



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES ZARAGOZA CARRERA
DE CIRUJANO DENTISTA



Tesis

Que para obtener el título de Cirujano Dentista:
Presenta:

FLORES HERRERA JONATHAN

“FRECUENCIA DE LESIONES EN MUCOSA BUCAL DERIVADAS
DEL USO DE PRÓTESIS EN PACIENTES QUE ACUDEN A
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN LAS CUAS ZARAGOZA Y
ESTADO DE MÉXICO EN EL PERÍODO DE AGOSTO – DICIEMBRE
DE 2014”.

Director
CD. Graciela Mirella López González

Asesor:
Mtra. Josefina Morales Vázquez

México DF. JUNIO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

SEMINARIO DE TESIS EN LÍNEA



*TESIS ELABORADA EN EL MARCO DE LAS
ACTIVIDADES DEL:
SEMINARIO DE TESIS EN LÍNEA*



COORDINADORES:

JOSEFINA MORALES VÁZQUEZ

J. JESÚS REGALADO AYALA

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	4
JUSTIFICACIÓN	5
MARCO TEÓRICO	6
Estudios Epidemiológicos	
Estomatitis Protésica	
Úlcera Traumática	
Morsicatio Buccarum	
Candidiasis	
Fibroma Traumático	
Hiperplasia Fibrosa	
Épulis Fisurado	
Liquen Plano	
	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO	25
MATERIAL Y MÉTODO	26
MÉTODO ESTADÍSTICO	28
ASPECTOS ÉTICO Y LEGALES	29
ANÁLISIS DE RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	90
CONCLUSIONES	91
PROPUESTAS	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	100

INTRODUCCIÓN

Durante el paso de los años la prótesis dental ha sido la alternativa ideal para la rehabilitación bucal de los pacientes que sufren la pérdida de uno, varios o la totalidad de sus órganos dentarios y con ello devolverle las funciones perdidas a la cavidad bucal. Porque ayudan al paciente a recuperar el tono muscular de los labios y la expresión facial, la función masticatoria, la deglución, la fonética, la estética y así generar una sensación de confianza en los pacientes que requieren un tratamiento protésico.

Las prótesis dentales constituyen una opción del tratamiento rehabilitador, pero aun siendo una buena solución, no están exentas de provocar daños en los tejidos y estructuras óseas de la cavidad bucal, ya que el tiempo de vida útil de una prótesis dental va a depender de las condiciones en las que se encuentre. Para evitar el deterioro de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por el inadecuado estilo de vida, si es necesario se elaborarán prótesis dentales nuevas, de lo contrario, habrá cambios importantes en la mucosa bucal, como la aparición de lesiones que van desde las más simples hasta las más complejas y causar un gran problema de salud.

En ese sentido, se ha demostrado que las prótesis cuando están desajustadas, incorrectamente confeccionadas, o el tipo de material que se emplea en su elaboración y el mal estado en el que se encuentran no son adecuados, producen daños que contribuyen al deficiente estado de la cavidad bucal y afectan la salud de las personas, sobre todo a las de la tercera edad.

Con esta investigación realizada en los pacientes que acudieron a atención odontológica a las CUAS Zaragoza y Estado de México que presentaron prótesis dental, se identificó la frecuencia del tipo de lesiones que podemos encontrar en la mucosa bucal de un paciente portador de prótesis dental.

Existe una relación entre el tiempo de uso de las prótesis, el estado en el que se encuentran y la higiene, con el incremento de lesiones en la mucosa bucal. Y el riesgo que tiene un individuo de tener lesiones bucales con un tiempo prolongado, con una prótesis desajustada o en mal estado puede llevar a patologías como lesiones cancerosas, comprometiendo el estado sistémico del paciente, teniendo en cuenta la forma y el tipo de materiales que se utilizan para su elaboración.

En este trabajo de investigación se ha demostrado que las lesiones por el uso de prótesis dental, provisional o definitiva son más frecuentes en pacientes del sexo femenino; y el tipo de lesión con mayor frecuencia es la úlcera traumática, el cirujano dentista deberá identificar este tipo de problemas que pueden ser provocados por un tratamiento deficiente, porque de esto depende el éxito del tratamiento rehabilitador.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad las prótesis dentales son una alternativa en el tratamiento rehabilitador de la cavidad bucal, de aquellos pacientes que han sufrido la pérdida de órganos dentarios, debido a problemas como caries, fracturas dentales, enfermedades sistémicas o la dieta y el tipo de vida que suelen llevar. Pero desafortunadamente no todos los tratamientos rehabilitadores con prótesis dentales son exitosos. Con el paso del tiempo una prótesis dental mal ajustada, mal elaborada, de mala calidad e incluso la higiene que le da el paciente. Son las causas principales por las que se llegan a presentar lesiones en la mucosa bucal.

Se realiza este trabajo de investigación para identificar la frecuencia del tipo de lesiones en la mucosa bucal derivadas por el uso de prótesis dental en pacientes que acuden a atención odontológica a las CUAS Zaragoza y Estado de México en el período de Agosto – Diciembre de 2014.

La importancia que tiene el realizar este trabajo de investigación es que el cirujano dentista identifique la frecuencia de las lesiones que aparecen en los pacientes portadores de prótesis dental y tener en cuenta que el proceso salud – enfermedad no sólo se da por factores como los hábitos que tiene el paciente, el alcohol, el tabaco, el estilo de vida, enfermedades sistémicas y la higiene oral que pueda presentar. Sino que también se da por factores tan cotidianos como el uso de una prótesis dental mal elaborada o mal ajustada.

Este trabajo de investigación permite al cirujano dentista identificar la frecuencia de las lesiones de la mucosa bucal y la trascendencia del diseño y elaboración de la prótesis dental. La calidad de la prótesis evitará la aparición de lesiones que comprometan el estado de salud del paciente.

MARCO TEÓRICO

Se ha observado un alto predominio de enfermedades de la mucosa bucal por el uso de prótesis en pacientes desdentados. En personas de edad avanzada, con altas tasas de enfermedades crónicas, mentales y discapacidades físicas, los diversos estudios han demostrado que los trastornos bucales tienen un efecto significativo en el bienestar y la satisfacción con la vida de los individuos. ⁽¹⁾

Martínez y col. (2002), En la universidad de Oviedo en España, realizaron un estudio sobre pacientes que acudieron para recibir tratamiento de su patología dentaria, y de igual manera debido a la prostodoncia, Se examinaron 337 pacientes. Y como resultado se obtuvo que: El número de pacientes con lesiones fue de 198. La patología diagnosticada con más frecuencia fue la pigmentación melánica, seguida de la queratosis friccional, línea alba, mordisqueo de carrillo y úlcera traumática. En los pacientes portadores de prótesis, la patología más frecuente fue la hiperplasia protésica y la estomatitis. Los pacientes portadores de prótesis, además de padecer las lesiones propias de la misma, son los que con mayor frecuencia presentan úlceras traumáticas, ocupando la patología infecciosa candidiasis el segundo lugar en frecuencia. ⁽²⁾

Moret de González (2014) Venezuela, realizó un estudio de tipo documental, retrospectivo, transversal, en una población que estuvo representada por 9000 historias clínicas en un período de tiempo que va desde 1988 – 2008 en la Facultad de Odontología de la U.C.V. (Venezuela), en el que la prevalencia de Lesiones Benignas y Desórdenes Potencialmente Malignos que afectan la Mucosa Bucal es alta con respecto a la muestra total estudiada (9000 casos). En relación a la distribución por género, existe un predominio de las lesiones de la mucosa bucal por el sexo femenino. En base al diagnóstico clínico se identificaron 77 lesiones diferentes. El Fibroma Traumático fue la lesión más común con 1042 casos, seguida por la Leucoplasia con 764 casos, la Hiperplasia Fibrosa por prótesis dental con 447 casos. En referencia a las diferentes localizaciones anatómicas mayormente afectadas en este estudio: el reborde alveolar ocupó el primer lugar (1134 casos), seguida por los carrillos (639 casos), labio inferior (522 casos), encías (493 casos). ⁽³⁾

Moreno y Col. (2010) Colombia, realizaron un estudio exploratorio, descriptivo y de corte transversal. En el que seleccionaron una muestra por conveniencia de todos aquellos pacientes que consultaron a la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia Colombia en el periodo 2008-2010 y que tuvieran prótesis bimaxilar instaladas, y a los pacientes a los que previamente se les instaló una prótesis total convencional removible.

Se consideraron las siguientes variables: edad, sexo, estrato socioeconómico, nivel educativo, frecuencia de cepillado, utilización de enjuagues, limpieza de la mucosa, remoción nocturna de la prótesis, presencia de estomatitis, úlceras, aumento fibroso, porosidades, pigmentaciones, cálculos, fracturas, dientes caídos, desgaste dentario y grado de satisfacción con el aparato protésico. Como

resultado tenemos que la mayoría de la población estudiada se ubicó en estratos socioeconómicos y niveles educativos bajos. El 48% presentó algún tipo de estomatitis en el arco superior y el 46% se retiran ambas prótesis en la noche. ⁽⁴⁾

García y col. (2010), Cuba, realizó un estudio descriptivo correlacional de corte transversal que incluyó a 125 ancianos portadores de prótesis, de uno y otro sexo, de los consultorios 1, 2, 3 del Área III de salud de la ciudad de Cienfuegos Cuba. Se encontró un 12 % de personas con estomatitis subprótesis, el 8 % presentaba lesiones de crecimiento hiperplásico y el 5,6 % eran portadores de queilitis angular. Las lesiones mucosas bucales aumentaron en las personas con prótesis en mal estado, mala higiene de esta y en el sexo femenino. ⁽⁵⁾

Cruz y col. (2008), la Habana, Cuba realizaron un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo, de casos y controles entre septiembre del 2006 y enero del 2008 en la Facultad de Estomatología de La Habana, con el objetivo de identificar la calidad de la prótesis como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Se evidenció que en el grupo de casos, el 77,4 % eran portadores de prótesis de mala calidad, y el 85,8 % de los controles eran portadores de prótesis de buena calidad. Se concluyó que la calidad de la prótesis constituyó un factor de riesgo en la aparición de lesiones de la mucosa bucal. Las lesiones bucales más frecuentes asociadas con el uso de la prótesis estomatológica fueron la estomatitis subprótesica y queilitis comisural. ⁽⁶⁾

Jiménez y col. (2013), refieren que en México en el año de 2009 un 40% de la población mayor de 60 años es desdentada y utiliza prótesis removible. La falta de higiene en las prótesis y en la cavidad bucal aumenta el riesgo de padecer enfermedades causadas por microorganismos, con mayor incidencia de enfermedad por *Candida albicans*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus mutans*. Fue un estudio observacional, descriptivo y transversal. El número de pacientes fue de 159, todos ellos portadores de prótesis removibles.

Como resultados se obtuvo que el 82.2% del total de pacientes revisados eran portadores de prótesis con mala higiene, las cuales se encontraban entre sucias y muy sucias, sólo el 17.6% de los pacientes tuvo prótesis removibles limpias. Al determinar los tipos de lesiones más frecuentes en la mucosa bucal encontramos que fueron el eritema (30.2%), la hiperplasia (23.3%), la úlcera traumática (20.8%), el material de elaboración de las prótesis (15.2%) y el tiempo de uso (10.5). ⁽⁷⁾

López y col (2011) Guadalajara, México, realizaron un estudio transversal, descriptivo y observacional en el que la recolección de datos fue durante cuatro meses en las Clínicas odontológicas de diagnóstico de la Universidad de Guadalajara, el cual consistió en dos fases; de inicio un especialista en patología y medicina bucal, impartió sesiones para reforzar el adiestramiento en el reconocimiento de lesiones en la mucosa bucal y la otra consistió en que los sujetos fueron entrevistados mediante un cuestionario donde se incluían datos

sociodemográficos, antecedentes personales patológicos y no patológicos, realizándoles preguntas acerca de si tenían o no conocimiento del tipo de lesión que padecían y si habían acudido o no a recibir algún tipo de tratamiento y que diagnóstico le habían dado.

Se citaron 146 pacientes de los cuales 56 fueron excluidos y 6 fueron eliminados por no realizarse la biopsia, quedando 84 pacientes incluidos, de los cuales eran 27 hombres y 57 mujeres.

De acuerdo al número de veces con las que se presentaban se obtuvo un total de 101 patologías bucales presentes en los pacientes, siendo las de mayor porcentaje: el fibroma traumático, y con la misma frecuencia la queratosis friccional, las melanosis no fisiológicas e infecciones por *Cándida*. Las neoplasias malignas presentes fueron un carcinoma de células escamosas y un carcinoma mucoepidermoide constituyendo el 2.3%. La localización de la cavidad bucal, afectada con mayor frecuencia fue la mucosa de carrillo, seguido de la encía, mucosa labial y paladar duro.⁽⁸⁾

En conclusión las alteraciones que se presentan con mayor frecuencia según los estudios son: Estomatitis protésica, úlcera traumática, mordisqueo de carrillo, candidiasis, fibroma traumático, hiperplasia fibrosa, épulis fisuratum, liquen plano.

A continuación se describirán cada una de ellas:

ESTOMATITIS PROTÉSICA

La estomatitis por prótesis es una inflamación difusa del área de los maxilares en que se apoya la dentadura, suele aparecer en los tejidos blandos situados por encima del paladar duro y se caracteriza por un área intensamente enrojecida, brillante y ligeramente tumefactada. Algunas veces se nota una sensación viscosa al pasar un dedo sobre la superficie.⁽⁹⁾

La lesión suele ser generalizada, difusa y afecta a todos los tejidos que están en contacto con la prótesis, pero en algunos casos se presenta en forma de placas, localizada en regiones aisladas, la lesión es asintomática, aunque algunas veces el paciente refiere sensibilidad, sequedad, ardor e incluso dolor. Y que de no ser tratada oportunamente puede evolucionar hacia lesiones hiperplásicas.⁽¹⁰⁾ Como factor etiológico se encuentra la *Cándida albicans* debido a la colonización y el desarrollo debajo de la prótesis, también la mala higiene bucal, diversas condiciones sistémicas, alcohol, tabaco, alimentación deficiente y uso continuo de la prótesis, prótesis mal ajustadas y material con la que está elaborada la prótesis dental.⁽¹¹⁾

La reacción inflamatoria se puede deber a la invasión tisular de microorganismos, efecto de toxinas micóticas, y proliferación y crecimiento de bacterias.⁽¹²⁾ (ver figura No.1)

Figura No. 1: Estomatitis subprotésica



Fuente: Pardi C. y Col. Micosis de la cavidad bucal parte 1.

El diagnóstico se realiza a través de los datos anamnésticos, y aunque las causas son múltiples se debe también al estado general pasado y actual del paciente, los antecedentes medicamentosos, costumbres dietéticas o alcoholismo, además de la observación de las características clínicas de la lesión. (ver figura No. 2 y 3)

Figura No. 2: Estomatitis subprotésica



Figura No. 3: Prótesis de valplast



Fuente: Cortesía: Flores HJ.

El diagnóstico diferencial puede hacerse con infecciones por otros microorganismos que pueden producir enrojecimiento difuso similar ya sea en forma aislada o en combinación con *Cándida*.⁽¹³⁾

El tratamiento es suspender el uso de la prótesis por 2 meses, la corrección de los defectos de la prótesis ya sea modificándolas o sustituyéndolas, medidas de higiene oral, higiene de la prótesis colocándola en clorhexidina, después aplicarle 2,5 c.c. de Fluconazol (Diflucan) en suspensión en la parte interna de la misma que está en contacto con la mucosa, mantener el medicamento en dicha superficie por toda la noche sin colocarse la prótesis en la cavidad bucal. Dicha aplicación debe hacerla igualmente por 14 días, y para el tratamiento sistémico la administración de una cápsula de 50 mg de Fluconazol (Diflucan), con el desayuno por 14 días continuos.⁽¹⁴⁾

ÚLCERA TRAUMÁTICA

La Úlcera traumática es una lesión que produce pérdida del epitelio bucal ocasionada por una acción lesiva o por la aplicación de una sustancia o una prótesis dental que sea dañina en la superficie externa del epitelio bucal, se presenta en ambos sexos, a cualquier edad y se encuentra en cualquier lugar de la mucosa bucal, y además puede afectar todas las regiones de la boca.⁽¹³⁾

También puede presentarse por mordedura de la mucosa, irritación por prótesis total o parcial, lesión por cepillo dental, exposición de la membrana mucosa a un diente con bordes cortantes, o algún otro irritante externo.⁽¹⁴⁾

Aunque se da con mayor frecuencia en zonas que pueden ser fácilmente dañadas como, el borde lateral de la lengua, después de que el paciente se la haya mordido muy fuerte; sobre la mucosa bucal, labios y en ocasiones sobre el paladar.⁽¹⁵⁾

Clínicamente se observa como una reacción eritematosa, enrojecida y necrótica combinada, que se limita a los bordes de la prótesis, y que puede o no haber sensación de ardor. Pueden observarse manchas o bordes rojos cuando se produce inflamación o pérdida importante de tejido superficial.⁽¹⁶⁾ El aspecto clínico de la lesión varía dependiendo de la localización, naturaleza e intensidad del traumatismo y del grado de infección secundaria existente. Puede medir desde varios milímetros hasta un centímetro o más de diámetro.⁽¹⁷⁾ Su forma puede ser oval, redondeada o irregular; su superficie puede ser llana o ligeramente deprimida, constituida por exudado serosanguinolento o serofibrinoso grisáceo y puede estar cubierta por una escara necrótica grisácea que al ser retirada, revela una base de tejido denudado.⁽¹⁸⁾ A menudo está rodeada por un halo inflamatorio con borde rojo. Se acompaña de síntomas como el dolor que se intensifica con los alimentos o líquidos irritantes; y de edema o inflamación de los tejidos vecinos, y que suele presentarse después de las 24 horas de uso continuo o de la ausencia de un período de descanso para la mucosa de soporte.⁽¹⁹⁾ (ver figuras 4,5 y 6)

Figura No. 4: Úlcera traumática



Fuente: Cortesía: Flores HJ.

Figura No.5: Prótesis mal ajustada y con mala higiene



Fuente: Cortesía: Flores HJ.

Figura No.6: Úlcera traumática en reborde alveolar del maxilar superior ocasionada por una prótesis mal adaptada.



Fuente: Cortesía: Flores HJ.

El diagnóstico se hace en base a la inspección y visualización de la lesión, y a través de la anamnesis de la historia clínica. ⁽²⁰⁾ El tratamiento como alternativa puede ser la aplicación de ozonoterapia en algunos casos 15 gotas de ozono para cubrir las lesiones tres veces al día. Se recomienda cuidadosa higiene bucal, ingestión de líquidos y nutrición sin irritantes. Por lo regular las úlceras traumáticas cicatrizan después de su comienzo de 5 a 10 días, y biopsia excisional de la lesión. ⁽²¹⁾

MORSICATIO BUCCARUM (MORDISQUEO DE CARRILLO)

Es una lesión de origen traumático, irritacional y reactivo, en que la mucosa responde al trauma crónico produciendo queratina con su consecuente engrosamiento, el cual se vuelve ulcerado o erosionado dependiendo del grado de fricción.

La causa de esta lesión autoinducida está relacionada con todo aquel factor traumático que promueva un hábito de mordedura crónica, tal como restauraciones desajustadas, maloclusión, desgaste dental o pérdida de órganos dentarios.

Las lesiones son asintomáticas que se localizan con mayor frecuencia en la mucosa bucal y labio inferior, pudiendo ser uni o bilaterales.

Las áreas aumentadas de tamaño pueden ser eritematosas o blancas, estar ulceradas o erosionadas. La superficie es generalmente irregular y macerada. Cuando se encuentra en mucosa labial se denomina Morsicatum labiorum y cuando es en lengua Morsicatum linguarum.

El diagnóstico se realiza mediante las características clínicas de esta lesión, una detallada exploración física y bucal que incluya la identificación de los factores asociados a las lesiones autoinducidas y el interrogatorio son suficientes para establecer el diagnóstico de Morsicatum bucarum.

No requiere biopsia a menos que sea paciente en alto riesgo de infección por VIH o por riesgo de ulceraciones crónicas.

Debe diferenciarse de candidiasis pseudomembranosa, nevo blanco esponjoso, leucoedema, leucoplasia pilosa, líquen plano atrófico, leucoplasia y queratosis friccional.

El tratamiento consiste en la eliminación de la causa u hábito que provoca la lesión. También el uso de férula oclusal de acrílico que cubra las superficies dentales, que restrinjan el acceso a la mucosa bucal o labial y evita la auto mutilación.

