la interacción de bacterias en la cavidad oral, así como la acumulación de la placa dental sobre la superficie de los dientes. Además de eso, la saliva pierde su capacidad para amortiguar, lubricar, y realizar tareas



antimicrobianas que conduce a un aumento de infecciones en la mucosa oral.

La aparición y el aumento de caries cervical e incisal (en las cúspides dentales), así como las caries radiculares se ha convertido en un importante problema dental. Este tipo de caries dental se caracteriza por la desmineralización constante en una forma rápidamente progresiva y agresiva (rampante)³².

El estado periodontal

Los pacientes con hiposalivación promueven la interacción bacteriana por la reducción del flujo salival, esto provoca un aumento en la acumulación de placa dental sobre la superficie de los dientes, existe un mayor sangrado e inflamación gingival y formación de bolsas periodontales³².

Tratamiento

El tratamiento del síndrome de Sjögren en relación con la cavidad oral es paliativo y se enfoca las complicaciones relacionadas con la xerostomía. Se puede llevar a cabo mediante:

- Estímulos masticatorios (gomas de mascar sin azúcar)
- Estímulos gustativos (el ácido cítrico).
- Fármacos como la pilocarpina.
- Sustitutos salivales que se usan cuando no se puede aumentar el flujo salival (soluciones de mucina, con glucoproteínas y soluciones enzimáticas)⁵.

Mese y Matsua hicieron hincapié en que los pacientes deben ser advertidos de mantener una higiene impecable, programar exámenes frecuentes y el uso de regímenes tópicos de flúor.



Pero Mathews informo de que incluso con una excelente higiene bucal, los individuos con síndrome de Sjögren tienen niveles elevados de la caries dental, junto con la pérdida de los dientes³².

Reacción alérgica

La reacción alérgica es una cualidad adquirida del organismo para reaccionar distintamente ante la exposición repetida a gérmenes infecciosos o sustancias extrañas al organismo³⁴.

Los antígenos o alérgenos son muy comunes y numerosos en odontología y actúan sobre la mucosa oral, la piel, las glándulas salivales, entre otras estructuras.

Para los odontólogos y técnicos dentales las sustancias de uso frecuente pueden actuar como irritantes. Estas son sustancias altamente sensibilizantes los anestésicos tópicos del grupo de las aminas, el mercurio, los derivados del caucho, el monómero acrílico, los desinfectantes del tipo del eugenol y del formaldehído, y las resinas empleadas en molduras o los metales empleados en la confección de prótesis^{5,34}.

En ocasiones, los materiales de impresión que contienen metil-diclorobenzeno y metil-ptolueno, empleados en puentes y coronas provisionales, también son causa de reacciones alérgicas de contacto³⁴.

Las reacciones alérgicas son una forma común de reacción adversa ante un alérgeno y sus manifestaciones clínicas comprenden desde reacciones mínimas hasta el colapso y la muerte. Afecta aproximadamente al 10% de la población y son, con mucho, la forma más frecuente de enfermedad mediada inmunológicamente³.

Metales

Los metales o sus aleaciones pueden dar lugar a signos y síntomas alérgicos locales o generalizados. En odontología se emplean muchos metales para la boca, ya sea como relleno o como parte de las prótesis fijas y removibles, entre ellos los más usados encontramos a: mercurio, plata, oro, estaño, cobre, cinc, hierro, níquel, cromo, cadmio, platino, cobalto, molibdeno, tantalio y otros. Durante el proceso de aleación a los metales, pueden hallarse óxidos metálicos cristalinos no homogéneos que originen la corrosión de la aleación al someterse a la acción de la saliva o de los ácidos de la comida; los iones metálicos resultantes se disuelven y, al unirse a las proteínas, pueden convertirse en antígenos completos (figura 27)^{3,5,34}.



Figura 27 Reacción liquenoide en mucosa yugal tras la colocación de una corona de oro.

El diagnóstico de la alergia por un metal aplicado oralmente es a menudo difícil y se basa en varios criterios (Spreng y Werner Spreng):

- Remisión de los síntomas al quitar el material sospechoso y a su reaparición al colocarlo de nuevo
- Análisis metalográficos
- Pruebas epicutaneas³⁴.



En la confección de coronas y prótesis se emplean diversos metales, que pueden ser alérgenos potenciales. Las aleaciones más frecuentes asocian cromo-cobalto o cromo-níquel. Las referencias a reacciones locales son escasas, siendo más frecuente el mantenimiento de reacciones de tipo eccematoso en portadores de estas prótesis que estaban previamente sensibilizados, así como la regresión de los síntomas al movilizarlas⁵.

A continuación los metales más usados en odontología son los siguientes:

Cobre: Se encuentra formando parte de amalgamas dentales con el mercurio, la plata y el estaño. Cuando se emplea como restaurador dental puede producir lesiones de aspecto liquenoide.

Cromo: está presente en aleaciones empleadas en la fabricación de prótesis. La combinación cromo-cobalto presente en determinadas prótesis puede producir estomatitis en personas previamente sensibilizadas. El cromo en estado puro no es causante de sensibilizaciones, pero sí lo es en la forma de cloruro de cromo.

Níquel: Presente en la composición del instrumental habitual, puede sensibilizar al odontólogo y al paciente cuando el material es de baja calidad. En el usuario se ha visto implicado en la boca quemante en relación con las prótesis parciales.

Oro: Es raro que produzca sensibilizaciones en su forma de metal; sin embargo, las sales de oro (cloruro y tricloruro) son muy alergenicar. En la mucosa oral son frecuentes las sensibilizaciones, y los casos descritos ya referían reacciones al oro en su aplicación cutánea. La intolerancia al oro se manifiesta en forma de estomatitis ulcerosas que evolucionan favorablemente al retirar el material causante.



Paladio: Aparece conformado parte de determinadas prótesis sustituyendo al platino y en la actualidad es uno de los implicados en el síndrome de la boca quemante. Su intolerancia se manifiesta en forma de reacciones liquenoides y en la mayoría de los pacientes existen sensibilizaciones previas al níquel.