Es preciso mencionar que muchas de estas alteraciones en cavidad bucal son el resultado de factores sociales y psicológicos que afectan al paciente promoviendo su auto mutilación, por lo que el interrogatorio es de mucha importancia para poder ofrecer al paciente un buen tratamiento, en este caso valiéndonos de la participación interdisciplinaria con psicopedagogos, psiquiatras y psicólogos. ⁽²¹⁾

Generalmente no requiere de biopsia, pues ya que remite al desaparecer el trauma dental.⁽²²⁾ (ver figuras 7 y 8).

Figura No.7: Mordisqueo de carrillo por uso de prótesis mal adaptada



Fuente: Cortesía: Flores HJ.

Figura No. 8: Mordisqueo de carrillo por prótesis fija



Fuente: Cortesía: Flores HJ.

CANDIDIASIS

Es una lesión mucocutánea producida por un hongo del género *Candida albicans*, *Candida tropicalis*, es una de las principales causas de estomatitis subprotésica. Las manifestaciones pueden ser agudas o crónicas. La infección es superficial y a nivel bucal es variable y la forma más frecuente es la seudomembranosa conocida como muguet o algodoncillo.⁽¹⁴⁾ También existen las lesiones nodulares, los grupos de edad más afectados son los lactantes y ancianos.⁽¹⁵⁾ Aparece en cualquier parte de la mucosa bucal y se manifiesta como placas múltiples, blancas, caseosas en la mucosa, se eliminan mediante el raspado pero dejan superficies sangrantes; las lesiones se curan en una región y aparecen en otra.⁽¹⁹⁾ La lesión se localiza con mayor frecuencia en la zona anterior de las papilas, aunque las lesiones papilares nodulares de la mucosa del paladar duro, predominan en aquellas personas que utilizan prótesis total y se considera que corresponde a una reacción ocasionada por una infección crónica de un hongo.⁽²³⁾

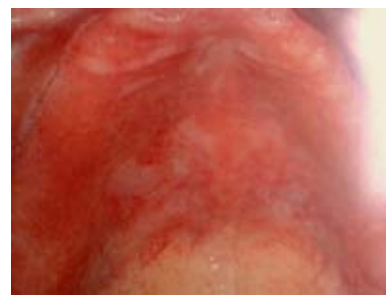
El hongo patógeno y oportunista, es el causante de procesos infecciosos importantes en la cavidad bucal, dentro de los cuales se encuentra la estomatitis subprotésica, denominada como la forma clínica de la infección por *Candida albicans* en pacientes portadores de prótesis. Caracterizada por un epitelio enormemente adelgazado y el tejido conjuntivo presenta inflamación excesiva; generalmente se localiza en la superficie del paladar, comúnmente en mujeres, que refieren sensación de ardor. ⁽²⁴⁻²⁵⁾ (ver figuras 9 Y 10).

Figura No 9: Candidiasis bucal en paladar duro y blando ocasionada por uso de prótesis total y mala higiene.



Fuente: Guerring A Kundert M. atlas de prótesis total y sobredentadura. 1993.

Figura No 10: Candidiasis pseudomembranosa en paladar duro y blando por uso de prótesis total



Fuente: Rahn A prótesis dental completa. 2011.

Las infecciones por *Candida* se dividen en tres grupos. En el primero la localización es exclusivamente mucocutánea; el segundo es mucocutánea crónica, y el tercero está constituido por la candidiasis sistémica.

CANDIDIASIS MUCOCUTANEA

INTERTRIGO

Afecta los pliegues submamario, axilar, interglúteo, auricular y espacios interdigitales de manos y pies. Las erupciones vesiculares pueden ir acompañadas de prurito doloroso y que al romperse dejan una ulcera intensamente eritematosa.

ONIQUIA Y PARONIQUIA

Es una infección ungueal con tendencia a la cronicidad que afecta varios dedos, el área afectada aparece tumefactada, roja y brillante, y las uñas se tornan frágiles y gruesas.

EROSIÓN INTERDIGITAL

Se origina en relación con la paroniquia, el tercer espacio interdental es el que se afecta con mayor frecuencia, hay prurito, seguido de fisuras y descamación, la lesión es de color rojo brillante y presenta descamación.

CANDIDIASIS ORAL O MUGUET

Este tipo de candidiasis afecta del 4 al 6 % de los recién nacidos hacia el séptimo día de vida. Suele adquirirse por contagio desde la vagina materna pero también puede ser por biberones infectados y de la piel de las personas del entorno. Las lesiones consisten en manchas blanquesinas en la mucosa bucal, lingual y gingival, las lesiones coalescen para formar grandes áreas de aspecto cremoso en el paladar, amígdalas y faringe.

SEUDOMEMBRANOSA

La forma aguda es la más frecuente y predomina en los recién nacidos y ancianos; localizada en lengua, carrillos y paladar se caracteriza por una capa blanca, adherente y membranosa, de bordes difusos y dispuesta sobre una base eritematosa, cuyo síntoma es el dolor. La membrana blanca es el conjunto de células epiteliales descamadas, fibrina, leucocitos, pseudohifas y levaduras unidos al epitelio inflamado. Los pacientes refieren pérdida de la sensación gustativa, ardor, disfagia alta y sialorrea. (ver figura 11).

Figura N° 11: candidiasis pseudomembranosa asociada a deficiencia en el sistema inmune.



Fuente: Pelezar M, Reid R, Chan E. Microbiología. 1982.

ATRÓFICA ERITEMATOSA O ESTOMATITIS HIPERTRÓFICA

Aparece en personas que usan prótesis dental, el epitelio es delgado, brillante y eritematoso, se presenta macroglosia, lengua escrotal (fisurada), gingivitis, hemorragias frecuentes de la encía y queilitis angular.

HIPERPLÁSICA O LEUCOPLAQUIA

Se localiza en el dorso de la lengua, caracterizada por una capa blanca persistente, firme, rugosa, de margen irregular y eritematoso. Asociada a estomatitis, queilitis angular (localizada en las comisuras labiales, pudiéndose extender a los pliegues de la cara).

GLOSITIS ROMBOIDE

Afecta el dorso de la lengua, con atrofia de las papilas; puede ser una variante de la candidiasis pseudomembranosa crónica.

QUEILITIS

Es una lesión bilateral de la comisura de los labios, se presentan múltiples fisuras, a veces recubiertas de costras, situadas en los ángulos de la boca. (Ver figura N° 12).

Figura N°12: Queilitis angular



Fuente: Pelezar M, Reid R, Chan E. Microbiología. 1982.

CANDIDIASIS ESOFÁGICA

En el niño suele ser consecuencia de una candidiasis oral, mientras que en el adulto suele estar asociada al tratamiento con antibióticos, corticoides o radiaciones. Las lesiones se presentan con formación de pseudomembranas blanquesinas adheridas a la mucosa acompañadas de inflamación y úlceras, con dolor a la deglución.

VAGINITIS O VULVOVAGINITIS

Es causa de embarazo, diabetes y terapia con antibióticos o corticoides, hay exudación blanca o amarillenta, con prurito intenso, inflamación y enrojecimiento en el área genital.

BALANITIS

Se presenta en pacientes diabéticos o en varones contagiados por su pareja. Comienza en el surco balanoprepucial y se presenta un eritema vesicular en el pene, a veces ulcerado que evoluciona originando placas similares al muguet con afectación del glande y del prepucio.

CANDIDIASIS MUCOCUTÁNEA CRÓNICA

Se caracteriza por su desarrollo casi siempre en la infancia de una infección crónica diseminada que afecta la piel, uñas y mucosas. Pero también puede asociarse a un síndrome de inmunodeficiencia como el síndrome de Di George (ausencia congénita de timo y paratiroides).

Las lesiones cutáneas son indoloras y aparecen en las extremidades superiores, son lesiones rojizas, elevadas y descamativas, con engrosamiento de uñas.

CANDIDIASIS SISTÉMICA

Es la presencia del microorganismo en el torrente circulatorio y se presentan como:

ENDOCARDITIS

Los factores predisponentes son: valvulopatías, catéteres intravenosos y consumidores de drogas. Los signos y síntomas se asemejan a los de la endocarditis bacteriana.

CANDIDIASIS PULMONAR

Se produce por un muguet oral o una diseminación hematógena, se presenta como múltiples nódulos diseminados a nivel subpleural.

CANDIDIASIS RENAL

Se da por la candidiasis diseminada por vía hematógena, puede dar origen a una cistitis con presencia de *Candida* en la orina.

CANDIDIASIS DEL S.N.C.

Es una infección del parénquima cerebral y de las meninges, originando una encefalitis.

CANDIDIASIS OCULAR

Las estructuras oculares pueden ser afectadas en su totalidad, tratándose de una coriorretinitis. Las lesiones consisten en nódulos retinianos blanquesinos, de aspecto piloso.

El diagnóstico se confirma mediante un frótesis con la técnica de gram, ésta muestra levaduras gram positivas redondas u ovals acompañadas de pseudohifas y células epiteliales desprendidas. Exudados en cultivos de agar dextrosa sabouraud observándose colonias ovaladas de color blanco.

Exudados en cultivos de agar dextrosa sabouraud, se incuban a 30 o 37°C en un período de 24 a 48 horas. Se observan colonias ovaladas de color blanco. ⁽²⁶⁾

El diagnóstico diferencial se hace con quemaduras químicas, infecciones bacterianas superficiales, estomatitis gangrenosa, úlceras traumáticas y placas sifilíticas. ⁽²⁷⁾

El tratamiento se realiza con medicamentos de administración tópica y sistémica como son: Nistatina en enjuague bucal de 7 a 10 días, tres a cuatro veces por día. ⁽²⁸⁾ Para uso tópico se utiliza el clotrimazol y miconazol. En tratamientos sistémicos, una tableta diaria de ketoconazol y fluconazol cada 8 días. ⁽²⁹⁾

Además del tratamiento medicamentoso es necesario someterse a estudios de laboratorio para descartar alguna deficiencia de hierro o endócrina, ya que la infección y las enfermedades endócrinas no tienen ninguna relación entre si. Y el pronóstico es excelente cuando el paciente realiza el tratamiento indicado para aliviar los síntomas y restaurar la mucosa lesionada. ⁽³⁰⁾

FIBROMA TRAUMÁTICO

El fibroma se define como la neoplasia benigna más frecuente en la cavidad oral. Se origina por la producción exagerada de tejido conjuntivo de tipo fibroso, debido a traumatismos crónicos como son: el mordisqueo de labios y carrillos e irritaciones causadas por el uso de prótesis mal adaptadas. Suele localizarse en la mucosa interna del carrillo, labios, línea media del paladar y encía. ⁽³¹⁾ clínicamente se observa una lesión papular de consistencia firme, color más claro que la mucosa adyacente. ⁽³²⁾ puede ser un nódulo exofítico, liso de color rosa en la zona de los carrillos. ⁽³³⁻³⁴⁾ (ver figura No 11).

Figura No 11: Fibroma traumático en mucosa de carrillo



Fuente: Schroeder A. Sutter F. Krekeler G. Implantología Oral. 1998.

Se compone principalmente de colágeno denso ⁽³⁵⁾, su tamaño puede ser desde unos milímetros hasta varios centímetros y su diagnóstico diferencial puede ser con mucocele, lipoma, granuloma piógeno, granuloma de células gigantes, hiperplasia papilar inflamatoria. ⁽³⁶⁾ El tratamiento va de acuerdo con la severidad de la lesión y la cantidad del tejido afectado; lesiones pequeñas pueden ser tratadas de manera conservadora, con remoción del agente, mientras que lesiones extensas y de larga evolución necesitarán de excisión quirúrgica con posterior biopsia. ⁽³⁷⁾

HIPERPLASIA FIBROSA

Es el resultado de una lesión por el uso de prótesis dental, se caracteriza por el desarrollo de rollos alargados de tejido en el área de los pliegues mucolabiales o mucobucuales, dentro de los cuales los rebordes de la prótesis ajustan en forma conveniente. ⁽³⁸⁾ En pocas palabras es el mismo proceso que provoca el fibroma traumático, excepto que se identifica de forma específica la dentadura artificial como agente causal. ⁽³⁹⁾ como características clínicas aparecen pliegues indoloros de tejido fibroso que rodean el borde extendido de la dentadura artificial. ⁽⁴⁰⁾

Se desarrolla en forma lenta, la lesión es firme a la palpación, está compuesta de un volumen excesivo de tejido conectivo fibroso, la inflamación es una característica común. ⁽⁴¹⁾ (ver figura No 12 Y 13).

Figura No12: Hiperplasia fibrosa de tipo nodular en el reborde alveolar del maxilar inferior debido a una prótesis dental mal ajustada.



Fuente: Cortesía: Flores HJ.

Figura No 13: Hiperplasia fibrosa nodular en el reborde alveolar del maxilar inferior ocasionada por el traumatismo de una prótesis total desajustada.



Fuente: Cortesía Flores HJ.

El diagnóstico diferencial se hace con el granuloma piógeno, granuloma periférico de células gigantes, fibroma traumático y fibromatosis gingival. ⁽⁴²⁾ el tratamiento es la remoción prolongada de la prótesis, extirpación quirúrgica de la lesión. ⁽⁴³⁾ elaborar prótesis dentales nuevas para proporcionar una retención adecuada, si la prótesis es reemplazada o reparada, la lesión no debe recurrir. ⁽⁴⁴⁾

ÉPULIS FISURATUM

Es un agrandamiento hiperplásico generalizado de la mucosa y el tejido fibroso del reborde alveolar y la zona vestibular. ⁽⁴⁵⁾ o bien es el resultado de una irritación crónica por un mal ajuste del borde de la aleta de la prótesis sobre el epitelio del surco vestibular. ⁽⁴⁶⁾ La lesión se presenta de varias maneras, desde pequeños pliegues únicos hasta pliegues múltiples o tejido suave excesivo, la lesión puede afectar una zona pequeña del vestíbulo o se puede extender a todo lo largo del mismo. ⁽⁴⁷⁾ el épulis casi siempre se observa en el vestíbulo del maxilar superior o

inferior, se trata de un crecimiento tisular de consistencia blanda, doloroso y flácido, que sangra con facilidad y se extiende desde la parte inferior del borde causante, ⁽⁴⁸⁾ ésta lesión está compuesta básicamente de grandes cantidades de tejido conectivo fibroso, el épulis fisurado puede presentar zonas de ulceración, pero la mayor parte de su superficie está cubierta de epitelio escamoso estratificado. ⁽⁴⁹⁾ si la prótesis no se corrige, la inflamación prolongada y los traumatismos continuos generan la formación de tejido excesivo y este crecimiento acentuado es a expensas de epitelio y tejido conectivo el que es bastante vascular y que produce una coloración rojiza. ⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾ (ver figuras 14 y 15)

Figura No 14: Épulis fisurado en el reborde alveolar del maxilar superior de un paciente portador de prótesis removible.



Fuente: Grinspan D. Díaz J. Abulafia J. Enfermedades de la boca, semiología, patología clínica y terapéutica de la mucosa bucal. 1973.

Figura No 15: Épulis fisurado en la zona anterior del maxilar superior por el uso de una prótesis removible desajustada.



Fuente: Cortesía Jonathan HF.

El diagnóstico diferencial se realiza con el épulis granulomatoso, épulis de células gigantes, épulis fibroso. ⁽⁵²⁾ el tratamiento es la eliminación quirúrgica de los pliegues redundantes y la fabricación de una prótesis dental adecuada, ⁽⁵³⁾ si la prótesis va a ser reparada durante la reparación se deberá corregir el margen de la dentadura con revestimientos suaves o agentes acondicionadores de tejido,

por lo general nada más con el reposo del tejido se logra la regresión del épulis y una completa cicatrización. ⁽⁵⁴⁾

LIQUEN PLANO

Es una lesión queratósica que puede diagnosticarse sin biopsia, es una enfermedad que afecta a la mucosa bucal y la piel. ⁽¹³⁾ es una lesión caracterizada por pápulas de color blanco, no desprenden al raspado y cuyo rasgo principal lo constituyen las estrías de wickham. Es un estado precanceroso con una doble patogenia de lesión inflamatoria y lesión queratinizante. ⁽⁵⁵⁾ El liquen plano se presenta generalmente en la edad adulta con tendencia en el sexo femenino, y se manifiesta con presencia de líneas irregulares y forma de red de color blanco que sobresalen muy poco de la mucosa que adopta en ocasiones forma circular o anular, ⁽⁵⁶⁾ la región posteroinferior de la cara interna de los carrillos, lengua, labios, paladar duro, velo del paladar y piso de boca son algunas de las zonas donde suele aparecer debido a uso de prótesis con deficiente higiene en la que destacan los microorganismos anaerobios, virus, infección focal, algunos fármacos, fatiga, estrés e influencia alérgica, o en pacientes fumadores de tabaco. ⁽⁵⁷⁾ Generalmente esta lesión es asintomática, pero en ocasiones los pacientes pueden quejarse de una sensación de ardor. ⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾ (ver figuras 16 y 17).

Figura No 16: Presencia de liquen plano en una etapa inicial en la cara ventral lateral de la lengua.



Fuente: Philip J. Lewis R. George. patología oral y maxilofacial contemporánea. 2005.

Figura No 17: Liquen plano en piso de boca en el lugar donde descansa una prótesis removible que tiene mala higiene y acúmulo de microorganismos.



Fuente: MacEntee M. Muller F. Wyatt C. Cuidado de la salud bucal y el anciano frágil, una perspectiva clínica. 2012.

El diagnóstico diferencial se hace con candidiasis, reacciones liquenoides, quemaduras químicas, leucoplasia, hiperqueratosis, lupus eritematoso discoide, psoriasis, Disqueratosis congénita y nevus esponjosos blanco.

El tratamiento es eliminar los factores traumáticos tales como restos radiculares, aristas cortantes, ganchos de prótesis etc. Es necesario también eliminar los factores irritantes locales como el tabaco, alcohol y especias. La higiene bucal debe ser exquisita eliminando los depósitos de sarro y tratando de reequilibrar psicológicamente al paciente. ⁽⁶¹⁾ se deberá eliminar la sintomatología, se administrará corticoesteroides, antiinflamatorios potentes como el valerato de betametasona (Betnovate) 0.1 mg. Que se deja disolver lentamente en la boca 3 veces al día para la sintomatología, a menudo hace que las lesiones disminuyan y a veces las elimina con rapidez y por completo.

Y los corticoides como el Adcortyl A (triamcinolona) en Orabase aplicado a las lesiones. Es una forma de tratamiento alternativo pero un poco menos eficaz, y el uso de enjuagues bucales con tetraciclina para eliminar las aftas recurrentes y fomentar la cicatrización de las erosiones. ⁽⁶²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las prótesis dentales constituyen un tratamiento rehabilitador en aquellos pacientes que han sufrido la pérdida de uno, varios o la totalidad de sus órganos dentarios, pero además de ser una opción de tratamiento también son un motivo de alteraciones patológicas que pueden dañar las estructuras de la mucosa bucal, siempre y cuando dichas prótesis se encuentren en mal estado, con mala higiene, desajustadas o con un tipo de material que no sea el adecuado para el paciente además considerar los hábitos y el estado de salud de dicho paciente.

Así el cirujano dentista podrá darse cuenta que tipo de lesión es la más frecuente en cuanto al uso de prótesis y ser capaz de identificar, diagnosticar, y dar el tratamiento al paciente para ayudarlo a eliminar la o las lesiones que pueda presentar en el momento que acuda a consulta odontológica.

De aquí la importancia de llevar a cabo esta investigación en los pacientes que acudieron a consulta odontológica a las CUAS Zaragoza y Estado de México y que eran portadores de prótesis dentales para observar si presentaban alguna lesión en los tejidos de la mucosa bucal, identificar el tipo de lesión, tipo de prótesis, tiempo de uso, por lo que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de lesiones en la mucosa bucal derivadas por el uso de prótesis en los pacientes que acuden a atención odontológica en las CUAS Zaragoza y Estado de México en el período de Agosto – Diciembre de 2014?.

OBJETIVO

- GENERAL

Identificar la frecuencia de lesiones en mucosa bucal derivadas del uso de prótesis en pacientes de las CUAS Zaragoza y Estado de México en el período de Agosto – Diciembre de 2014.

- Específicos

Identificar las lesiones que se encuentran en la mucosa bucal por el uso de prótesis fija en pacientes por sexo que acuden a las CUAS Zaragoza y Estado de México.

Identificar las lesiones que se encuentran en la mucosa bucal por el uso de prótesis removible en pacientes por sexo que acuden a las CUAS Zaragoza y Estado de México.

Identificar las lesiones que se encuentran en la mucosa bucal por el uso de prótesis total en pacientes por sexo que acuden a las CUAS Zaragoza y Estado de México.

Comparar las lesiones en la mucosa bucal por el uso de prótesis que presentan los pacientes por sexo que acuden a las CUAS Zaragoza y Estado de México.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Según Méndez y col.

Observacional —→ Prolectivo —→ Transversal —→ Descriptivo

UNIVERSO DE ESTUDIO

73 pacientes portadores de prótesis dental que acudieron a atención odontológica a las CUAS Zaragoza y Estado de México en el período de Agosto – Diciembre de 2014.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes portadores de prótesis dental que acudieron a atención odontológica en las CUAS Zaragoza y Estado de México en el período de Agosto – Diciembre de 2014.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que no cooperaron con el estudio.

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
SEXO	Es el conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer.	FEMENINO MASCULINO	Cualitativa Nominal
PRESENCIA DE LA LESIÓN	Lesión: es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno.	SI NO CUAL?	Cualitativa Nominal
TIPO DE PRÓTESIS	Prótesis dental: es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una o varias piezas dentarias, restaurando también la relación entre los maxilares, a la vez que devuelve la dimensión vertical, y repone los dientes perdidos.	FIJA { Provisional Definitiva REMOVIBLE { Provisional Definitiva TOTAL { Provisional Definitiva	Cualitativa Nominal

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Hoja de cotejo (Ver anexo No. 1).

MÉTODO

1.- Se realizó un formato en el cual se recolectaron todos los datos de aquellos pacientes portadores de prótesis dental que acudieron a atención odontológica en las CUAS Zaragoza y Estado de México en el período de Agosto – Diciembre de 2014. El contenido del formato es el siguiente: N° de Expediente, Sexo, Prótesis Fija (provisional, definitiva), Prótesis Removible (provisional, definitiva), Prótesis Total (provisional, definitiva), localización de la lesión, colocación de la prótesis (dentro, fuera de la clínica), tiempo de uso de la prótesis y tipo de lesión.

2.- Se tomaron fotografías de las lesiones encontradas en los pacientes que presentaron alguna patología.

3.- Se tomaron fotografías de las prótesis dentales de los pacientes que presentaron alguna lesión para conocer el estado en el que se encontraban dichas prótesis.

4.- El estudio se realizó en las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud Zaragoza los días martes y viernes en el turno matutino, y los días lunes en el turno matutino y miércoles en el turno matutino y turno vespertino en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud Estado de México en el período de Agosto – Diciembre de 2014.

DISEÑO ESTADÍSTICO

1. Recolección de la información
2. Formar grupos de estudio de acuerdo a las variables
3. Concentración de los datos, apoyo de programa Excel
4. Análisis estadístico en frecuencias y porcentajes
5. Elaboración de cuadros y figuras

RECURSOS

HUMANOS: Jonathan Flores Herrera

Alumnos de 4º Año de la carrera de Cirujano Dentista

Director: Graciela Mirella López González

Asesor: Josefina Morales Vázquez

Pacientes de las CUAS Zaragoza y Estado de México

MATERIALES: Formatos para la recolección de datos, lápiz, pluma, goma, espejos, retractores de carrillo, guantes, cubreboca, bata, gorro y cámara fotográfica.

FISICOS: Clínicas Universitarias de Atención a la Salud Zaragoza y Estado de México

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Esta investigación se llevó a cabo con la cooperación de los pacientes que acudieron a atención odontológica en las CUAS Zaragoza y estado de México. Es deber del cirujano dentista salvaguardar la integridad física y respetarse siempre el derecho de las personas y su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

Para la publicación de los resultados de la investigación, el cirujano dentista está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre estudios que no estén en concordancia con los principios expuestos en la declaración de Helsinki no deberán ser aceptados para su publicación.

Todo paciente sujeto a esta investigación deberá de ser informado acerca de los objetivos, los métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría ocasionar.

Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el cirujano dentista debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas sujetas al estudio, preferiblemente por escrito, sin obligarlo a que lo firme y siempre previniéndolo de todo el procedimiento que se le realizará.

En este proceso de investigación se protege de manera confidencial la integridad y la intimidad de cada paciente que participó en el estudio, ya que no se utiliza con fines de lucro. ⁽⁶³⁾

ANÁLISIS DE RESULTADOS

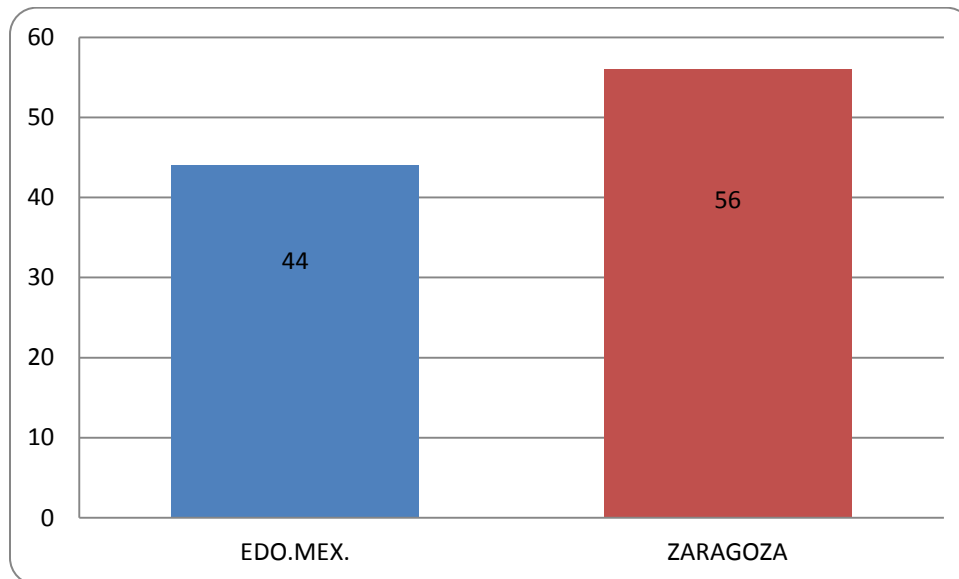
El total de pacientes del sexo femenino que fueron revisados fue de (50); (22) corresponde al 44% de pacientes de la clínica Estado de México; (28) corresponde al 56%, por lo tanto en la clínica Zaragoza se presentó mayor porcentaje de pacientes del sexo femenino revisados que en la clínica Estado de México. (Ver cuadro y figura N° 1).

Cuadro N° 1. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados del sexo femenino por clínica.

CLÍNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTADO DE MÉXICO	22	44
ZARAGOZA	28	56
TOTAL	50	100

*FD

Figura N° 1. Porcentaje de pacientes revisados del sexo femenino por clínica.



*FD

Fuente Directa: Flores HJ

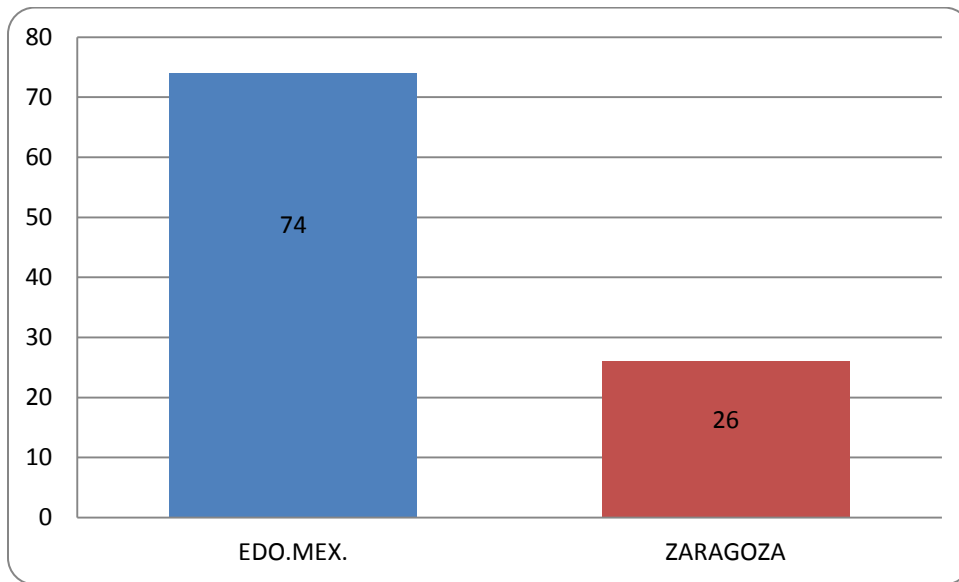
El total de pacientes del sexo masculino que fueron revisados fue de (23); de los cuales (17) corresponden al 74% de los pacientes de la clínica Estado de México; (6) corresponden al 26% de los pacientes de la clínica Zaragoza. Por lo tanto el porcentaje de pacientes del sexo masculino fue mayor en la clínica Estado de México. (Ver cuadro y figura N° 2).

Cuadro N° 2. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados del sexo masculino por clínica.

CLÍNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTADO DE MÉXICO	17	74
ZARAGOZA	6	26
TOTAL	23	100

*FD

Figura N° 2. Porcentaje de pacientes revisados del sexo masculino por clínica.



*FD

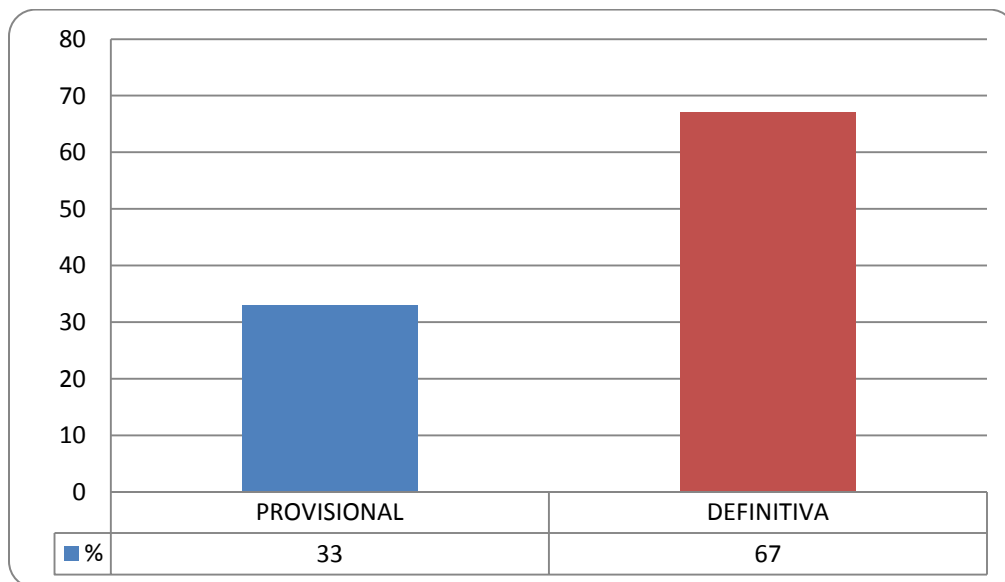
El total de pacientes revisados con prótesis fija en pacientes del sexo femenino en la clínica Zaragoza es de (6); de los cuales (2) corresponden al 33% que presentaban prótesis fija provisional; y (4) corresponden al 67% que presentaron prótesis fija definitiva. Teniendo como resultado mayor porcentaje de prótesis fija definitiva en pacientes del sexo femenino de la clínica Zaragoza. (Ver cuadro y figura N° 3).

Cuadro N° 3. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados de prótesis fija en el sexo femenino de la clínica Zaragoza.

P.F.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	2	33
DEFINITIVA	4	67
TOTAL	6	100

*FD

Figura N° 3. Porcentaje de pacientes revisados de prótesis fija en pacientes del sexo femenino de la clínica Zaragoza.



*FD

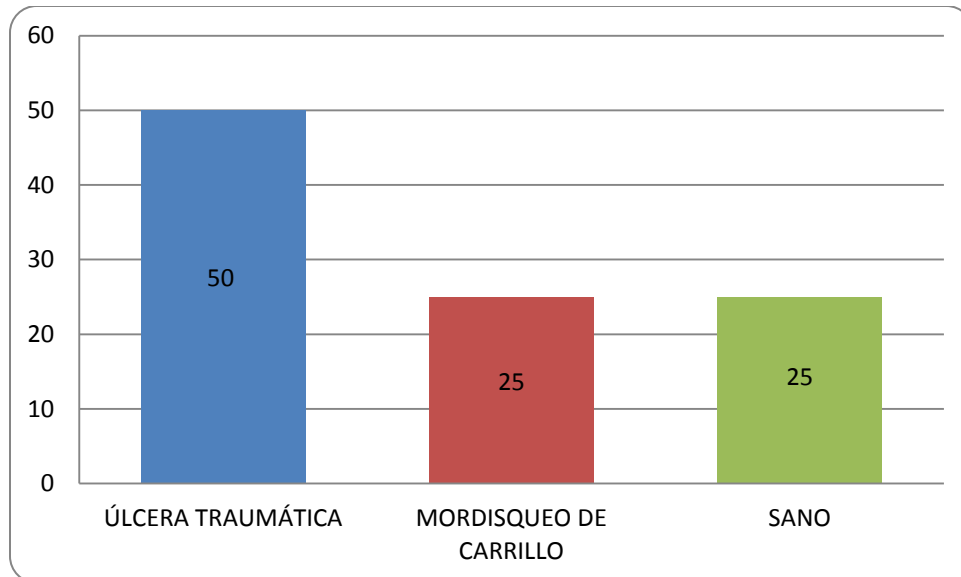
El total de lesiones ocasionadas por prótesis fija definitiva en los pacientes del sexo femenino de la clínica Zaragoza fue de (3), de los cuales (2) 50% presentaron úlcera traumática; (1) 25% mordisqueo de carrillo; (1) 25% corresponde a un paciente sano. (Ver cuadro y figura N° 4).

Cuadro N° 4. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo femenino en pacientes con prótesis fija definitiva en la clínica Zaragoza.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÚLCERA TRAUMÁTICA	2	50
MORDISQUEO DE CARRILLO	1	25
SANO	1	25
TOTAL	4	100

*FD

Figura N° 4. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis fija definitiva en el sexo femenino de la clínica Zaragoza.



*FD

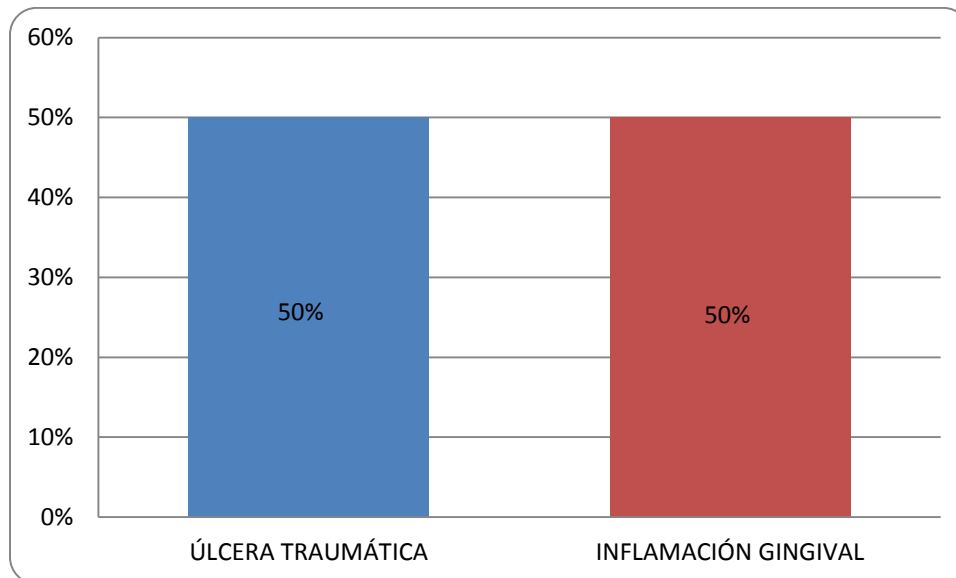
El total de lesiones ocasionadas por prótesis fija provisional del sexo femenino de la clínica Zaragoza fue de (2) de los cuales; (1) 50% presento úlcera traumática; (1) 50% inflamación gingival. No hubo pacientes sanos. (Ver cuadro y figura N° 5).

Cuadro N° 5. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo femenino en pacientes con prótesis fija provisional en la clínica Zaragoza.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÚLCERA TRAUMÁTICA	1	50
INFLAMACIÓN GINGIVAL	1	50
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 5. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis fija provisional en el sexo femenino de la clínica Zaragoza.



*FD

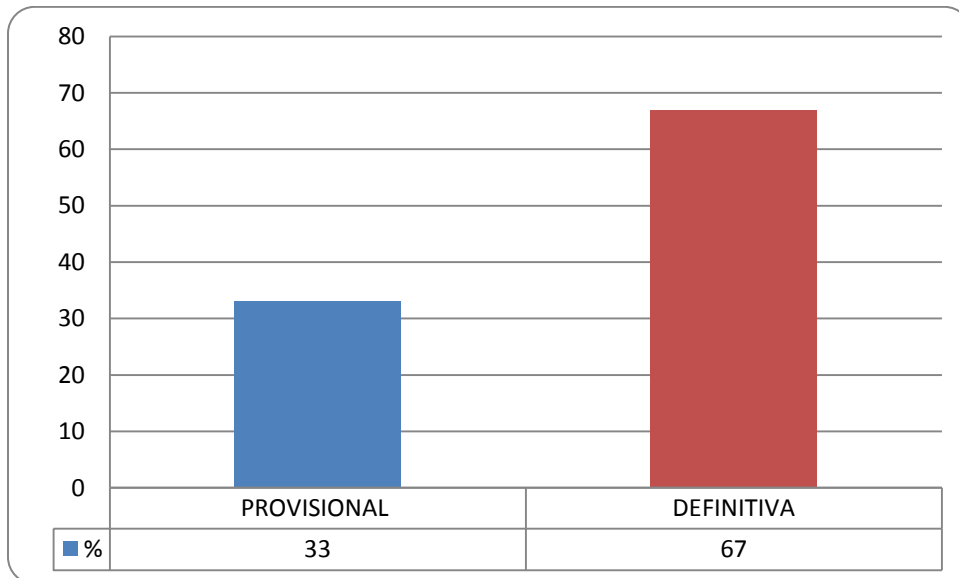
El total de pacientes revisados con prótesis removible en pacientes del sexo femenino en la clínica Zaragoza es de (15); de los cuales (5) corresponden al 33% que presentaban prótesis removible provisional; y (10) corresponden al 67% que presentaron prótesis removible definitiva. Teniendo como resultado mayor frecuencia de prótesis removible definitiva. (Ver cuadro y figura N° 6).

Cuadro N° 6. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados con prótesis removible en pacientes del sexo femenino de la clínica Zaragoza.

P.R.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	5	33
DEFINITIVA	10	67
TOTAL	15	100

*FD

Figura N° 6. Porcentaje de pacientes revisados de prótesis removible en pacientes del sexo femenino de la clínica Zaragoza.



*FD

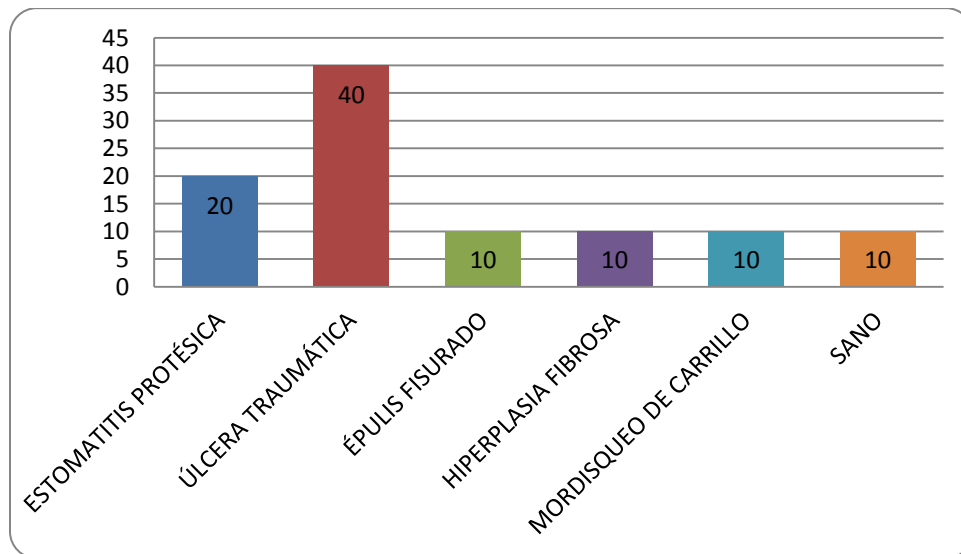
El total de lesiones producidas por prótesis removible definitiva del sexo femenino de la clínica Zaragoza fue de (10) que corresponde a; (4) 40% úlcera traumática; (2) 20% estomatitis protésica; émulis fisurado, hiperplasia fibrosa y mordisqueo de carrillo presentaron la misma frecuencia con (1) 10% de cada lesión; y (1) 10% corresponde a un paciente sano. Por lo tanto la lesión que se presentó con mayor frecuencia en los pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis removible definitiva de la clínica Zaragoza fue la úlcera traumática, seguida de la estomatitis protésica y el émulis fisurado, hiperplasia fibrosa y mordisqueo de carrillo se presentaron solamente una vez en el estudio. (Ver cuadro y figura N° 7).