Platino: Metal puro usado en odontología, rara vez produce sensibilización bajo esta forma de presentación.

Titanio: Actualmente es muy empleado en la confección de prótesis quirúrgicas e implantes como sustituto del cromo y el cobalto en pacientes sensibilizados a estos.

Cinc: La sal de cloruro de cinc presente en materiales dentales puede actuar como irritante primario potente. El óxido de cinc, presente en dentífricos y en cementos de uno odontológico, es inerte⁵.

Materiales de base para dentaduras

Las resinas acrílicas son los más usados en la confección de prótesis dentales. Con el empleo de los polímeros sintéticos como materiales básicos para las dentaduras, los casos de alergia a las dentaduras han ido en aumento. Los acrilatos, poliestirenos, y poliamidas son algunos alérgenos potenciales, que al ser calentados en el acelerador, forman largas cadenas de monómeros de bajo peso molecular. Si el producto no está completamente polimerizado, el monómero residual puede dañar la mucosa³⁴.

El monómero constituye la sustancia alérgena principal, y son los odontólogos y técnicos dentales los más frecuentemente afectados. El material terminado, la prótesis dental, rara vez causa problemas de alergia,



siendo roces de tipo mecánico los que pueden ocasionar diferentes molestias. Los síntomas pueden aparecer rápidamente o incluso años después de la colocación de la prótesis⁵.

Dentífricos y enjuagues

Los dentífricos presentan un bajo poder sensibilizante, pero pueden ocasionar problemas debido a su composición: colorantes, aromatizantes, abrasivos, conservantes, fluoruros, antisépticos y detergentes. Suelen ser los aromatizantes los más frecuentemente implicados. Se han implicado los colutorios debido a la presencia de aromatizantes como el aldehído cinámico o de antibacterianos del tipo de la clorhexidina³⁴.

Estomatitis de contacto

Sucedan tras la colocación en contacto con la mucosa oral de medicamentos, metales preciosos, materiales odontológicos.

Se originan mediante un mecanismo de hipersensibilidad retardada. Clínicamente aparecen a los 2 o 3 días del contacto eritemas, vesículas y ulceraciones en un área muy localizada, donde está actuando el antígeno.

Para realizar el diagnóstico 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 solo en los casos muy graves estará indicado administrar corticoides.

La realidad es que las reacciones alérgicas asociadas a odontología son muy raras, siendo las lesiones en la mayoría de las ocasiones motivadas por el traumatismo de la prótesis asociado con una infección por candida (figura 28)⁵.



Figura 28 Reacción de la mucosa al contacto con la amalgama.

Higiene de la prótesis

La deficiente higiene ha sido considerada como un factor etiológico importante en la aparición de las lesiones bucales. La placa bacteriana que se forma en la superficie interna de la prótesis es, probablemente, la causa de mayor aparición de estas lesiones¹⁴.

La formación de la placa bacteriana en la prótesis está facilitada por el acúmulo de residuos debido, no sólo, a una mala higiene, sino también a las limitaciones que en muchas ocasiones ofrece el propio material de la base de la prótesis. La porosidad y las irregularidades de la superficie interna de la prótesis posibilitan la acumulación de placa. En los casos de los pacientes con prótesis parciales removibles la presencia de dientes con caries o trastornos periodontales, pueden agravar la las lesiones³⁵.

La temperatura de la boca y la presión negativa entre la base de la prótesis y la mucosa permite y facilita la proliferación de microorganismos que estimulan el desencadenamiento de la reacción inflamatoria⁷.

Dentro de este grupo de factores relacionados con la higiene de la prótesis deben incluirse los factores dietéticos. La ingesta elevada de carbohidratos puede ser un factor estimulante en la aparición de lesiones del tipo de la



estomatitis protésica, queilitis angular entre otras, ya que los carbohidratos son un excelente medio de cultivo para la proliferación de los microorganismos en la placa bacteriana ³⁵.

En relación con los factores higiénicos dietéticos no debe olvidarse que muchos pacientes portadores de prótesis son de edad avanzada y, en ocasiones, su alimentación es deficiente, a ello se le suma su habilidad manual disminuida impidiendo una correcta higiene de la prótesis³⁵.



III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud bucal debe ser vista como componente de la calidad de vida, especialmente en la población geriátrica que es cada vez más numerosa.

El reemplazo de los dientes con aparatos protésicos no siempre está exento de riesgos. El uso de prótesis durante largos períodos de tiempo por parte de los pacientes sin que sean cambiadas periódicamente, puede generar dolor e inestabilidad durante la masticación, factores que conjuntamente con otros, pueden provocar el desarrollo de lesiones en los tejidos que están en contacto con el aparato protésico, por lo que se tiene que tener un conocimiento amplio de cómo reconocer y tratar estas lesiones .

IV. JUSTIFICACIÓN

Es necesario que el Cirujano Dentista sepa reconocer y tratar los diferentes tipos de lesiones que puede originar el uso de una prótesis bucal removible, así como dar a conocer al paciente el uso adecuado, la higiene y los cuidados que se deben de tener a estas.

V. OBJETIVO

Realizar un manual terapéutico para el odontólogo de práctica general auxiliar en diagnóstico y tratamiento de las lesiones más comúnmente asociadas al uso de prótesis removible. De igual forma realizar un apartado para los pacientes, acerca de las medidas de higiene así como su uso adecuado y preservación de las prótesis removibles.



VI. METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar las lesiones bucales de mayor prevalencia ocasionada por el uso de prótesis removibles. Asimismo, la terapéutica y cuidados a seguir en cada una de estas lesiones.

Una vez obtenida esta información se realizó un manual terapéutico dividido, en dos secciones; la primera parte enfocada a lo que debe de realizar el Cirujano dentista para al tratamiento de las lesiones, y la segunda parte dirigida a los cuidados que debe tener todo paciente portador de prótesis dentales removibles.

MANUAL



Manual terapéutico para lesiones asociadas al uso de prótesis removible.

Una herramienta para el diagnóstico y prevención de la aparición de
lesiones bucales asociadas al uso de prótesis.

Mayo 2013

Autor: Jonathan Rafael Martínez Hurtado

**Seminario de titulación de prótesis dental parcial, fija y
removible**



MANUAL TERAPÉUTICO PARA LESIONES ASOCIADAS AL USO DE PRÓTESIS REMOVIBLE.

Una herramienta para el diagnóstico y prevención de la aparición de lesiones bucales asociadas al uso de prótesis.

Prefacio

La restitución de dientes perdidos mediante prótesis, favorece diversas funciones fisiológicas como la masticación, la deglución y la fonación, y por supuesto también a la restauración de una estética perdida.

Pero la colocación de las prótesis dentales puede originar diferentes respuestas de la mucosa oral debidas tanto a factores mecánicos como a factores químicos e incluso microbiológicos. Estas lesiones pueden aparecer y evolucionar tanto de forma aguda como crónica.

El éxito completo de los tratamientos rehabilitadores mediante prótesis dentales requiere en primer lugar de un meticuloso estudio de casa caso, una correcta planificación y diseño del tratamiento, así como la elección de los sistemas y materiales más apropiados en cada caso.

Posteriormente, una vez que la prótesis se encuentra alojada en la cavidad bucal, es preciso instruir convencionalmente al paciente en un cuidado e higiene constantes. De este modo conseguiremos la satisfacción completa de nuestro paciente y la nuestra por un trabajo bien hecho.

La idea de la creación de este manual surge a partir de la necesidad de que el odontólogo deba estar capacitado para evitar en lo posible la aparición de estas lesiones asociadas, pero una vez producidas debe de poner atención para detectarlas, diagnosticarlas y por supuesto establecer las medidas precisas para tratarlas, minimizar sus efectos o remitir al especialista para una posible corrección total.



Contenido

I. USO PARA EL CIRUJANO DENTISTA.....	62
Estomatitis protésica.....	63
Características Clínicas.....	63
Etiología	64
Diagnóstico.....	64
Tratamiento.....	65
Prevención.....	65
Épulis fisurado.....	65
Características Clínicas	66
Etiología	67
Diagnóstico.....	67
Tratamiento.....	67
Úlcera Traumática.....	68
Características clínicas.....	68
Etiología	69
Diagnóstico.....	69
Tratamiento.....	70
Hiperqueratosis friccional.....	71
Características clínicas.....	71
Etiología.....	72
Diagnóstico.....	72
Tratamiento.....	73
II. RECOMENDACIÓN PARA EL PORTADOR DE PRÓTESIS REMOVIBLE.....	74
Consejos para el portador por primera vez o recambio de prótesis:.....	75
Recomendaciones	76
Colocación y desinserción	76
Cuidados e higiene.....	77
Revisiones e incidencias.....	84



I. USO PARA EL CIRUJANO DENTISTA

La prótesis dental es la rama de la odontología encargada de restaurar la función, la salud, el confort y la estética perdida.

En cada tipo de prótesis fija, removible, implantosoportada y mixtas encontramos diferentes elementos y componentes los cuales debemos de diseñar con una correcta armonía entre ellos y con la cavidad oral para no provocar futuros problemas en nuestro tratamiento.

La ubicación de cualquier tipo de prótesis dental en la boca provoca inestables variaciones en el medio bucal, que obliga a los tejidos a reaccionar para adaptarse a nuevas situaciones dependiendo de las características de las mismas y del modo de reaccionar de cada organismo.

La calidad de las prótesis y su papel en la aparición de las lesiones bucales resultan de gran interés para la comprensión de estas enfermedades y la recomendación de estrategias preventivas.

En este apartado revisaremos las lesiones más comúnmente asociadas al uso de prótesis removible, su diagnóstico y la forma correcta de tratarlas.

- Estomatitis protésica
- Épulis fisurado
- Úlcera traumática
- Queratosis friccional

Estas lesiones suelen ser de origen traumático y son fácilmente reconocibles a la exploración intraoral. Si se elimina la causa que la produce desaparecen en unos días, generalmente menos de dos semanas.

Estomatitis protésica

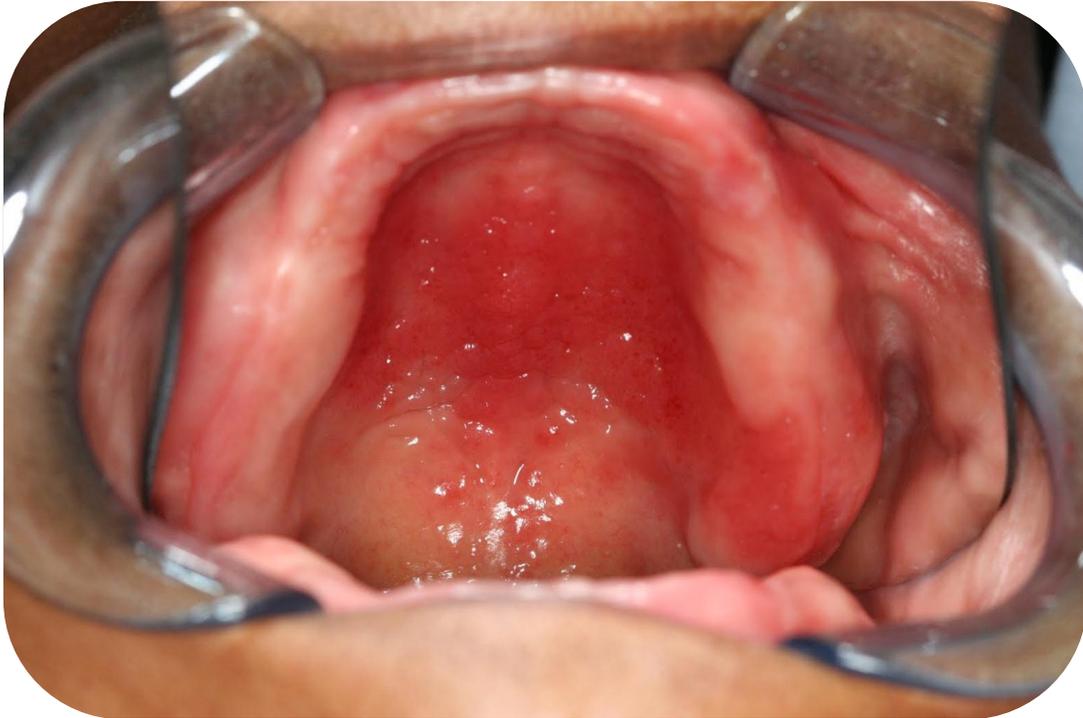


Figura 1 Mucosa eritematosa de la zona base de una prótesis removible.