Cuadro N° 7. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo femenino en pacientes con prótesis removible definitiva en la clínica Zaragoza.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTOMATITIS PROTÉSICA	2	20
ÚLCERA TRAUMÁTICA	4	40
ÉPULIS FISURADO	1	10
HIPERPLASIA FIBROSA	1	10
MORDISQUEO DE CARRILLO	1	10
SANO	1	10
TOTAL	10	100

*FD

Figura N° 7. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis removible definitiva en el sexo femenino de la clínica Zaragoza.



*FD

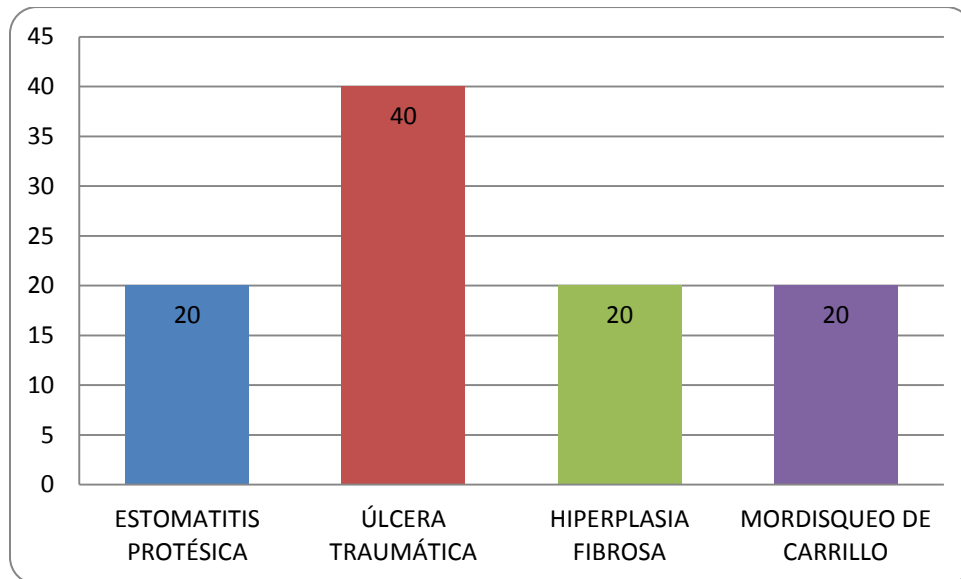
El total de lesiones producidas por prótesis removible provisional del sexo femenino de la clínica Zaragoza fue de (5) que corresponde a; (2) 40% úlcera traumática; estomatitis protésica, hiperplasia fibrosa y mordisqueo de carrillo presentaron la misma frecuencia (1) 20% de cada lesión; Por lo tanto la lesión que se presentó con mayor frecuencia en los pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis removible provisional fue la úlcera traumática, y las lesiones como: estomatitis protésica, hiperplasia fibrosa y mordisqueo de carrillo se presentaron solamente una vez en el estudio. (Ver cuadro y figura N° 8).

Cuadro N° 8. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo femenino en pacientes con prótesis removible provisional en la clínica Zaragoza.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTOMATITIS PROTÉSICA	1	20
ÚLCERA TRAUMÁTICA	2	40
HIPERPLASIA FIBROSA	1	20
MORDISQUEO DE CARRILLO	1	20
TOTAL	5	100

*FD

Figura N° 8. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis removible provisional en el sexo femenino de la clínica Zaragoza.



*FD

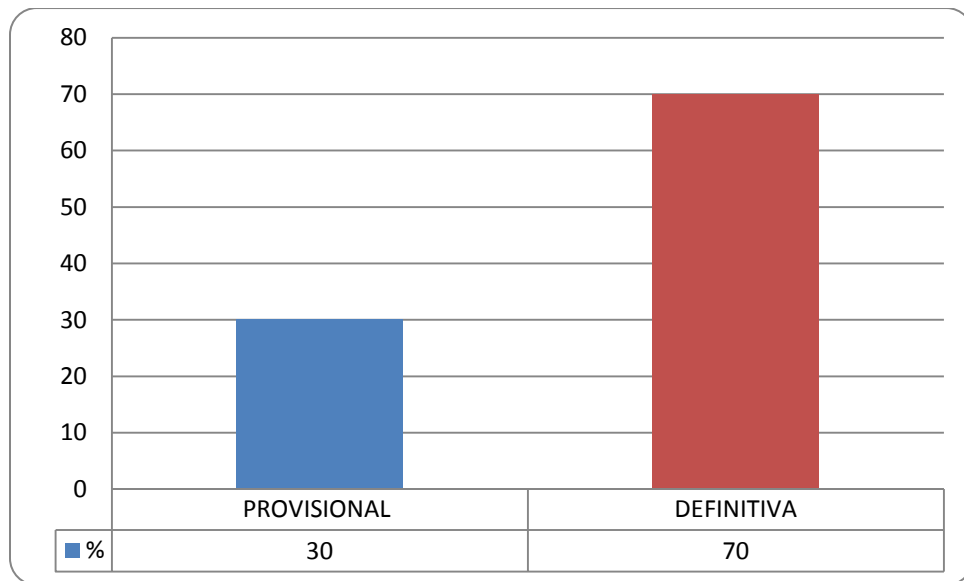
El total de pacientes revisados con prótesis total en pacientes del sexo femenino en la clínica Zaragoza es de (10); de los cuales (3) corresponden al 30% que presentaban prótesis total provisional; y (7) corresponden al 70% que presentaron prótesis total definitiva. Por lo tanto Tenemos que la mayor frecuencia de prótesis total en pacientes del sexo femenino de la clínica Zaragoza fue la definitiva. (Ver cuadro y figura N°9).

Cuadro N° 9. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados con prótesis total en pacientes del sexo femenino de la clínica Zaragoza.

P.T.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	3	30
DEFINITIVA	7	70
TOTAL	10	100

*FD

Figura N° 9. Porcentaje de pacientes revisados de prótesis total en pacientes del sexo femenino de la clínica Zaragoza.



*FD

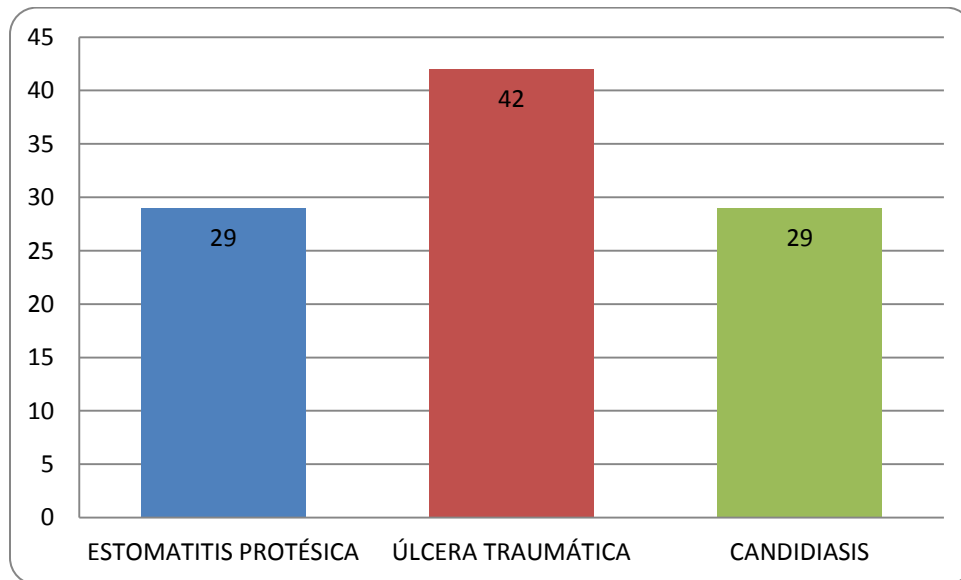
El total de lesiones que presentaron los pacientes del sexo femenino que portaron prótesis total definitiva fue de (7); que corresponden a (3) 42% úlcera traumática; estomatitis protésica y candidiasis se presentaron 2 veces que corresponde a (2) 29% cada una de las lesiones. Por lo tanto tenemos a la úlcera traumática como la lesión que se presentó con mayor frecuencia y la estomatitis protésica y candidiasis se presentó en 2 ocasiones cada una en los pacientes que portaron prótesis total definitiva. (Ver cuadro y figura N° 10).

Cuadro N° 10. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo femenino en pacientes con prótesis total definitiva en la clínica Zaragoza.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTOMATITIS PROTÉSICA	2	29
ÚLCERA TRAUMÁTICA	3	42
CANDIDIASIS	2	29
TOTAL	7	100

*FD

Figura N° 10. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis total definitiva en el sexo femenino de la clínica Zaragoza.



*FD

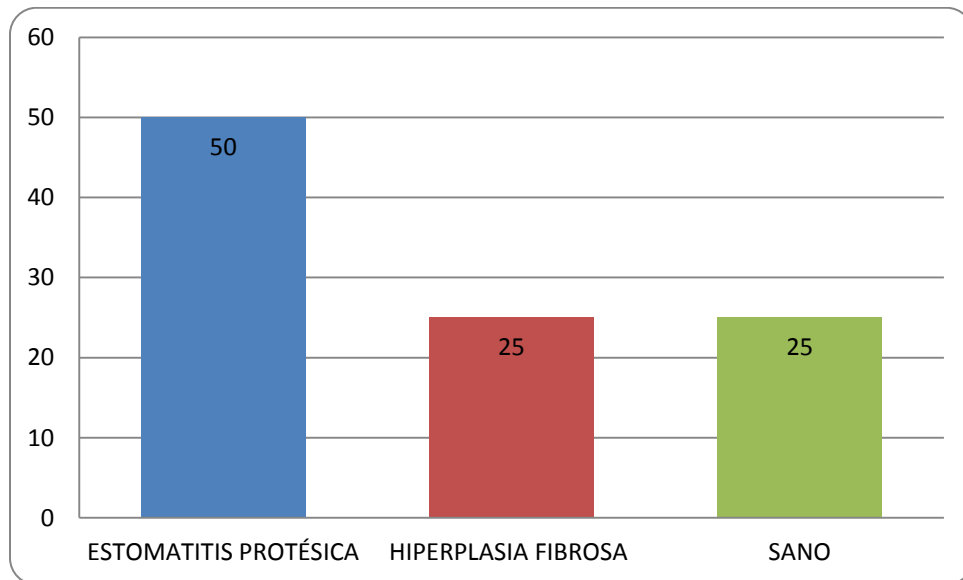
El total de lesiones que presentaron los pacientes del sexo femenino que portaron prótesis total provisional fue (3) de (4); que corresponden a (2) 50% estomatitis protésica; (1) 25% hiperplasia fibrosa y el otro 25% corresponde a una persona sana. Por lo tanto tenemos que la estomatitis protésica tuvo mayor frecuencia de ambas lesiones, y la hiperplasia fibrosa solo se presentó una vez de igual manera una persona sana en 3 pacientes del sexo femenino de la clínica Zaragoza que portaron prótesis total provisional. (Ver cuadro y figura N° 11).

Cuadro N° 11. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo femenino en pacientes con prótesis total provisional en la clínica Zaragoza.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTOMATITIS PROTÉSICA	2	50
HIPERPLASIA FIBROSA	1	25
SANO	1	25
TOTAL	4	100

* FD

Figura N°11. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis total provisional en el sexo femenino de la clínica Zaragoza.



*FD

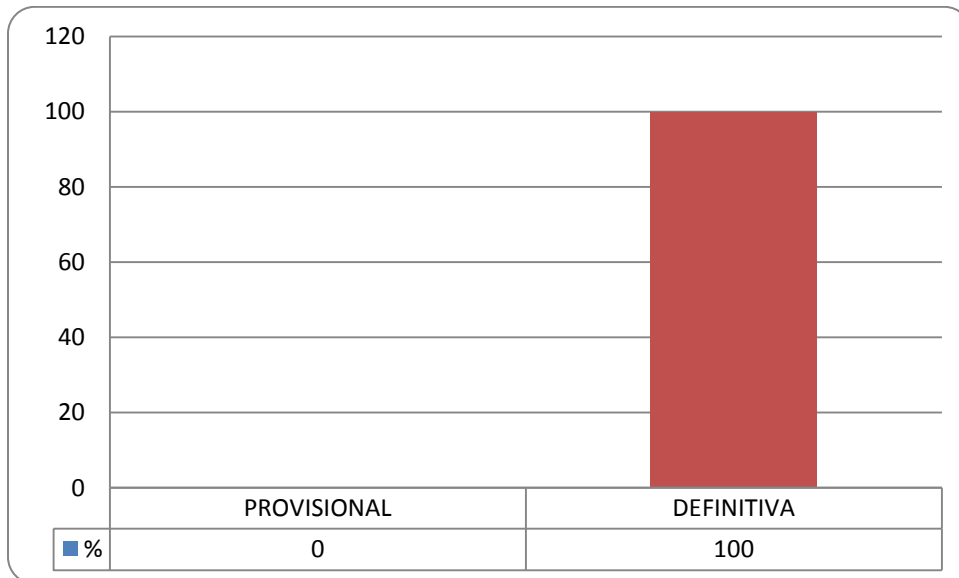
El total de pacientes revisados con prótesis fija en pacientes del sexo masculino en la clínica Zaragoza es de (2), que corresponden al 100% que presentaban prótesis fija definitiva; y ninguno presentó prótesis fija provisional 0%. Por lo tanto el tipo de prótesis fija que se presentó con mayor frecuencia en pacientes del sexo masculino fue la prótesis fija definitiva (Ver cuadro y figura N°12).

Cuadro N° 12. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados con prótesis fija en el sexo masculino de la clínica Zaragoza.

P.F.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	0	0
DEFINITIVA	2	100
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 12. Porcentaje de pacientes revisados con prótesis fija en pacientes del sexo masculino de la clínica Zaragoza.



*FD

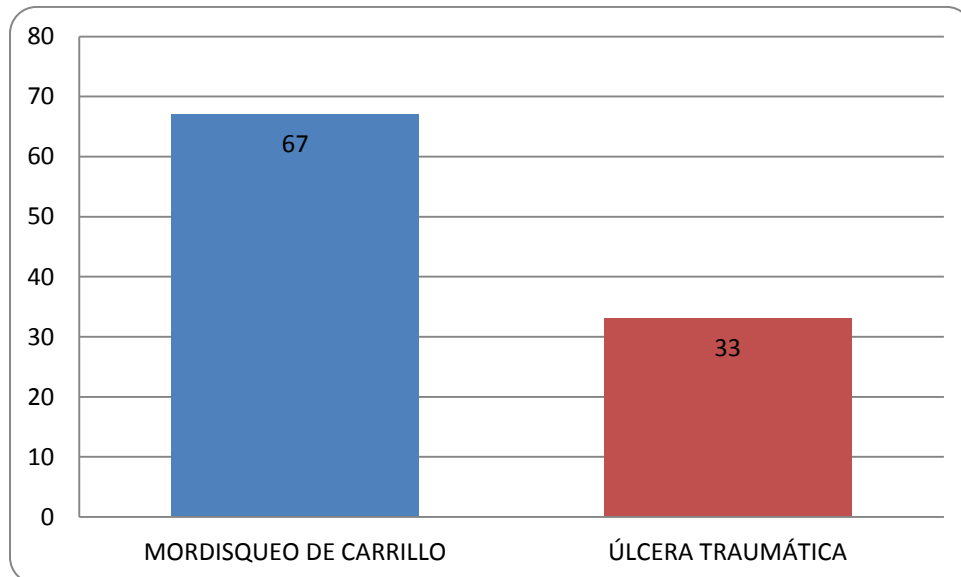
El total de lesiones ocasionadas por prótesis fija definitiva en los pacientes del sexo masculino de la clínica Zaragoza fue de (3) en (2) pacientes; que corresponde a (2) 67% mordisqueo de carrillo; (1) 33% úlcera traumática. Por lo tanto la lesión mordisqueo de carrillo se presentó con mayor frecuencia en pacientes con prótesis fija definitiva. (Ver cuadro y figura N° 13).

Cuadro N° 13. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo masculino en pacientes con prótesis fija definitiva en la clínica Zaragoza.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MORDISQUEO DE CARRILLO	2	67
ÚLCERA TRAUMÁTICA	1	33
TOTAL	3	100

*FD

Figura N° 13. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis fija definitiva en el sexo masculino de la clínica Zaragoza.



*FD

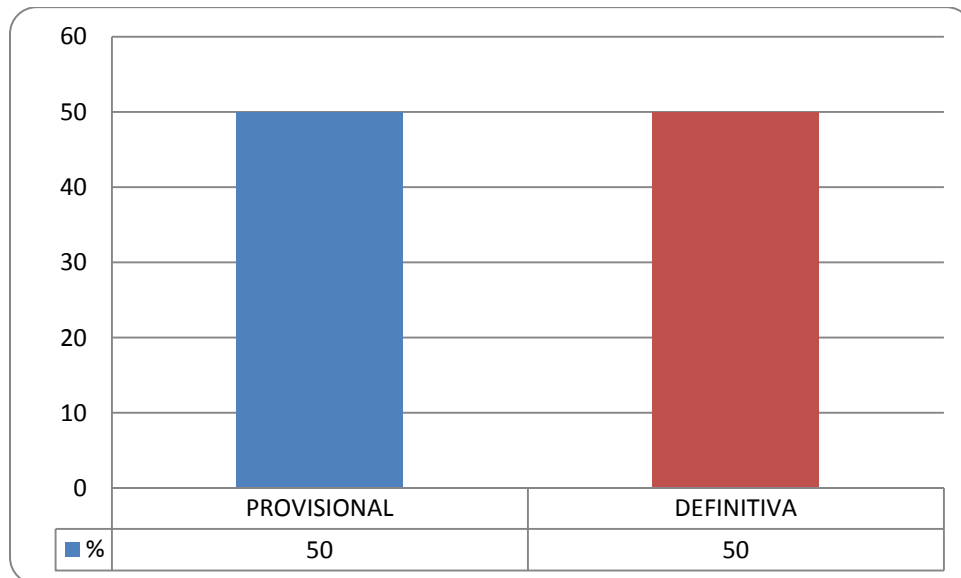
El total de pacientes revisados con prótesis removible en pacientes del sexo masculino en la clínica Zaragoza es de (2); que corresponde a (1) 50% que presentaba prótesis removible provisional; y (1) 50% que presentó prótesis removible definitiva. Por lo tanto tenemos un resultado igual en los 2 tipos de prótesis tanto provisional como definitiva en los pacientes del sexo masculino de la clínica Zaragoza. (Ver cuadro y figura N° 14).

Cuadro N° 14. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados con prótesis removible en el sexo masculino de la clínica Zaragoza.

P.R.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	1	50
DEFINITIVA	1	50
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 14. Porcentaje de pacientes revisados con prótesis removible en pacientes del sexo masculino de la clínica Zaragoza.



*FD

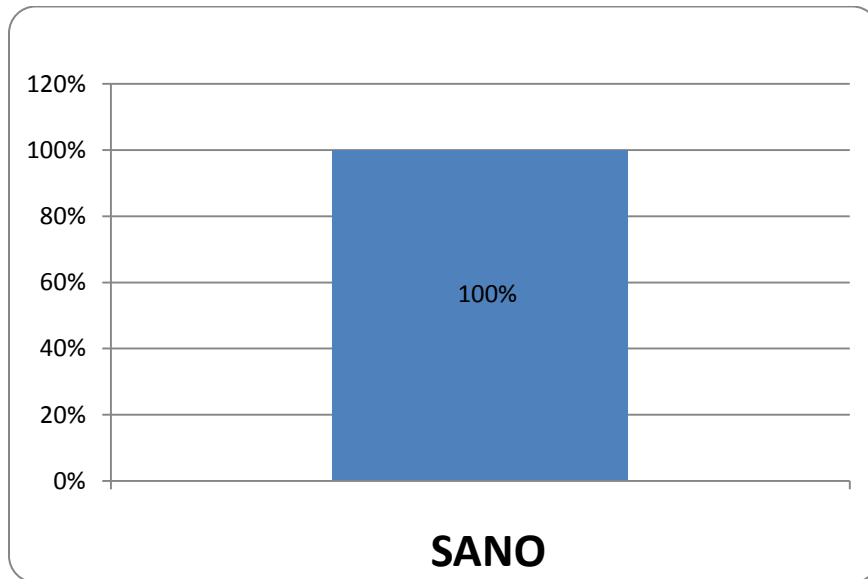
El total de lesiones producidas por prótesis removible definitiva del sexo masculino de la clínica Zaragoza fue de (0) ya que solamente hubo (1) paciente pero se encontró sano y corresponde a un porcentaje que equivale al 100% por no presentar ningún tipo de lesión. (Ver cuadro y figura N° 15).