Características Clínicas

Se presenta como una mucosa eritematosa y atrófica en la zona donde se apoya la base de una prótesis removible, tanto parcial como completa (fig. 1). Es más frecuente en el paladar donde dibuja perfectamente la base protésica. Parece que afecta más a mujeres.

Su sintomatología puede presentar sensación de quemazón y picor, pero en la mayoría de los casos son asintomáticas y suelen tratarse de un hallazgo casual durante la exploración de la mucosa oral en una revisión odontológica de rutina.

Etiología

Se sabe que su etiología es multifactorial, influyendo diferentes factores como la mala higiene, el uso de las prótesis durante la noche, los traumatismos repetidos y un factor muy importante como es la colonización por hongos, principalmente por *C. albicans*.

Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se basa en el reconocimiento de sus lesiones (figura 2), la cual se clasifica de acuerdo a su aspecto clínico (Newton) de la mucosa afectada bajo la zona de soporte de la prótesis en tres grupos (I, II y III).

El diagnóstico de una infección candidásica en pacientes con estomatitis protésica es fácil y se confirma mediante la toma de muestra y siembra de la misma en un medio de cultivo para observar la posibilidad de crecimiento microbiano.



Figura 2 estomatitis protésica de grado II de Newton.



Figura 3 Tratamiento antimicótico.

Tratamiento

El tratamiento se basa en el descanso y recambio de la prótesis (si esta defectuosa), enjuagues antiinflamatorios y terapias antimicóticas, preferiblemente tópicas, si esta infección está asociada a la estomatitis (figura 3).

Prevención

Para evitar la estomatitis protésica se recomienda descansar el uso de la prótesis durante el sueño, mantener una excelente higiene bucal que involucre la limpieza de la prótesis, realizar el control protésico con su odontólogo y cambiar la prótesis cuando sea necesario, finalmente no usar dentaduras mal adaptadas defectuosas.

Épulis fisurado



Figura 4 Hiperplasia fibrosa inflamatoria asociada al uso crónico de prótesis desajustada.

La hiperplasia fibrosa inflamatoria o épulis fisurado aparece como una tumoración generalmente asintomática de consistencia firme de crecimiento lento y de tamaño variable.

Características Clínicas

Clínicamente suele localizarse en cualquier punto a lo largo de los bordes de la prótesis, aunque la localización en el vestíbulo maxilar y mandibular es la más frecuente.



Figura 5 Prótesis mal adaptada.

Etiología

La causa de estas lesiones es comúnmente asociada al uso crónico producido por las prótesis más adaptadas, localizada con más frecuencia en la 4.ª década de vida (figura 5).

Algunos factores irritativos comúnmente asociados, como la enfermedad periodontal, la mala higiene, el fumar y la sensibilidad a los materiales de la base de dentaduras así como los cambios relacionados con la edad y las condiciones sistémicas son aceptados como factores etiológicos.

Diagnóstico

El diagnóstico se hace generalmente a nivel clínico por la relación entre la causa y consecuencia de la lesión.

Tratamiento

El tratamiento va de acuerdo con la severidad de la lesión y la cantidad de tejido afectado. Pero generalmente se debe de extirpar por cirugía y construir prótesis nuevas (figura 6).

El pronóstico es bueno y los índices de recidivas son bajos cuando el agente traumático es removido.



Figura 6 Extirpación quirúrgica del épulis fisurado.

Úlcera Traumática

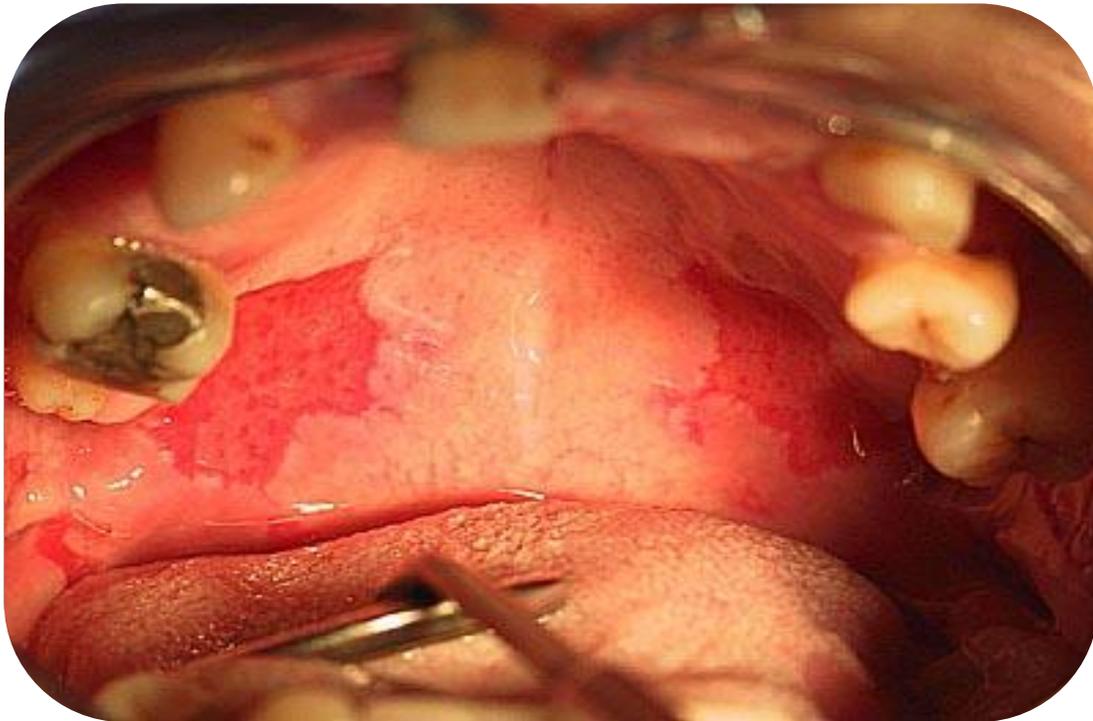


Figura 7 Úlcera mucosa ocasionada por prótesis.