Cuadro N° 15. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo masculino en pacientes con prótesis removible definitiva en la clínica Zaragoza.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SANO	1	100
TOTAL	1	100

*FD

Figura N° 15. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis removible definitiva en el sexo masculino de la clínica Zaragoza.



*FD

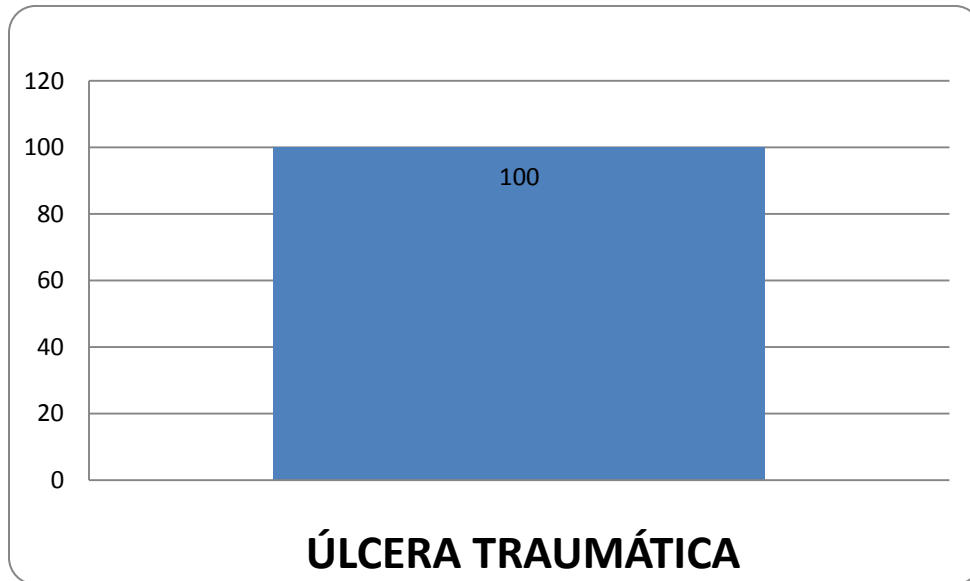
El total de lesiones producidas por prótesis removible provisional del sexo masculino de la clínica Zaragoza fue de (1) q corresponde al 100% úlcera traumática, ya que solamente hubo un paciente que presentó este tipo de lesión. (Ver cuadro y figura N° 16).

Cuadro N° 16. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo masculino en pacientes con prótesis removible provisional en la clínica Zaragoza.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÚLCERA TRAUMÁTICA	1	100
TOTAL	1	100

*FD

Figura N° 16. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis removible provisional en el sexo masculino de la clínica Zaragoza.



*FD

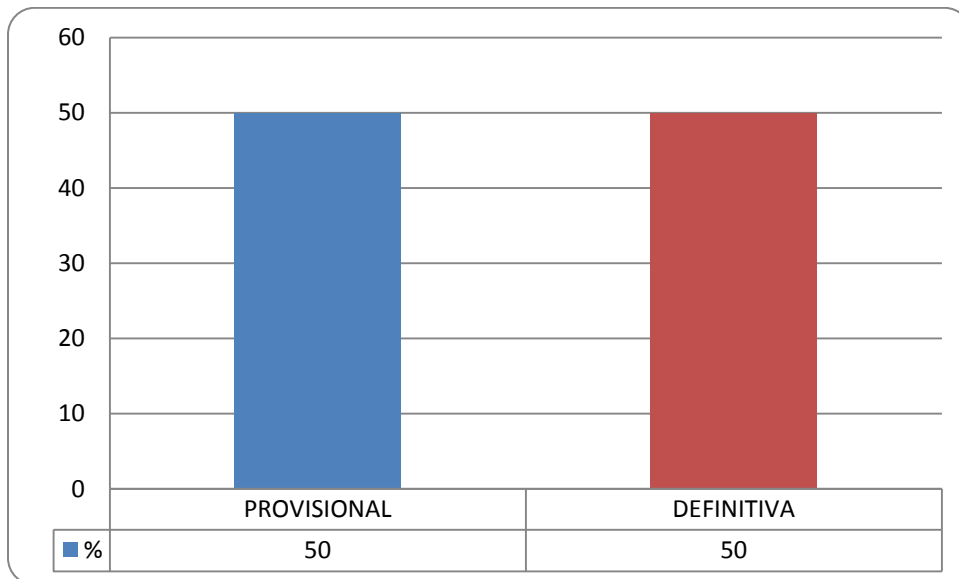
El total de pacientes revisados con prótesis total del sexo masculino en la clínica Zaragoza es de (2); de los cuales (1) corresponde al 50% que presentaba prótesis total provisional; y el otro 50% corresponde a (1) paciente que presentó prótesis total definitiva. Por lo tanto tenemos que tanto la prótesis total provisional como la prótesis total definitiva se presentaron en 2 pacientes del sexo masculino uno con cada una. (Ver cuadro y figura N°17).

Cuadro N° 17. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados con prótesis total en pacientes del sexo masculino de la clínica Zaragoza.

P.T.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	1	50
DEFINITIVA	1	50
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 17. Porcentaje de pacientes revisados de prótesis total en pacientes del sexo masculino de la clínica Zaragoza.



*FD

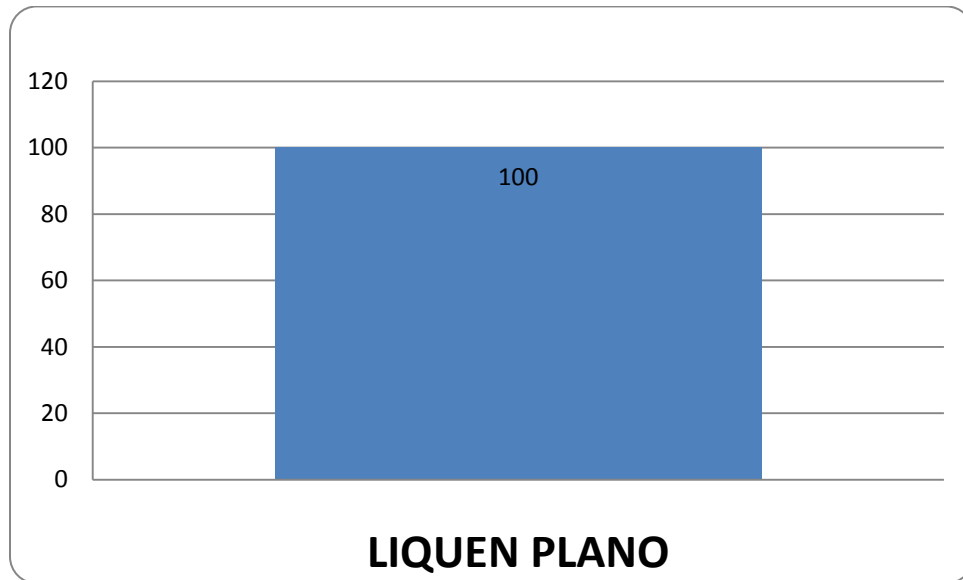
El total de lesiones que presentaron los pacientes del sexo masculino que portaron prótesis total definitiva fue de (1); que corresponden al 100% liquen plano. Por lo tanto tenemos que el paciente con prótesis total definitiva presentó liquen plano. (Ver cuadro y figura N° 18).

Cuadro N° 18. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo masculino en pacientes con prótesis total definitiva en la clínica Zaragoza.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LIQUEN PLANO	1	100
TOTAL	1	100

* FD

Figura N° 18. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis total definitiva en el sexo masculino de la clínica Zaragoza.



*FD

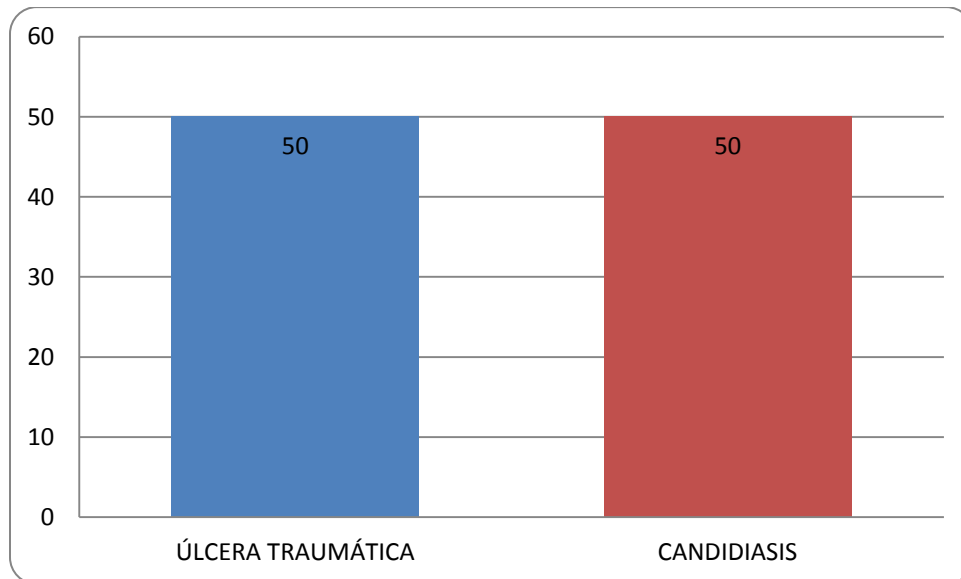
El total de lesiones que presentó el paciente del sexo masculino que portaba prótesis total provisional fue de (2); que corresponden a (1) 50% úlcera traumática y otro 50% candidiasis. Por lo tanto tenemos que el paciente con prótesis total provisional del sexo masculino de la clínica Zaragoza presentó 2 lesiones ocasionadas por este tipo de prótesis. (Ver cuadro y figura N° 19).

Cuadro N° 19. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo masculino en pacientes con prótesis total provisional en la clínica Zaragoza.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÚLCERA TRAUMÁTICA	1	50
CANDIDIASIS	1	50
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 19. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis total provisional en el sexo masculino de la clínica Zaragoza.



*FD

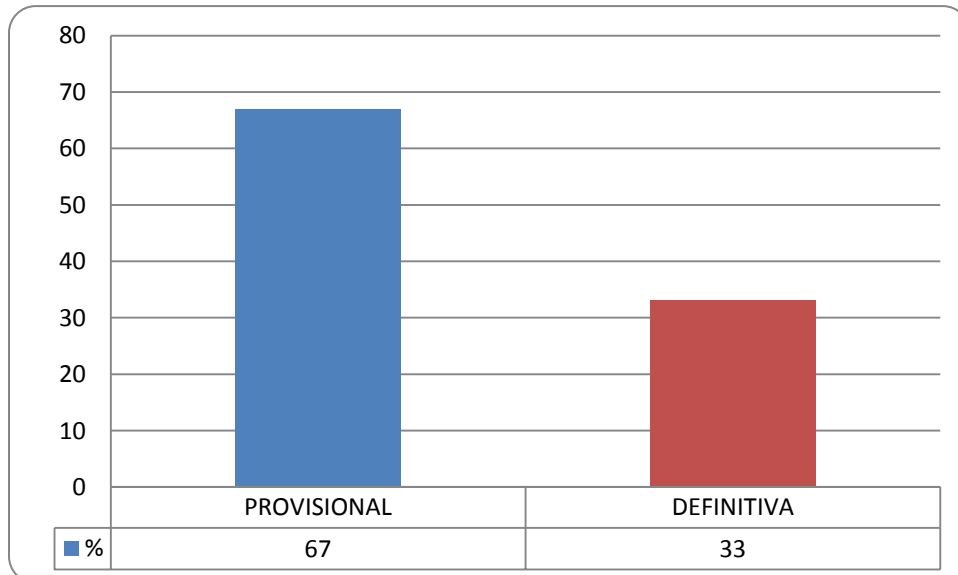
El total de pacientes revisados con prótesis fija en pacientes del sexo femenino en la clínica Estado de México es de (3); de los cuales (2) corresponden al 67% que presentaban prótesis fija provisional; y (1) corresponden al 33% que presentaron prótesis fija definitiva. Teniendo como resultado mayor frecuencia de prótesis fija provisional en pacientes del sexo femenino de la clínica Estado de México. (Ver cuadro y figura N° 20).

Cuadro N° 20. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados de prótesis fija en el sexo femenino de la clínica Estado de México.

P.F.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	2	67
DEFINITIVA	1	33
TOTAL	3	100

*FD

Figura N°20. Porcentaje de pacientes revisados con prótesis fija en pacientes del sexo femenino de la clínica Estado de México.



*FD

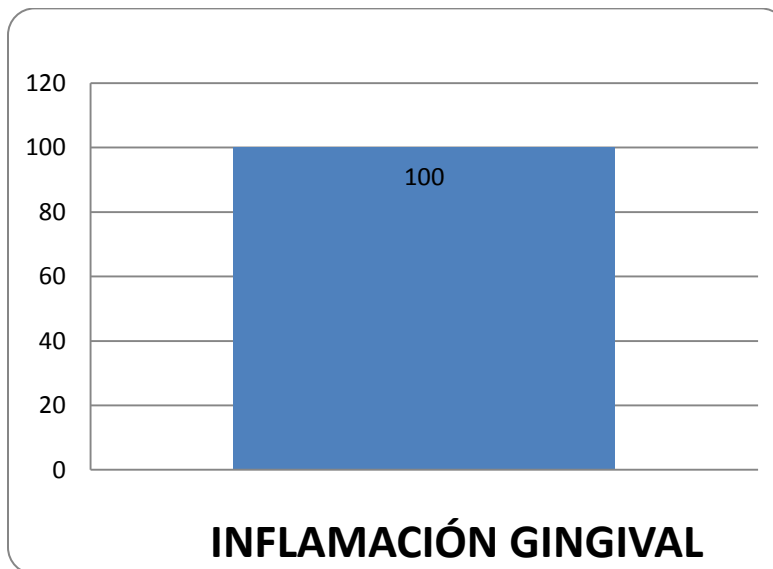
El total de lesiones ocasionadas por prótesis fija definitiva en los pacientes del sexo femenino de la clínica Estado de México fue de (1); que corresponde al 100% de la lesión inflamación gingival, pues ya que solamente un paciente presentó este tipo de prótesis. (Ver cuadro y figura N° 21).

Cuadro N° 21. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo femenino en pacientes con prótesis fija definitiva en la clínica Estado de México.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFLAMACIÓN GINGIVAL	1	100
TOTAL	1	100

*FD

Figura N° 21. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis fija definitiva en el sexo femenino de la clínica Estado de México.



*FD

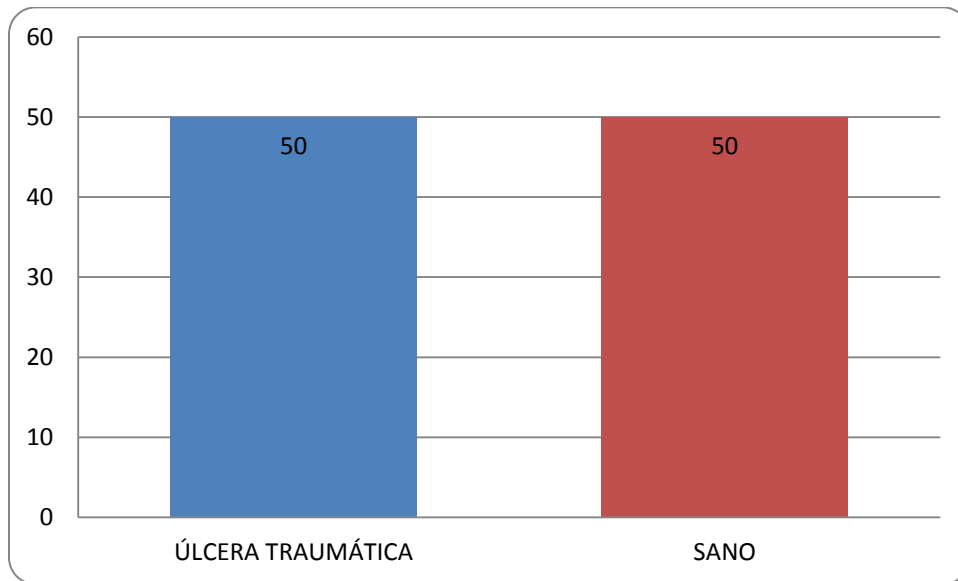
El total de lesiones ocasionadas por prótesis fija provisional del sexo femenino de la clínica Estado de México fue de (2); (1) 50% corresponde a úlcera traumática, y el otro paciente que presentó prótesis fija provisional corresponde al 50% se encontró sano. (Ver cuadro y figura N° 22).

Cuadro N° 22. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo femenino en pacientes con prótesis fija provisional en la clínica Estado de México.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÚLCERA TRAUMÁTICA	1	50
SANO	1	50
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 22. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis fija provisional en el sexo femenino de la clínica Estado de México.



*FD

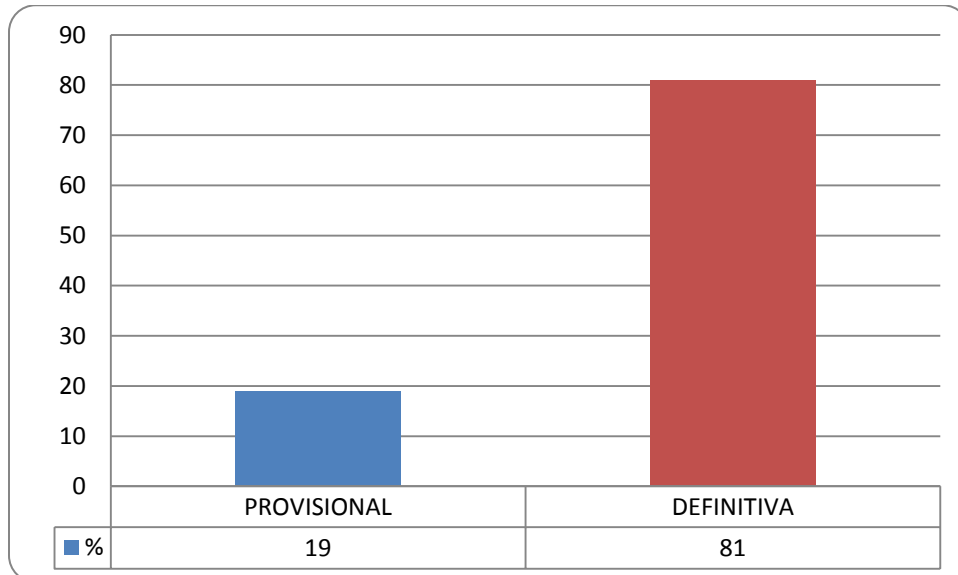
El total de pacientes revisados con prótesis removible en pacientes del sexo femenino en la clínica Estado de México es de (16); de los cuales (3) corresponden al 19% que presentaban prótesis removible provisional; y (13) corresponden al 81% que presentaron prótesis removible definitiva. Teniendo como resultado mayor frecuencia de prótesis removible definitiva. (Ver cuadro y figura N° 23).

Cuadro N° 23. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados con prótesis removible en pacientes del sexo femenino de la clínica Estado de México.

P.R.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	3	19
DEFINITIVA	13	81
TOTAL	16	100

*FD

Figura N° 23. Porcentaje de pacientes revisados de prótesis removible en pacientes del sexo femenino de la clínica Estado de México.