La úlcera traumática es sin duda una de las lesiones orales más frecuentes, sobre todo en el caso de la prótesis removibles, es una lesión dolorosa por la afeción del tejido conjuntivo, su tamaño puede ser variable dependiendo del origen de la lesión y del tiempo de evolución.

Características clínicas

Estas úlceras son lesiones dolorosas, de diferentes tamaños, de forma irregular 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.

Las úlceras crónicas son poco dolorosas, o bien indoloras, presentan bordes elevados debido a hiperqueratosis y están cubiertas por una membrana amarilla; además se observa induración causada por las cicatrices e infiltración inflamatoria crónica.



Figura 8 Lesión traumática irregular.

Etiología

La úlcera traumática es una lesión causada por alguna forma de traumatismo, que puede ser la mordedura de la mucosa, irritación por prótesis total o removible mal confeccionada, lesión por cepillo dental, exposición de la membrana mucosa a un diente con filo o a una lesión cariosa, o por algún otro traumatismo o irritante externo (figura 8).

Diagnóstico

La úlcera traumática tiene como principal característica la relación causa-efecto circunstancia que es la más importante en orden de diagnóstico.



Figura 9 Hallazgo de úlcera traumática tras una revisión oral.

El diagnóstico de la enfermedad es simple y habitualmente se viene determinada después de una cuidadosa historia clínica y los hallazgos físicos examinados (figura 9). Una biopsia generalmente no es necesario en la historia a menos que sea incompatible con los hallazgos orales.

Tratamiento

La mayor parte de las úlceras requieren solo observación, generalmente el tratamiento es paliativo para pacientes con una úlcera traumática

El tratamiento de la úlcera traumática debido a una prótesis consiste en la corrección de la causa subyacente: eliminar los rebordes, remoción de los secuestros pequeños o de los lugares altos (figura 9 y 10). Cuando esto se lleva a cabo por lo regular la úlcera sana rápidamente.

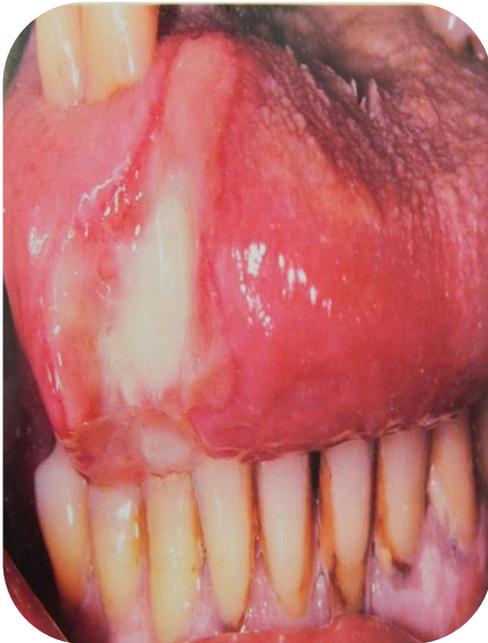


Figura 9 Corrección de los rebordes de la prótesis y tratamiento paliativo.

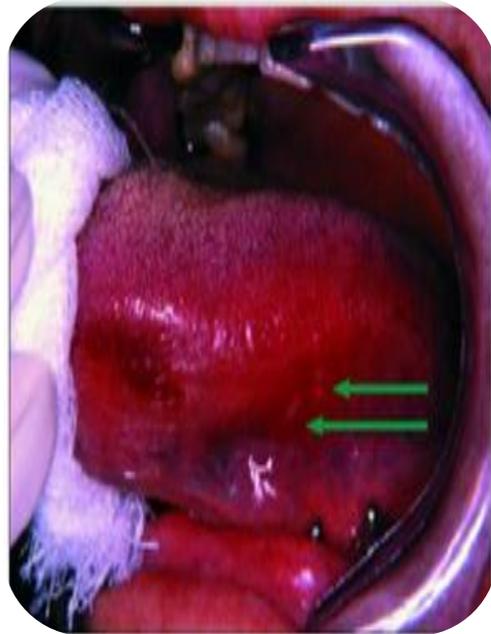


Figura 10 Úlcera en el borde lingual producido por el roce de los retenedores de la prótesis removable.

Hiperqueratosis friccional



Figura 11 Reacción de la mucosa por el trauma crónico.

Resulta por la manifestación de una reacción protectora de la mucosa provocada por el trauma crónico. No es un proceso maligno y generalmente se incluye dentro de las leucoplasias. Suele localizarse en los rebordes alveolares de la prótesis removible (figura 11).

Características clínicas

La queratosis causada por fricción ocurre en zonas que con frecuencia reciben golpes, como los labios, el borde oclusal de la mucosa bucal y los procesos desdentados (figura 12).

Se presenta como una lesión única o múltiple, es indolora y frecuentemente se observa en un examen sistemático.

La queratosis puede abarcar un área pequeña o grande de la cavidad oral y presentarse en casi cualquier sitio, la lesión puede permanecer estacionaria o progresa.

Etiología

Los estímulos irritantes que pueden provocar la aparición de estas lesiones son muy diversos: mordida reiterada de los labios y la mucosa yugal, prótesis dentales mal adaptadas, dientes fracturados o desviados, superficies dentales irregulares, aparatos de ortodoncia, cepillado inadecuado y uso de las crestas alveolares como lugares de masticación en sujetos desdentados.