*FD

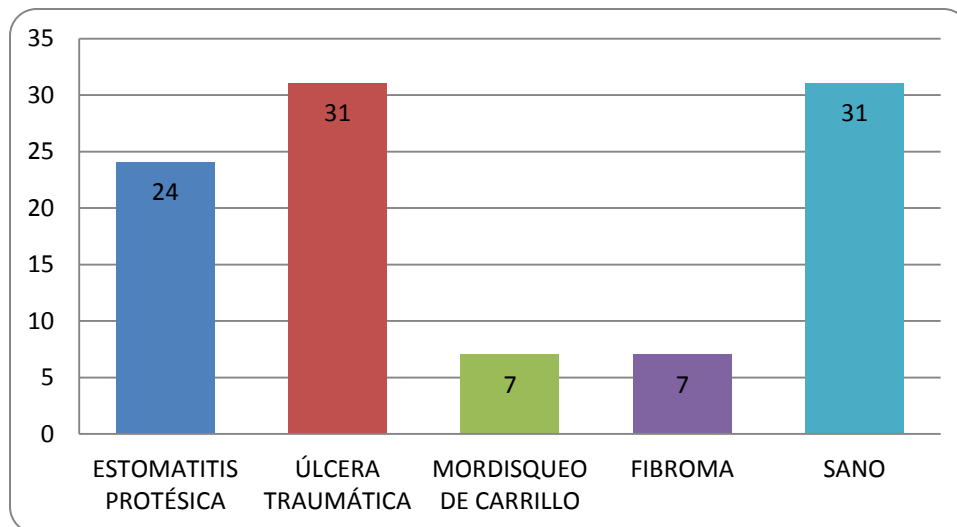
El total de lesiones producidas por prótesis removible definitiva del sexo femenino de la clínica Estado de México fue de (9) en (13) pacientes que corresponde a; (3) 24% estomatitis protésica; úlcera traumática; (4) 31%; mordisqueo de carrillo (1) 7%; fibroma traumático (1) 7% y (4) pacientes sanos que corresponden al 31%. Por lo tanto la lesión que se presentó con mayor frecuencia en los pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis removible definitiva de la clínica Estado de México fue la úlcera traumática, seguida de 4 pacientes sanos; le sigue la estomatitis protésica, el mordisqueo de carrillo y el fibroma traumático se presentaron solamente una vez en el estudio. (Ver cuadro y figura N° 24).

Cuadro N° 24. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo femenino en pacientes con prótesis removible definitiva en la clínica Estado de México.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTOMATITIS PROTÉSICA	3	24
ÚLCERA TRAUMÁTICA	4	31
MORDISQUEO DE CARRILLO	1	7
FIBROMA	1	7
SANO	4	31
TOTAL	13	100

*FD

Figura N° 24. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis removible definitiva en el sexo femenino de la clínica Estado de México.



*FD

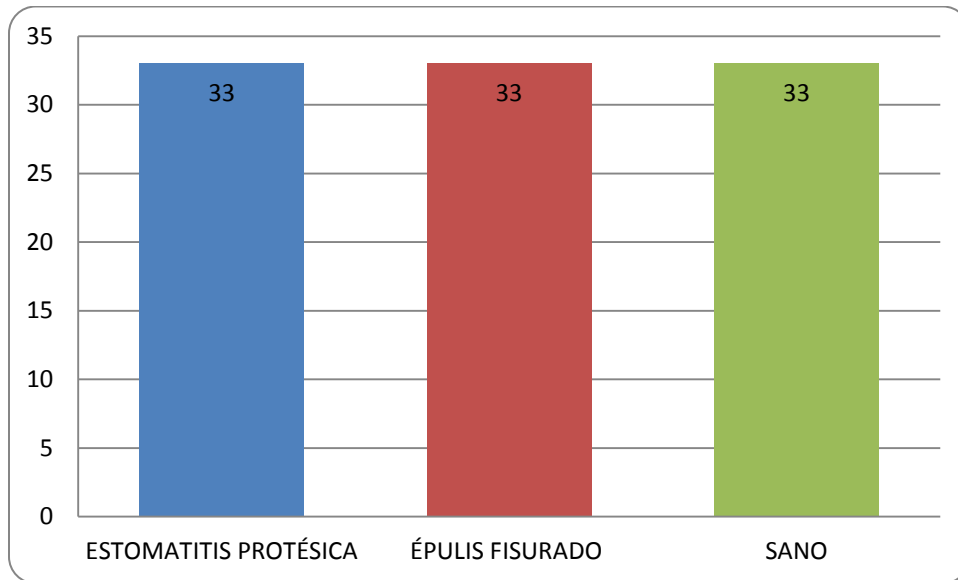
El total de lesiones producidas por prótesis removible provisional del sexo femenino de la clínica Estado de México fue de (2) en (3) pacientes; (1) 33% corresponde a estomatitis protésica; (1) épulis fisurado; (1) que corresponde al 33% de un paciente sano; Por lo tanto las lesiones estomatitis protésica y épulis fisurado se presentaron solamente una vez en 2 de 3 pacientes que se presentaron a atención odontológica en la CUAS Estado de México y un paciente sano. (Ver cuadro y figura N° 25).

Cuadro N° 25. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo femenino en pacientes con prótesis removible provisional en la clínica Estado de México.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTOMATITIS PROTÉSICA	1	33
ÉPULIS FISURADO	1	33
SANO	1	33
TOTAL	3	99

*FD

Figura N° 25. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis removible provisional en el sexo femenino de la clínica Estado de México.



*FD

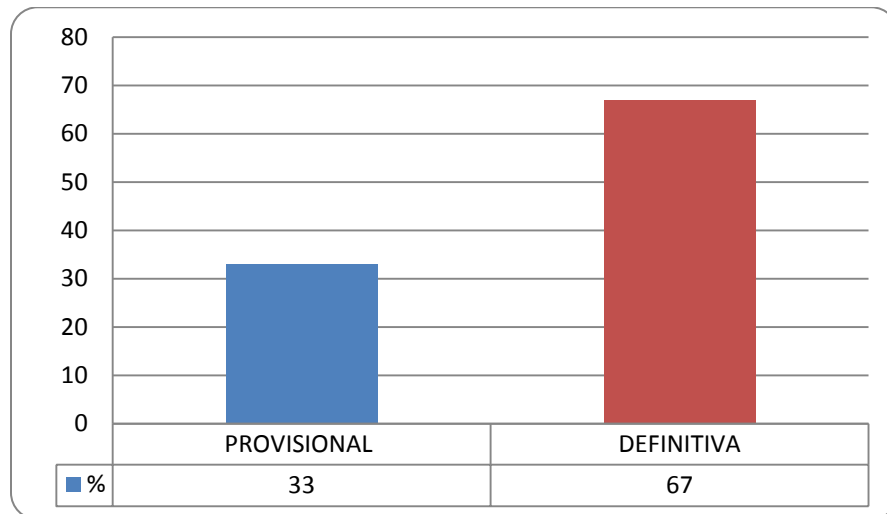
El total de pacientes revisados con prótesis total del sexo femenino en la clínica Estado de México es de (3); de los cuales (1) corresponden al 33% que presentaban prótesis total provisional; y (2) corresponden al 67% que presentaron prótesis total definitiva. Por lo tanto Tenemos que la mayor frecuencia de prótesis total en pacientes del sexo femenino de la clínica Estado de México fue la definitiva. (Ver cuadro y figura N°26).

Cuadro N° 26. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados con prótesis total en pacientes del sexo femenino de la clínica Estado de México.

P.T.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	1	33
DEFINITIVA	2	67
TOTAL	3	100

*FD

Figura N° 26. Porcentaje de pacientes revisados de prótesis total en pacientes del sexo femenino de la clínica Estado de México.



*FD

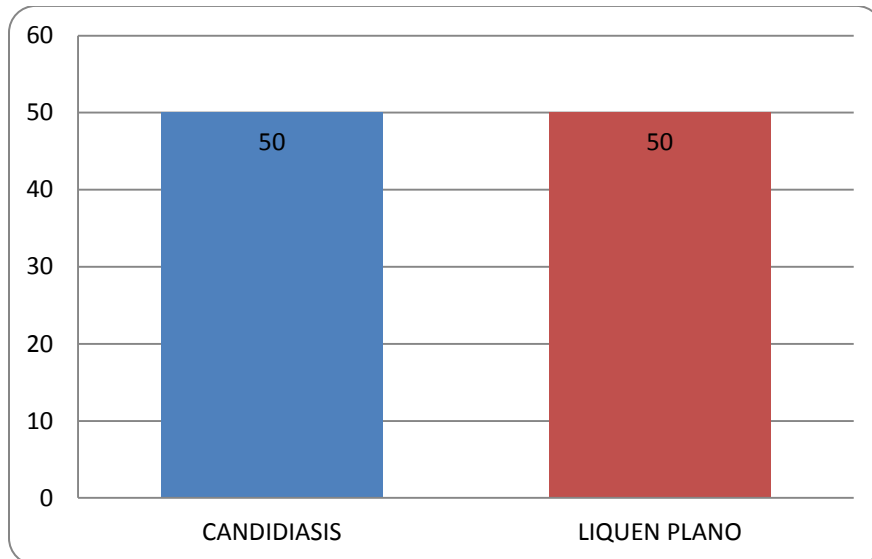
El total de lesiones que presentaron los pacientes del sexo femenino de la clínica Estado de México que portaron prótesis total definitiva fue de (2); que corresponden a (1) 50% candidiasis; y (1) 50% liquen plano. Por lo tanto la frecuencia de lesiones fue la misma para ambas. (Ver cuadro y figura N° 27).

Cuadro N° 27. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo femenino en pacientes con prótesis total definitiva en la clínica Estado de México.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CANDIDIASIS	1	50
LIQUEN PLANO	1	50
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 27. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis total definitiva en el sexo femenino de la clínica Estado de México.



*FD

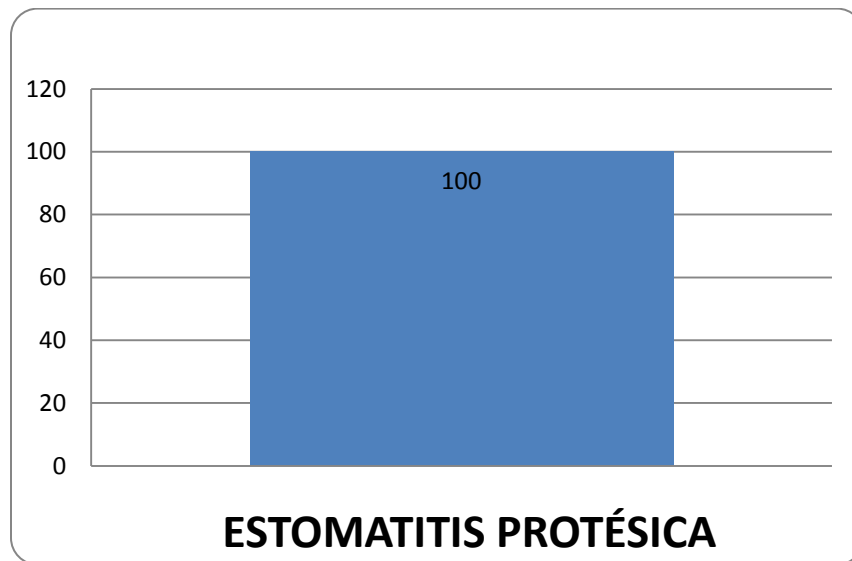
El total de lesiones que presentaron los pacientes del sexo femenino de la clínica Estado de México que portaron prótesis total provisional fue (1) que corresponde al 100% estomatitis protésica. Ya que no hubo más pacientes con este tipo de prótesis que presentaron alguna otra lesión. (Ver cuadro y figura N° 28).

Cuadro N° 28. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo femenino en pacientes con prótesis total provisional en la clínica Estado de México.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTOMATITIS PROTÉSICA	1	100
TOTAL	1	100

* FD

Figura N°28. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis total provisional en el sexo femenino de la clínica Estado de México.



*FD

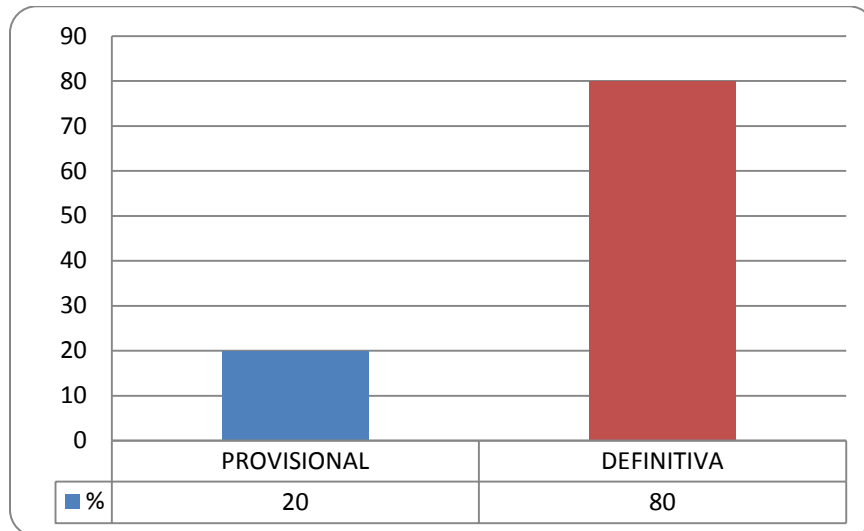
El total de pacientes revisados con prótesis fija en pacientes del sexo masculino en la clínica Estado de México es de (10), de los cuales (2) corresponden al 20% que presentaban prótesis fija provisional; y (8) que corresponde al 80% de pacientes que presentó prótesis fija definitiva. Por lo tanto el tipo de prótesis fija que se presentó con mayor frecuencia en pacientes del sexo masculino fue la prótesis fija definitiva (Ver cuadro y figura N°29).

Cuadro N° 29. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados con prótesis fija en el sexo masculino de la clínica Estado de México.

P.F.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	2	20
DEFINITIVA	8	80
TOTAL	10	100

*FD

Figura N° 29. Porcentaje de pacientes revisados con prótesis fija en pacientes del sexo masculino de la clínica Estado de México.



*FD

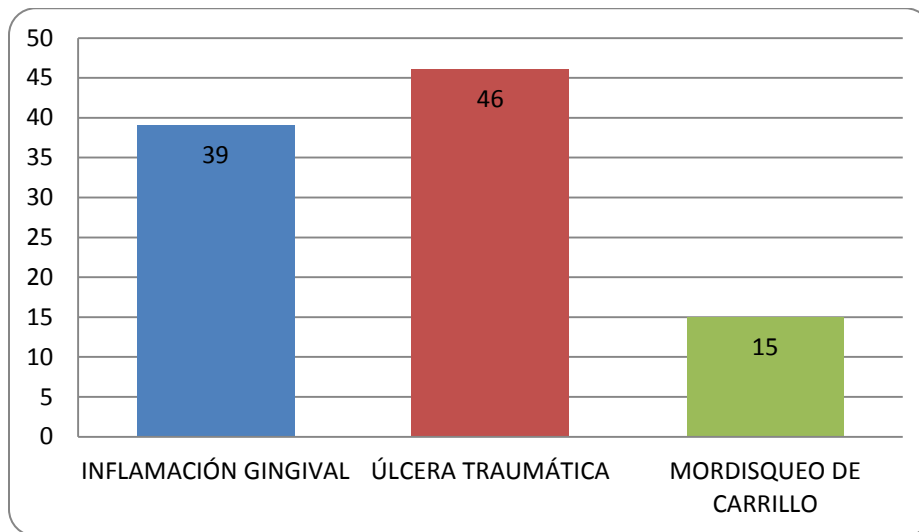
El total de lesiones ocasionadas por prótesis fija definitiva en los pacientes del sexo masculino de la clínica Estado de México fue de (13) en (8) pacientes; que corresponde a (5) 39%; (6) 46% úlcera traumática; (2) 15% mordisqueo de carrillo. Por lo tanto la lesión que se presentó con mayor frecuencia en pacientes con prótesis fija definitiva fue la úlcera traumática; seguida de la inflamación gingival y después el mordisqueo de carrillo como lesión final. (Ver cuadro y figura N° 30).

Cuadro N° 30. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo masculino en pacientes con prótesis fija definitiva en la clínica Estado de México.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFLAMACIÓN GINGIVAL	5	39
ÚLCERA TRAUMÁTICA	6	46
MORDISQUEO DE CARRILLO	2	15
TOTAL	13	100

*FD

Figura N° 30. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis fija definitiva en el sexo masculino de la clínica Estado de México.



*FD

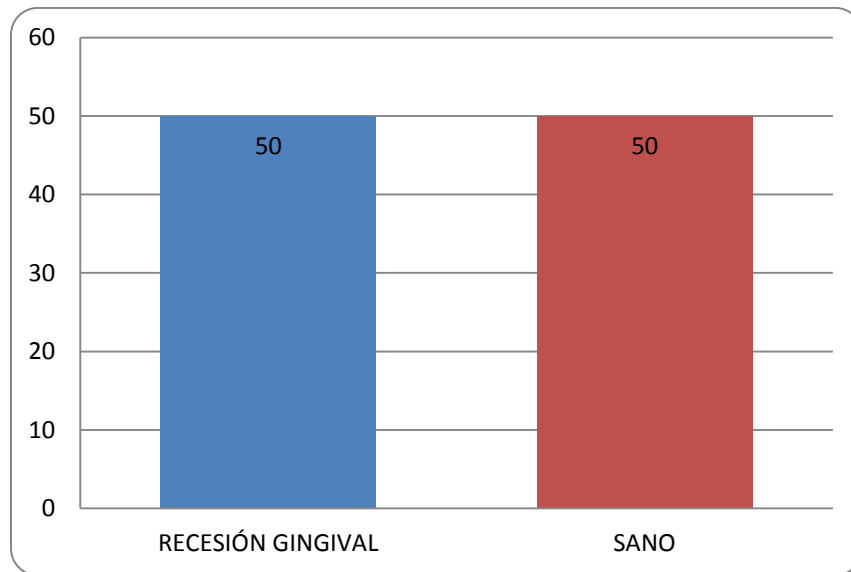
El total de lesiones ocasionadas por prótesis fija provisional en los pacientes del sexo masculino de la clínica Estado de México fue de (1) en (2) pacientes; que corresponde a (1) 50% recesión gingival; y (1) 50% corresponde a un paciente sano. Por lo tanto la lesión que se presentó fue la recesión gingival. (Ver cuadro y figura N° 31).

Cuadro N° 31. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo masculino en pacientes con prótesis fija provisional en la clínica Estado de México.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RECESIÓN GINGIVAL	1	50
SANO	1	50
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 31. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis fija provisional en el sexo masculino de la clínica Estado de México.



*FD

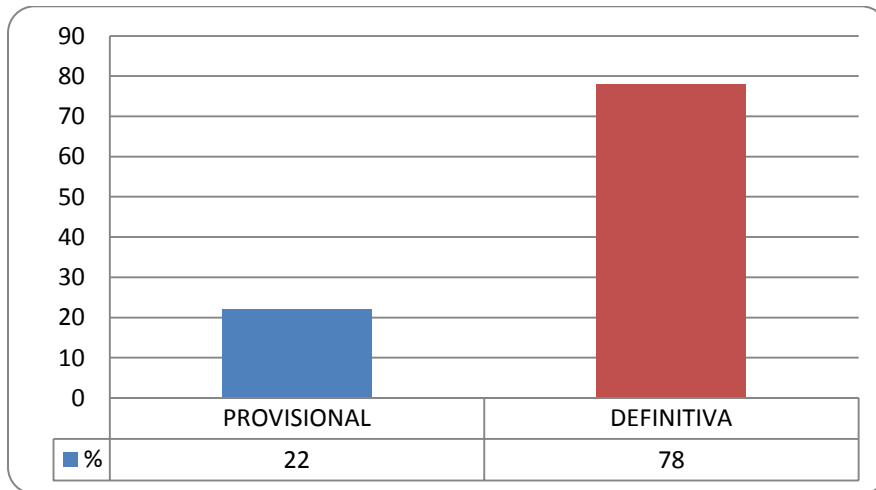
El total de pacientes revisados con prótesis removible en pacientes del sexo masculino en la clínica Estado de México es de (9); que corresponde a (2) 22% que presentó prótesis removible provisional; y (7) 78% que presentó prótesis removible definitiva. Por lo tanto tenemos como resultado que la prótesis removible definitiva se presentó con mayor frecuencia en los pacientes del sexo masculino de la clínica Estado de México. (Ver cuadro y figura N° 32).

Cuadro N° 32. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados con prótesis removible en el sexo masculino de la clínica Estado de México.

P.R.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	2	22
DEFINITIVA	7	78
TOTAL	9	100

*FD

Figura N° 32. Porcentaje de pacientes revisados con prótesis removible en pacientes del sexo masculino de la clínica Estado de México.