Figura 12. Prótesis desajustada ocasionando fricción

Diagnóstico

Dado que las lesiones blancas orales planean la sospecha de clínica de una patología maligna, es necesario identificar estas lesiones y establecer un enfoque sistemático para su evaluación.

Si se duda de la etiología de una lesión blanca o si la lesión no es opaca en su totalidad o presenta áreas de ulceración, induración o enrojecimiento debe considerarse como una leucoplasia y deberá de realizarse una biopsia.



Tratamiento

Se trata de una lesión reversible, que debe desaparecer al retirarse el irritante que la provoca. De no ser eliminada la causa de lesión evoluciona hacia un estadio más avanzado convirtiéndose en una leucoplasia.

Por lo general solo se requiere observar la lesión. El control del habito causal brinda mejoría clínica, pero si hay dudad de su etiología debe realizarse una biopsia

La intervención quirúrgica no siempre es necesaria pero en algunos casos puede serlo. Las áreas de queratosis suelen ser pequeñas y pueden extirparse por completo.

II. RECOMENDACIÓN PARA EL PORTADOR DE PRÓTESIS REMOVIBLE

La educación de los pacientes es uno de los factores más importantes para el éxito de una prótesis parcial, removible o total (figura 13).

Con gran frecuencia, los dentistas se dedican a los aspectos técnicos del tratamiento de la prótesis removible y no consideran otros factores de igual o mayor importancia para obtener con éxito el pronóstico total.



Figura 13 La educación al paciente es de vital importancia para el éxito protésico.

Los estudios clínicos han demostrado que incluso la prótesis diseñada con mayor cuidado, construida con precisión y orientada biológicamente puede fracasar, a menos que el paciente cuide de manera meticulosa y constante los tejidos bucales y la prótesis.

Por tanto, el odontólogo tiene la responsabilidad no solo de educar a los pacientes sino también de motivarlos para que lleven a cabo procedimientos para cuidar su salud bucal.

El apartado de este manual va dirigido hacia el paciente portador de prótesis, donde el principal objetivo es conseguir un buen funcionamiento, para esto deberá seguir las siguientes instrucciones de manejo, cuidado y mantenimiento

Portador por primera vez????:

Sabía usted que al portar una prótesis notará una sensación extraña, de un cuerpo aparentemente grande y voluminoso, que irá desapareciendo paulatinamente.

Producirá más saliva de lo normal, pero también se normalizará poco a poco.



Figura 14 Disminución del gusto.

Inicialmente experimentará una disminución del sentido del gusto, que se recuperará al cabo de unas pocas semanas (figura 14).

Puede tener algunas dificultades en la pronunciación, debido al espacio que ocupa la prótesis. Para corregirlas más rápidamente, es aconsejable leer o hablar frente a un espejo, siempre en voz alta.



Es probable que se muerda fácilmente en las mejillas y la lengua, por su tendencia a introducirse en los espacios donde faltan dientes, pero en poco tiempo aprenderá a evitarlo.

A veces se percibe opresión o dolor en dientes y encías (sobre todo al morder o cerrar la boca), que suelen desaparecer en poco tiempo, a medida que “encallece” las mucosas y los dientes naturales remanentes se adaptan a las fuerzas que reciben.

Recomendaciones

Los primeros días, procure cerrar la boca y masticar con cuidado, para no morderse y no sobrecargar las encías y dientes adoloridos.

Por la misma razón, conviene que inicialmente mastique suavemente alimentos blandos y no pegajosos, pasando poco a poco a comer productos de mayor consistencia.

Para tratar las heridas de las mordeduras (generalmente, muy dolorosas), puede utilizar colutorios, pomadas o geles analgésicos y cicatrizantes.

Si tiene dolor intenso al morder, o aparecen heridas, acuda inmediatamente a revisión.

Colocación y desinserción

La colocación y desinserción de las prótesis removibles es una cuestión de costumbre, que se aprende rápidamente, aunque al principio puede requerir un poco de paciencia, hasta aprender en qué dirección deben hacerse los movimientos de empuje y tracción:

Para su colocación, debe utilizar siempre los dedos (figura 15). Situará las zonas con ganchos sobre los dientes que sirven de sujeción, y

seguidamente presionará con los dedos, hasta que alcance el lugar correcto, momento en que suele notarse un "clic".



Figura 15 Utilizar siempre los dedos para desalojar sus prótesis.

No fuerce nunca la prótesis, ni muerda sobre ella para llevarla a su lugar, porque se hace tanta fuerza que pueden deteriorarse algunos elementos del aparato o dañar las mucosas.

Para quitarse las prótesis, expulsara de ambos lados a la vez (nunca de un solo lado), trabando las uñas de los dedos índices de ambas manos en los ganchos o en los bordes de la prótesis (ponga especial cuidado en no arañar las encías).

Cuidados e higiene

Las prótesis se deben limpiar, al menos una vez al día, con un cepillo especial para prótesis (de venta en farmacias), y un poco de pasta dentífrica o, mejor, jabón, para evitar la formación de sarro y el depósito de tinciones. Después, enjuáguelas muy bien con agua (figura 16).

Enjuagarse la boca con colutorios fluorados, para prevenir la aparición de caries, sobre todo entre los dientes, donde el cepillo no limpia bien.

Es aconsejable que dé masajes en las encías, para mejorar su riego sanguíneo y prevenir en lo posible su reabsorción.



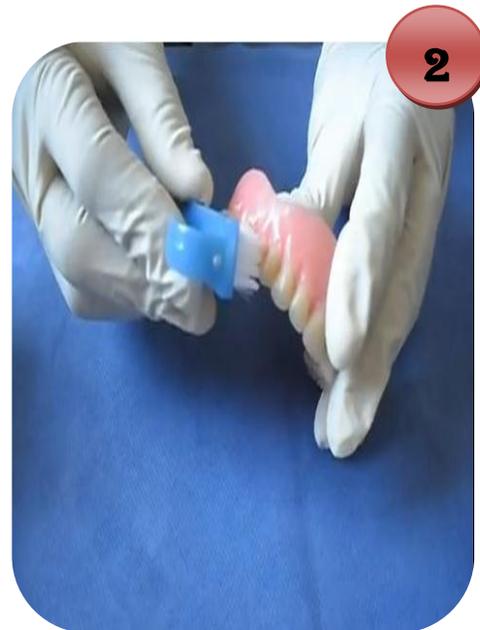
Figura 16 Después de cada comida debe lavar las prótesis y la boca.

A continuación se muestran los pasos para llevar a cabo una correcta higiene de las prótesis:



Hay que seleccionar cuidadosamente el tipo de cepillo para asear la prótesis, porque este método mecánico de aseo puede desgastar en forma importante la resina acrílica, si se utilizan medios inadecuados.

Coloque el cepillo lo largo de la línea de la encía en un ángulo de 45° y realice movimientos de adelante hacia atrás unas 10 o 15 veces cada dos o tres dientes.



3



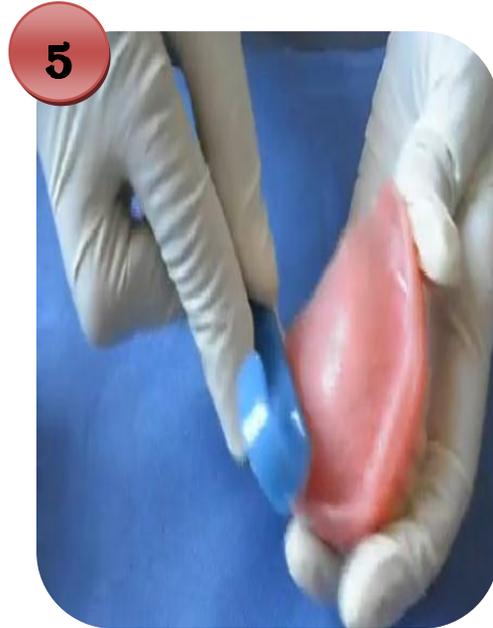
Cepille la superficie interna de cada diente ya sea por el paladar o la parte lingual en inferior, utilizando la técnica del paso anterior.

Continúe cepillando las superficies masticatorias, realizando movimientos de adelante hacia atrás.

4



Finalmente cepillamos la superficie interna de la prótesis hasta asegurarnos que esté completamente limpia.



Es especialmente importante la limpieza de las partes metálicas, sobre todo las que contactan con los dientes (cara interna o cóncava de los ganchos). Para ello, pueden frotarse con un hisopo de algodón empapado en alcohol, hasta que la superficie quede brillante.

7

Si quedan mate o sin brillo, es que están cargadas de placa bacteriana, que puede producir caries y desgastes, debido a los ácidos que dicha placa produce.



8



Otro medio para asear la prótesis son los limpiadores comerciales químicos para dentaduras tipo inmersión.

9



Conviene quitar las prótesis para dormir, para que los tejidos descansen diariamente unas horas de la presión a que pudieran verse sometidos.

Para evitar golpes y deformaciones mientras están fuera de la boca, conviene conservar las prótesis en agua, a la que puede añadir pastillas desinfectantes, como son las de peróxido alcalino, son muy comunes y de fácil manejo.

10



También es conveniente realizar una limpieza más profunda utilizando unas 20 gotas de hipoclorito de sodio en un vaso de agua y dejar la prótesis sumergida alrededor de una hora. Luego de cepillarla y enjuagarla abundantemente con agua corriente para eliminar el hipoclorito

Esto ayuda, además de una desinfección, para desodorizar y blanquear el aparato. No es necesario realizarlo todos los días este procedimiento, usualmente con una vez por semana es suficiente.

Revisiones e incidencias

Siempre que aparezcan ulceraciones, dolor o inestabilidad de la prótesis, deberá acudir de inmediato a revisión. Si surge algún problema, o en cualquier caso en que crea que se haya producido un hecho anormal, no intente resolverlo usted mismo.

Se debe realizar una revisión cada seis meses para observar el estado de los dientes y mucosas, detectar desgastes en los dientes y realizar las adaptaciones apropiadas para corregir los desajustes provocados por el cambio de forma de los maxilares y de la posición de los dientes, que siempre ocurren con el paso del tiempo (figura 17).



Figura 17 Revisión periódica cada 6 meses.



VII. CONCLUSIONES

La calidad de la prótesis constituye un factor de riesgo en la aparición de lesiones de la mucosa bucal en el portador de prótesis removible.

Las lesiones en la mucosa bucal del paciente portador de prótesis removible que resultaron ser más frecuentes fueron la estomatitis protésica, la úlcera traumática y el épulis fisurado.

Los profesionales al examinar la cavidad bucal en los pacientes deberán considerar las manifestaciones bucales, alteraciones sistémicas y también lesiones ocasionadas por factores locales en el portador de prótesis.



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Lemus L, Triana K, Fuertes L, León C. Repercusión de la calidad de la prótesis en la aparición de lesiones en el adulto mayor. *Rev.haban.cienc.med.* 2009;8(1)
- ² Nuño J, López A, Somacarrera ML. Lesiones de la mucosa oral originados por prótesis. *Rev.Gaceta Dental* 2005;4(16).Pp:92-102
- ³ Shafer WG, Hine MK, Levy BM, Tomich CE. *Tratado de Patología Bucal.* 4Ed. Cd de México:Editorial Interamericana 1968.Pp:95
- ⁴ Brevis P, Cancino J, Cantín M. Denture Stomatitis: Clinical and Microbiological Study of Candida. *Int. J. Odontostomat* 2008; 2(1).Pp:101-108
- ⁵ Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M. *Medicina Oral.* 1ª ed. Barcelona España.Ed Masson 1995.Pp:152-155
- ⁶ Maller V, Karthik KS, Maller S. Candidiasis In Denture Wearers- A Literature Review.*JIADS* 2010;1(1),Pp:27-30.
- ⁷ Monroy T, Maldonado V, Franco F, Aldape B, Quindos G, Sanchez L. Candida albicans, staphylococcus aureus and Streptococcus mutans colonization in patients wearing dental prosthesis. *Med. Oral Patol Oral Cir Bucal* 2005; 10 (1) Pp:27-39.
- ⁸ Giuliana G, Pizzo G, Milici ME, Giangreco R. In vitro activities of antimicrobial agents against Candida species. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod (Palermo).* 1999; 87(1): 44-9.
- ⁹ Naples I, Diaz S, Puig E, Espeso N. Candidiasis en pacientes con estomatitis subprótesis.*rev. AMC* 2008; 12(6).
- ¹⁰ Hosthing C, Dixit S, Mootha A, Diwan N. Role of Candida albicans in Denture Stomatitis.*J. Indian.Academy Oral Radiology* 2011;23(4), Pp:617-619