*FD

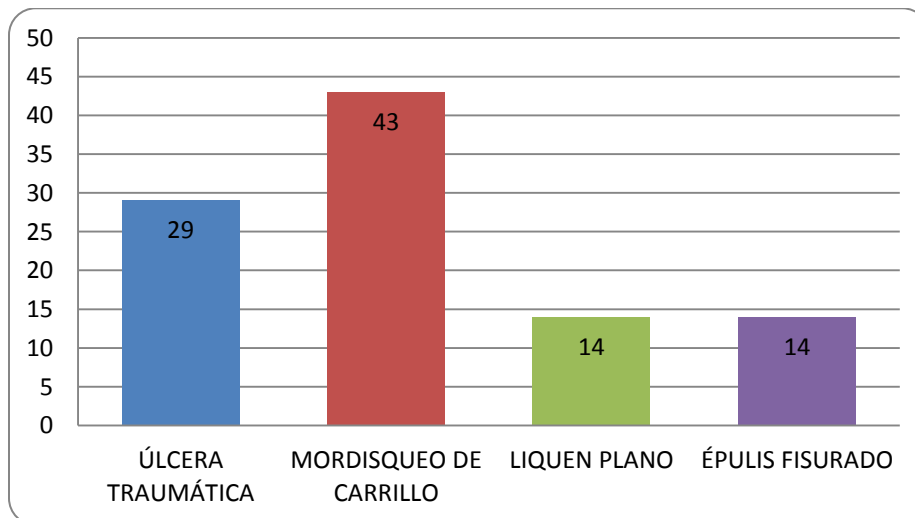
El total de lesiones producidas por prótesis removible definitiva del sexo masculino de la clínica Estado de México fue de (7) que corresponde a (2) 29% úlcera traumática; (3) 43% mordisqueo de carrillo; liquen plano y épulis fisurado con frecuencia de (1) 14%. Por lo tanto la lesión que se presentó con mayor frecuencia fue el mordisqueo de carrillo, seguida de la úlcera traumática y el liquen plano y épulis fisurado presentaron la misma frecuencia con una cada lesión. (Ver cuadro y figura N° 33).

Cuadro N° 33. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo masculino en pacientes con prótesis removible definitiva en la clínica Estado de México.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÚLCERA TRAUMÁTICA	2	29
MORDISQUEO DE CARRILLO	3	43
LIQUEN PLANO	1	14
ÉPULIS FISURADO	1	14
TOTAL	7	100

*FD

Figura N° 33. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis removible definitiva en el sexo masculino de la clínica Estado de México.



*FD

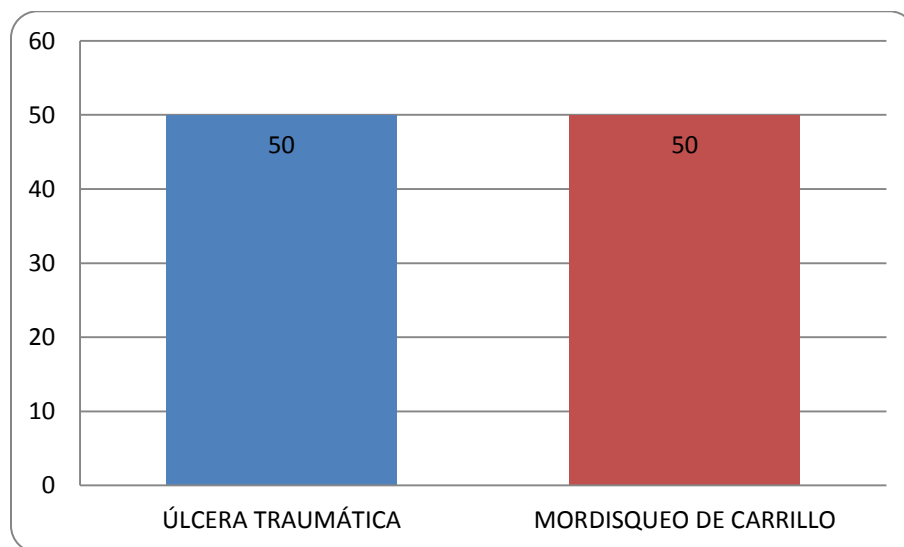
El total de lesiones producidas por prótesis removible provisional del sexo masculino de la clínica Estado de México fue de (2) q corresponde a úlcera traumática (1) 50%, y (1) 50% mordisqueo de carrillo. Por lo tanto la frecuencia fue la misma en ambas lesiones. (Ver cuadro y figura N° 34).

Cuadro N° 34. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo masculino en pacientes con prótesis removible provisional en la clínica Estado de México.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ÚLCERA TRAUMÁTICA	1	50
MORDISQUEO DE CARRILLO	1	50
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 34. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis removible provisional en el sexo masculino de la clínica Estado de México.



*FD

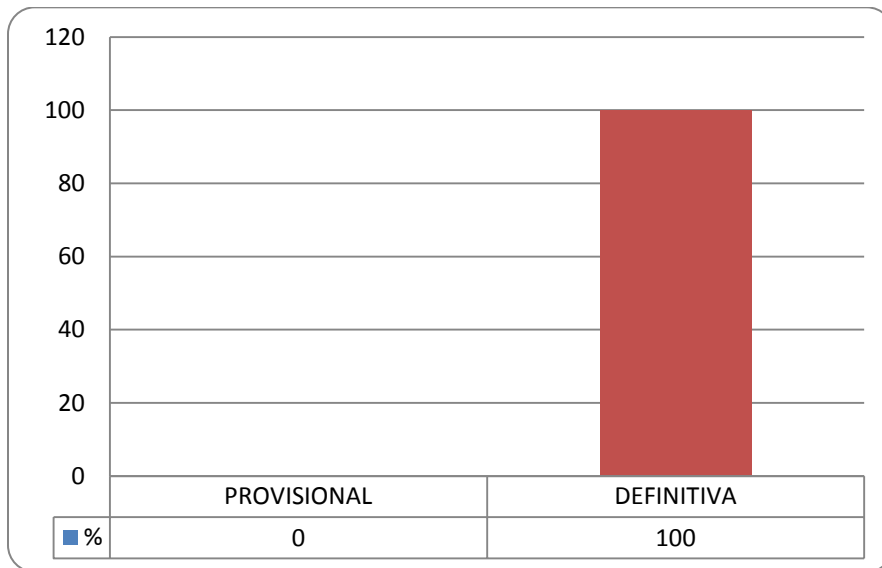
El total de pacientes revisados con prótesis total en pacientes del sexo masculino en la clínica Estado de México es de (1) 100% que corresponde a un solo paciente que acudió a atención odontológica y que presentó prótesis total definitiva; y ningún paciente con prótesis total provisional. (Ver cuadro y figura N°35).

Cuadro N° 35. Frecuencia y porcentaje de pacientes revisados con prótesis total en pacientes del sexo masculino de la clínica Estado de México.

P.T.	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	0	0
DEFINITIVA	1	100
TOTAL	1	100

*FD

Figura N° 35. Porcentaje de pacientes revisados de prótesis total en pacientes del sexo masculino de la clínica Estado de México.



*FD

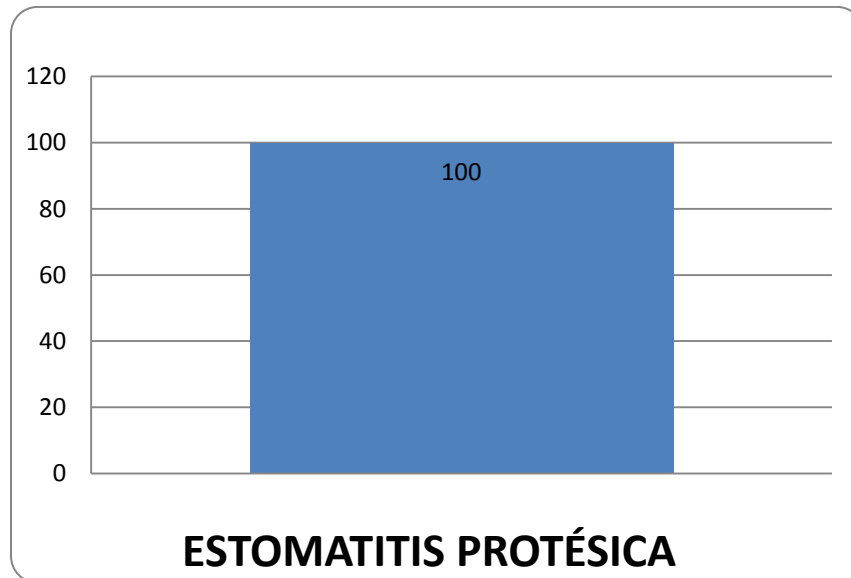
El total de lesiones que presentaron los pacientes del sexo masculino de la clínica Estado de México que portaron prótesis total definitiva fue de (1); que corresponden al 100% estomatitis protésica. Por lo tanto tenemos que el paciente con prótesis total definitiva presentó solamente una lesión que fue estomatitis protésica. (Ver cuadro y figura N° 36).

Cuadro N° 36. Frecuencia y porcentaje de lesiones en el sexo masculino en pacientes con prótesis total definitiva en la clínica Estado de México.

LESIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTOMATITIS PROTÉSICA	1	100
TOTAL	1	100

* FD

Figura N° 36. Porcentaje de lesiones en pacientes con prótesis total definitiva en el sexo masculino de la clínica Estado de México.



*FD

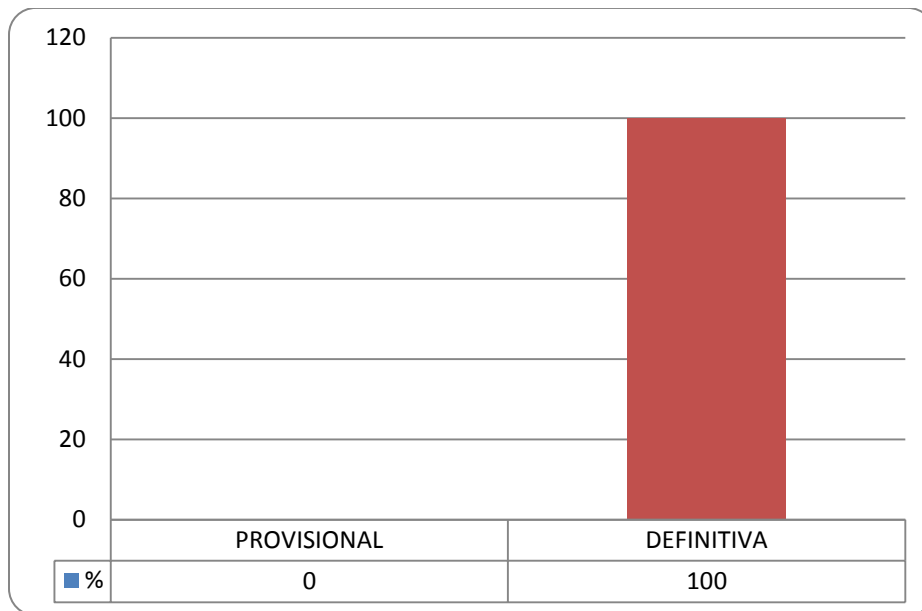
El total de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis fija colocadas dentro de la CUAS Zaragoza fue de (4) que corresponde a una frecuencia del 100% de prótesis fija definitiva; ya que ningún paciente presentó prótesis fija provisional colocada dentro de la CUAS Zaragoza. (Ver cuadro y figura N° 37).

Cuadro N° 37. Frecuencia y porcentaje de prótesis fija colocada dentro de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo femenino.

P.F. DENTRO DE CUAS ZARAGOZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	0	0
DEFINITIVA	4	100
TOTAL	4	100

*FD

Figura N° 37. Porcentaje de prótesis fija colocada dentro de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo femenino.



*FD

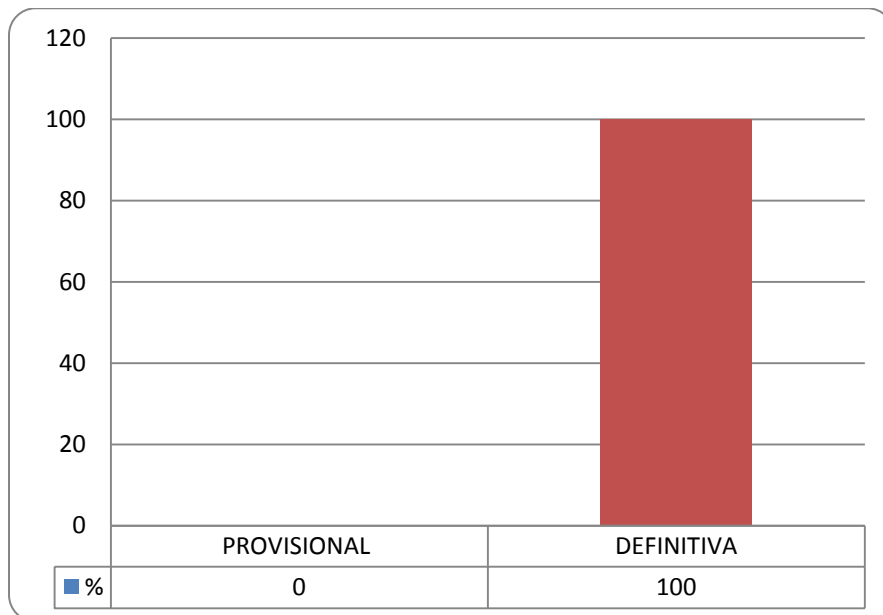
El total de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis fija colocadas fuera de la CUAS Zaragoza fue de (2) que corresponde a una frecuencia del 100% de prótesis fija definitiva que fueron colocadas fuera de la CUAS Zaragoza; ya que ningún paciente presentó prótesis fija provisional colocada fuera de la CUAS Zaragoza. (Ver cuadro y figura N° 38).

Cuadro N° 38. Frecuencia y porcentaje de prótesis fija colocada fuera de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo femenino.

P.F. FUERA DE CUAS ZARAGOZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	0	0
DEFINITIVA	2	100
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 38. Porcentaje de prótesis fija colocada fuera de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo femenino.



*FD

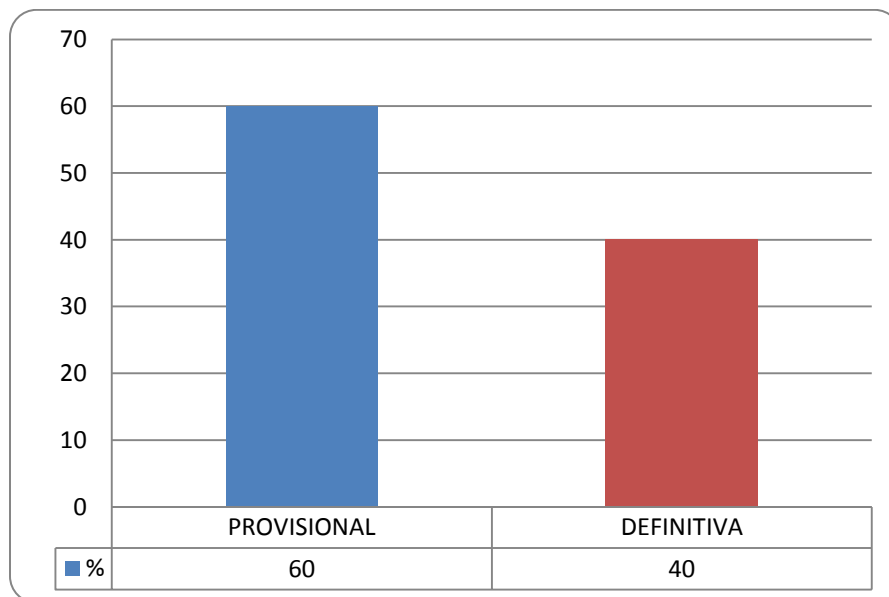
El total de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis removible colocadas dentro de la CUAS Zaragoza fue de (5) que (3) corresponde al 60% de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis removible provisional; y (2) con el 40% de prótesis removible definitiva. Por lo tanto tenemos que hubo mayor frecuencia de pacientes portadores de prótesis removible provisional colocadas dentro de la CUAS Zaragoza que acudieron a atención odontológica. (Ver cuadro y figura N° 39).

Cuadro N° 39. Frecuencia y porcentaje de prótesis removible colocada dentro de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo femenino.

P.R. DENTRO DE CUAS ZARAGOZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	3	60
DEFINITIVA	2	40
TOTAL	5	100

*FD

Figura N° 39. Porcentaje de prótesis removible colocada dentro de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo femenino.



*FD

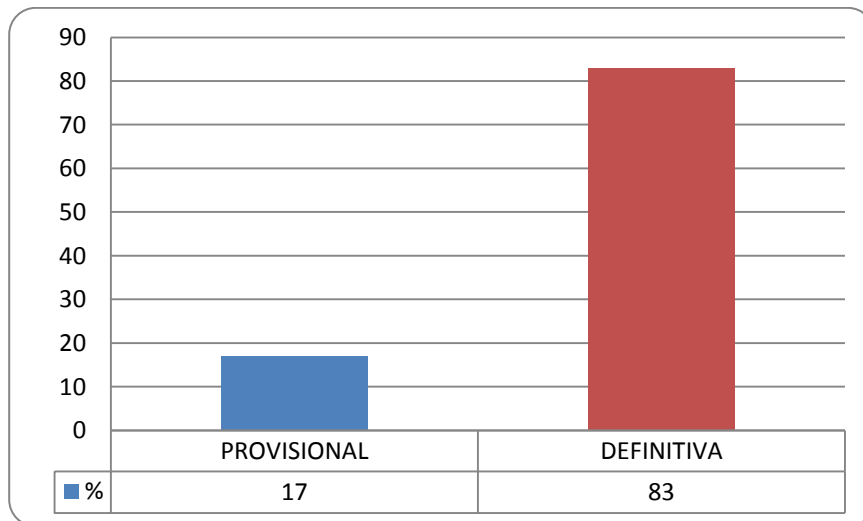
El total de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis removible colocadas fuera de la CUAS Zaragoza fue de (12) que (2) corresponde al 17% de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis removible provisional; y (10) con el 83% de prótesis removible definitiva. Por lo tanto tenemos que hubo mayor frecuencia de pacientes portadores de prótesis removible definitiva colocadas fuera de la CUAS Zaragoza que acudieron a atención odontológica. (Ver cuadro y figura N° 40).

Cuadro N° 40. Frecuencia y porcentaje de prótesis removible colocada fuera de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo femenino.

P.R. FUERA DE CUAS ZARAGOZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	2	17
DEFINITIVA	10	83
TOTAL	12	100

*FD

Figura N° 40. Porcentaje de prótesis removible colocada fuera de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo femenino.



*FD

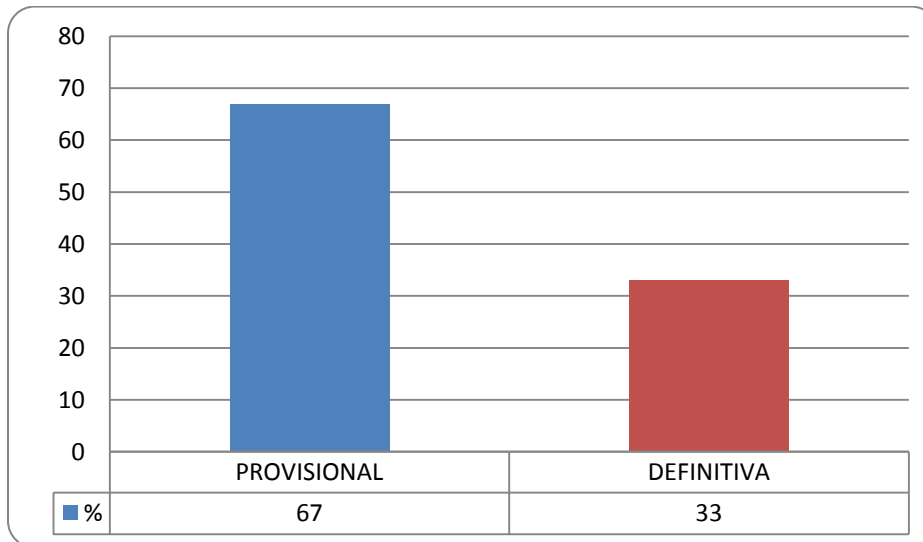
El total de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis total colocadas dentro de la CUAS Zaragoza fue de (3) que (2) corresponde al 67% de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis total provisional; y (1) con el 33% de prótesis total definitiva. Por lo tanto tenemos que hubo mayor frecuencia de pacientes portadores de prótesis total provisional colocadas dentro de la CUAS Zaragoza que acudieron a atención odontológica. (Ver cuadro y figura N° 41).

Cuadro N° 41. Frecuencia y porcentaje de prótesis total colocada dentro de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo femenino.

P.T. DENTRO DE CUAS ZARAGOZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	2	67
DEFINITIVA	1	33
TOTAL	3	100

*FD

Figura N° 41. Porcentaje de prótesis total colocada dentro de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo femenino.