-
- ¹¹ Salerno C, Pascale M, Contaldo M, Esposito V, Busciolano M, Milillo L, Guida A, Petruzzi M, Serpico R. Candida-associated denture stomatitis. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2011;16(1):Pp39-43
- ¹² Rodríguez J, Miranda J, Morejón H, Santana J. Candidiasis de la mucosa bucal. *Rev. Cubana. Estomatológica* 2002;39(2)
- ¹³ Beiro R, Vidal I, Orgeira J. Factores Predisponentes Sistémicos de la candidiasis oral. *Med. General* 2002; 41 Pp: 121-125.
- ¹⁴ Herrera I, Osorio M. Revisión Bibliográfica sobre Estomatitis Subprotesis. *Rev. Haban. Ciencias Med.* 2005;4(3)
- ¹⁵ Romo E, Maldonado V, Antuna S, Fortoul T, Muñoz B. Análisis microscópico de la adherencia de *Candida albicans* "in vitro" sobre resina acrílica utilizada para bases de dentaduras. *Rev. Odontológica Mex.* 2006;10(4), Pp:167-172.
- ¹⁶ Lazarde J. Estomatitis Subprotésica. *Acta Odontológica venezolana* 2001;39(3)
- ¹⁷ Liébana J. *Microbiología Oral*. 1ª ed. Ciudad De México. Ed. McGraw-Hill Interamericana 1997. Pp:372-374
- ¹⁸ Da Silva W, Nunes R, Rosalen PL, Del Bel A. Effects of nystatin, fluconazole and propolis on poly (methyl methacrylate) resin surface. *Braz, Dent. J.* 2008;19(3). Pp:190-196
- ¹⁹ Padilla D, Ucar A, Ballester L. Estudio comparativo entre los métodos químico y microondas para la eliminación de *Candida albicans* en bases blandas y duras de prótesis removibles. *Rev. Odont. de los Andes* 2008;3(1), Pp:4-10
- ²⁰ Vargas PA, Perez D, Jacks J, Carinho AL, Esquiche L, Paes O. Denture hypoplasia with areas simulating oral inverted ductal papiloma. *Med. Oral. Patol. Oral Cir. Bucal* 2005;10(12), Pp:17-21.
- ²¹ Muñante JL, Jaimes M, Olate S, Albegaria JR. Consideraciones Actuales en Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria. *Acta Odont. Ven.* 2009;2(21).



- ²² Canger E, Celenk P, Kayipmaz S. Denture-Related Hyperplasia: A Clinical Study of a Turkish Population. *Braz Dent J* (2009) 20(3)Pp: 243-248
- ²³ Macedo L.F.; Dias J.A.; Antonio L.G.: Study of denture-induced fibrous hyperplasia cases diagnosed from 1979 to 2001. *Quintessence Int.* (2005); 36:825-29.
- ²⁴ Cutright D.E.: The histopathologic findings in 583 cases of epulis fissuratum. *Oral Surg.*(1974);37(3):401-11.
- ²⁵ Sapp JP, Eversole LR, Wysocki G. *Contemporary Oral and Maxillofacial Pathology*. 2a Ed. USA. Ed. Mosby. Pp:166,283-367.
- ²⁶ Regezi, Sciubba J. *Patología Bucal*. 1ª Ed. Ciudad de México. Ed. Interamericana 1991. Pp:30-35,87-95,202-205.
- ²⁷ Balbin E, De la Cueva P, Mauleón C, Valdivielso M, Hernanz JM. Hiperqueratosis Friccional Oral. *Acta pediatric. Esp.* 2009; 67(3).Pp:123-124.
- ²⁸ Bhaskar SN. *Patología Bucal*. 3ª Ed. Buenos Aires Argentina. Ed. Ateneo 1979. Pp:272
- ²⁹ Tiecke R, Stuteville O, Calandra J. *Fisiopatología Bucal*. 1ª Ed. Ciudad de México. Ed. Interamericana 1960. Pp:154-171
- ³⁰ Falace D. *Emergency Dental Care*. 1ª Ed. USA. Ed. William and Wilkins 1994. Pp299-301
- ³¹ Margaix-Muñoz M, Bagán JV, Poveda R, Jiménez Y, Sarrión G. Sjögren's syndrome of the oral cavity. Review and update. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2009 Jul 1;14 (7):Pp325-30
- ³² Ergun S. *Insights and Perspectives in Rheumatology*. 1a Ed Turkey. Ed. Andrew Harrison. Pp:149-170
- ³³ Ergun S, Çekici A, Topcuoglu N, Migliari DA, Külekçi G, Tanyeri H, Isik G. Oral status and *Candida* colonization in patients with Sjögren's Syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2010 Mar 1;15(2):Pp310-5.
- ³⁴ Gorlin RJ, Goldman HM. *Patología oral*. 2a Reimpresión. Mallorca Esp. Ed Salvat 1983. Pp:863-869



³⁵ Carreira PV, Almagro UZ. La estomatitis subprotesis en pacientes desdentados totales. Rev Cubana Estomatol. Ciudad de La Habana 2000; 37(3),Pp:133-139