*FD

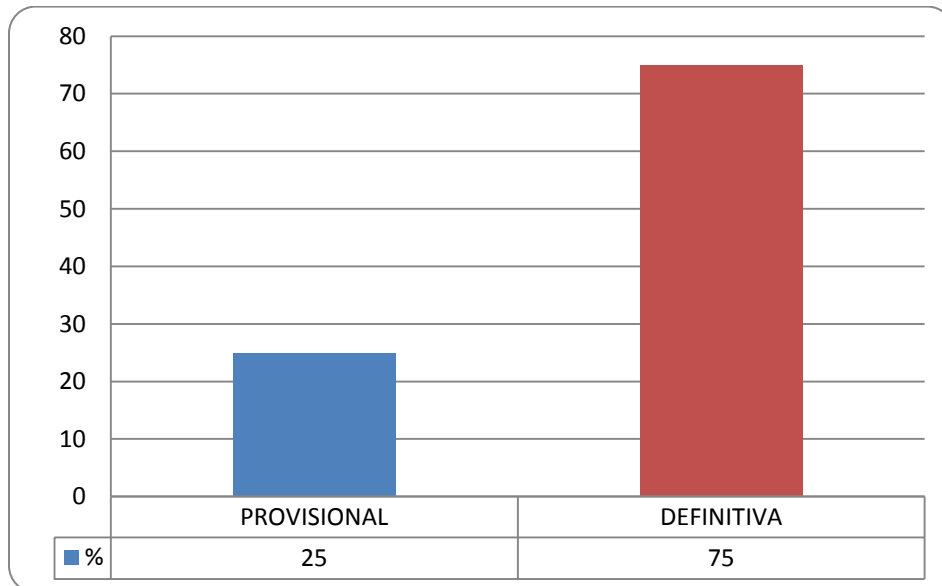
El total de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis total colocadas fuera de la CUAS Zaragoza fue de (8) que (2) corresponde al 25% de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis total provisional; y (6) con el 75% de prótesis total definitiva. Por lo tanto tenemos que hubo mayor frecuencia de pacientes portadores de prótesis total definitiva colocadas fuera de la CUAS Zaragoza que acudieron a atención odontológica. (Ver cuadro y figura N° 42).

Cuadro N° 42. Frecuencia y porcentaje de prótesis total colocada fuera de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo femenino.

P.T. FUERA DE CUAS ZARAGOZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	2	25
DEFINITIVA	6	75
TOTAL	8	100

*FD

Figura N° 42. Porcentaje de prótesis total colocada fuera de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo femenino.



*FD

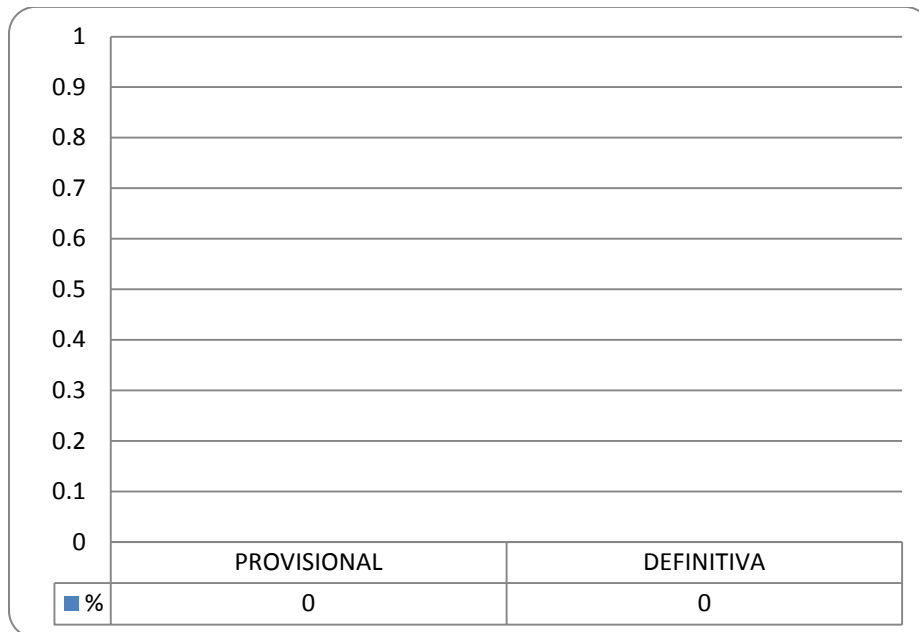
El total de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis fija colocadas dentro de la CUAS Zaragoza fue de (0); ya que no hubo pacientes con prótesis fija provisional ni definitiva que se les haya colocado dentro de la CUAS Zaragoza. (Ver cuadro y figura N° 43).

Cuadro N° 43. Frecuencia y porcentaje de prótesis fija colocada dentro de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo masculino.

P.F. DENTRO DE CUAS ZARAGOZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	0	0
DEFINITIVA	0	0
TOTAL	0	0

*FD

Figura N° 43. Porcentaje de prótesis fija colocada dentro de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo masculino.



*FD

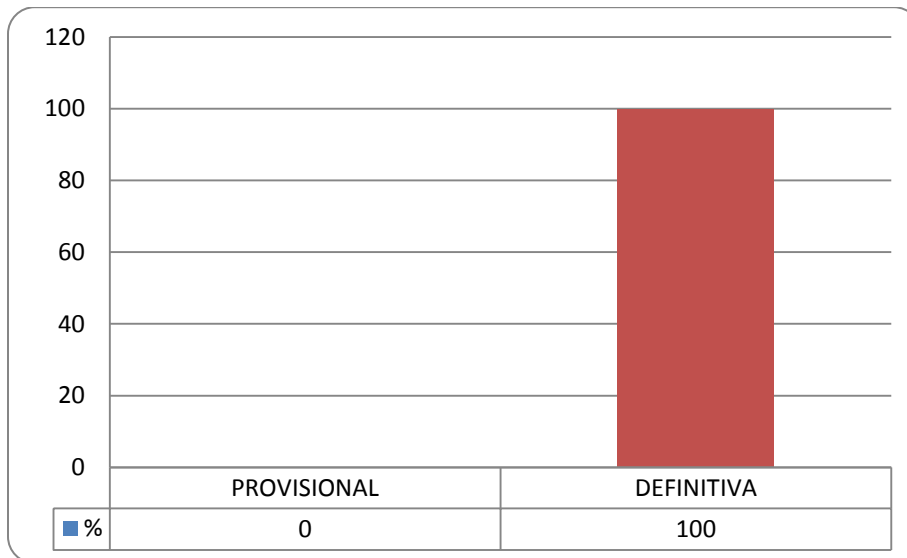
El total de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis fija colocadas fuera de la CUAS Zaragoza fue de (2); (0) corresponde a la frecuencia de prótesis fija provisional colocadas fuera de la CUAS Zaragoza; y (2) corresponde al 100% de los pacientes con prótesis fija definitiva colocadas fuera de la CUAS Zaragoza. (Ver cuadro y figura N° 44).

Cuadro N° 44. Frecuencia y porcentaje de prótesis fija colocada fuera de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo masculino.

P.F. FUERA DE CUAS ZARAGOZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	0	0
DEFINITIVA	2	100
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 44. Porcentaje de prótesis fija colocada fuera de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo masculino.



*FD

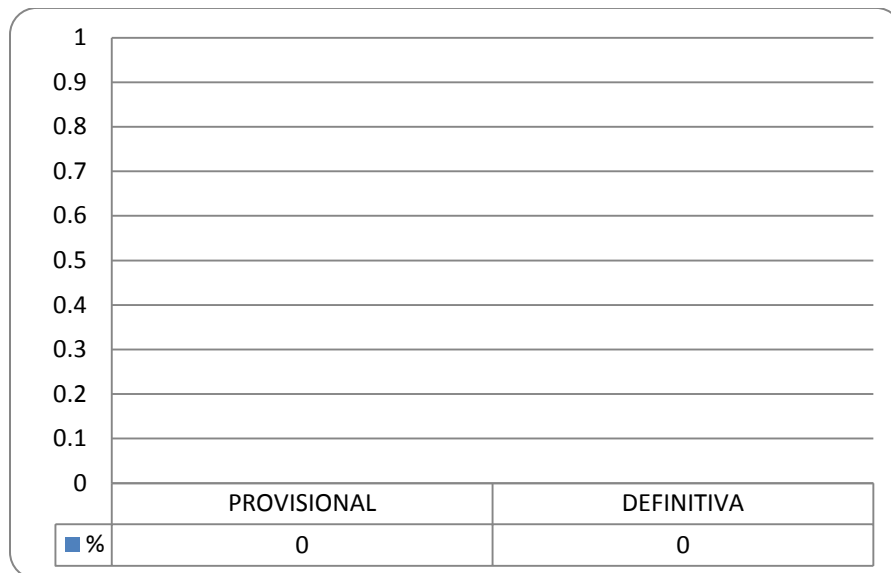
El total de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis removible colocadas dentro de la CUAS Zaragoza fue de (0); ya que no hubo pacientes con prótesis fija provisional ni definitiva que se les haya colocado dentro de la CUAS Zaragoza. (Ver cuadro y figura N° 45).

Cuadro N° 45. Frecuencia y porcentaje de prótesis removible colocada dentro de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo masculino.

P.R. DENTRO DE CUAS ZARAGOZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	0	0
DEFINITIVA	0	0
TOTAL	0	0

*FD

Figura N° 45. Porcentaje de prótesis removible colocada dentro de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo masculino.



*FD

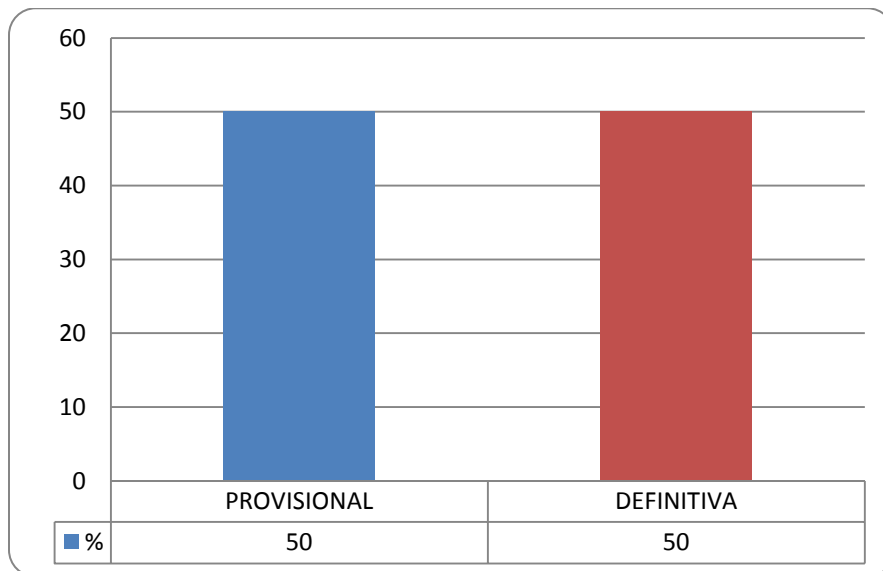
El total de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis removible colocadas fuera de la CUAS Zaragoza fue de (2); (1) corresponde al 50% de los pacientes que presentaron prótesis removible provisional colocadas fuera de la CUAS Zaragoza y (1) 50% de pacientes con prótesis removible definitiva colocadas fuera de la CUAS Zaragoza. (Ver cuadro y figura N° 46).

Cuadro N° 46. Frecuencia y porcentaje de prótesis removible colocada fuera de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo masculino.

P.R. FUERA DE CUAS ZARAGOZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	1	50
DEFINITIVA	1	50
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 46. Porcentaje de prótesis removible colocada fuera de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo masculino.



*FD

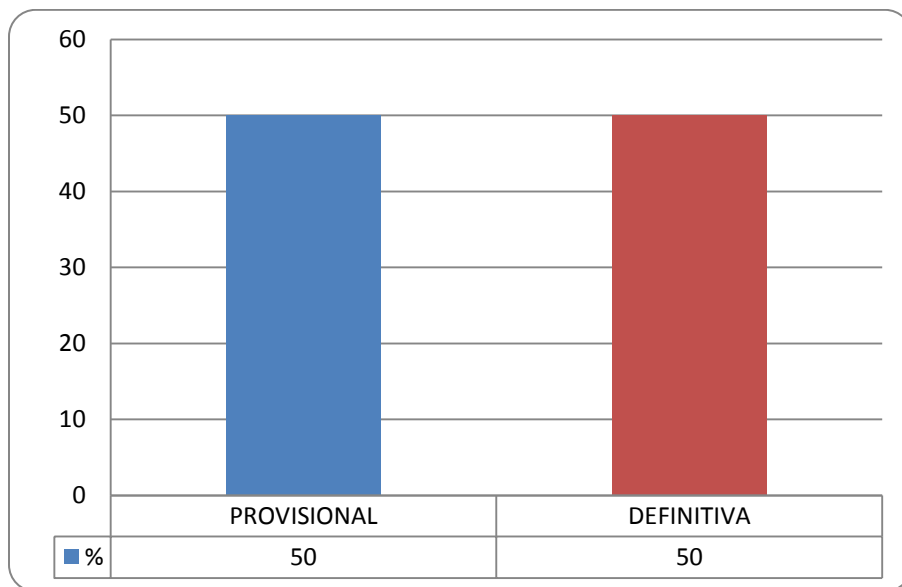
El total de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis total colocadas dentro de la CUAS Zaragoza fue de (2) que (1) corresponde al 50% de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis total provisional; y (1) con el 50% de prótesis total definitiva. Por lo tanto tenemos que la frecuencia fue igual en los pacientes que portaron prótesis total tanto provisional como definitiva colocadas dentro de la CUAS Zaragoza que acudieron a atención odontológica. (Ver cuadro y figura N° 47).

Cuadro N° 47. Frecuencia y porcentaje de prótesis total colocada dentro de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo masculino.

P.T. DENTRO DE CUAS ZARAGOZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	1	50
DEFINITIVA	1	50
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 47. Porcentaje de prótesis total colocada dentro de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo masculino.



*FD

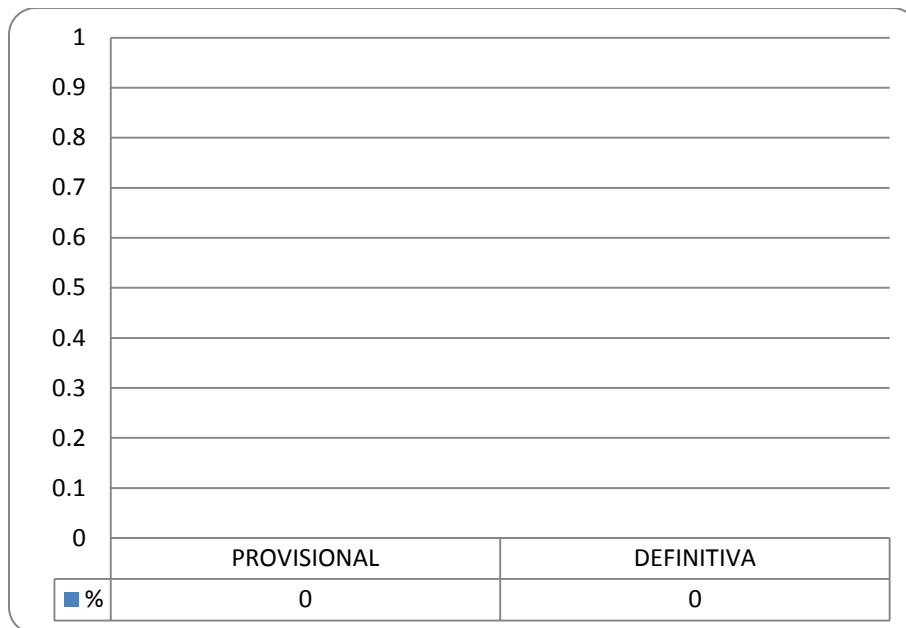
El total de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis total colocadas fuera de la CUAS Zaragoza fue de (0) ya que no hubo ningún paciente con prótesis total provisional ni definitiva que se le haya colocado fuera de la CUAS Zaragoza. (Ver cuadro y figura N° 48).

Cuadro N° 48. Frecuencia y porcentaje de prótesis total colocada fuera de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo masculino.

P.T. FUERA DE CUAS ZARAGOZA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	0	0
DEFINITIVA	0	0
TOTAL	0	0

*FD

Figura N° 48. Porcentaje de prótesis total colocada fuera de la CUAS Zaragoza en pacientes del sexo masculino.



*FD

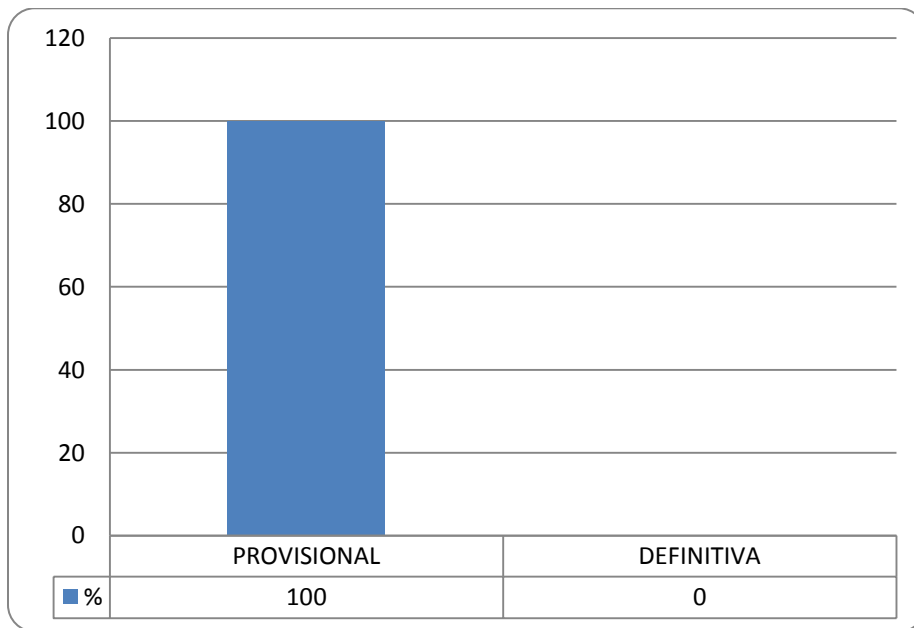
El total de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis fija colocadas dentro de la CUAS Estado de México fue de (1) que corresponde al 100% de los pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis fija pero fue provisional; ya que no hubo pacientes que presentaron prótesis fija definitiva que les hayan sido colocadas dentro de la CUAS Estado de México. (Ver cuadro y figura N° 49).

Cuadro N° 49. Frecuencia y porcentaje de prótesis fija colocada dentro de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo femenino.

P.F. DENTRO DE CUAS ESTADO DE MÉXICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	1	100
DEFINITIVA	0	0
TOTAL	1	100

*FD

Figura N° 49. Porcentaje de prótesis fija colocada dentro de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo femenino.



*FD

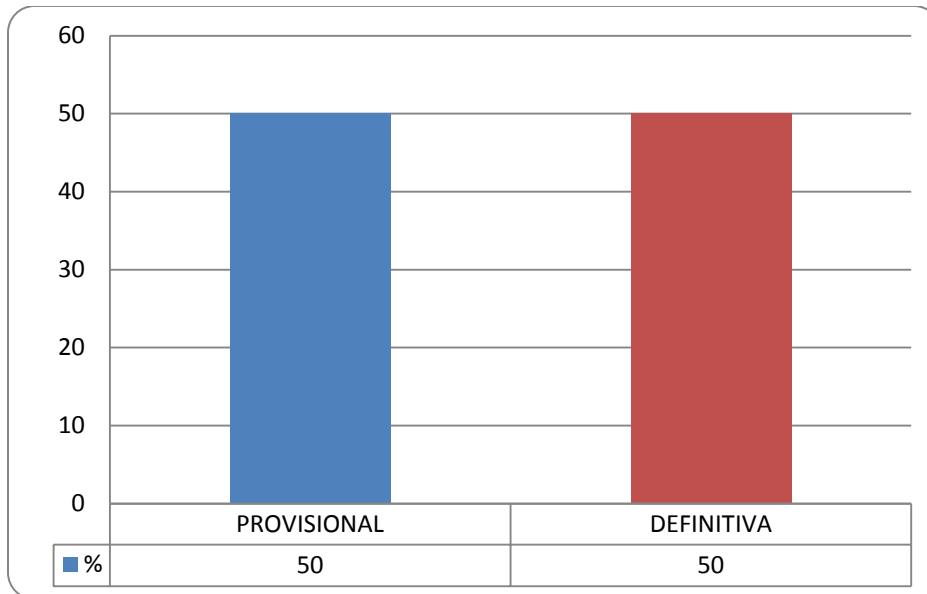
El total de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis fija colocadas fuera de la CUAS Estado de México fue de (2) que (1) corresponde al 50% de los pacientes que presentaron prótesis fija provisional; y (1) 50% de los pacientes que presentaron prótesis fija definitiva. (Ver cuadro y figura N° 50).

Cuadro N° 50. Frecuencia y porcentaje de prótesis fija colocadas fuera de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo femenino.

P.F. FUERA DE CUAS ESTADO DE MÉXICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	1	50
DEFINITIVA	1	50
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 50. Porcentaje de prótesis fija colocada fuera de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo femenino.



*FD

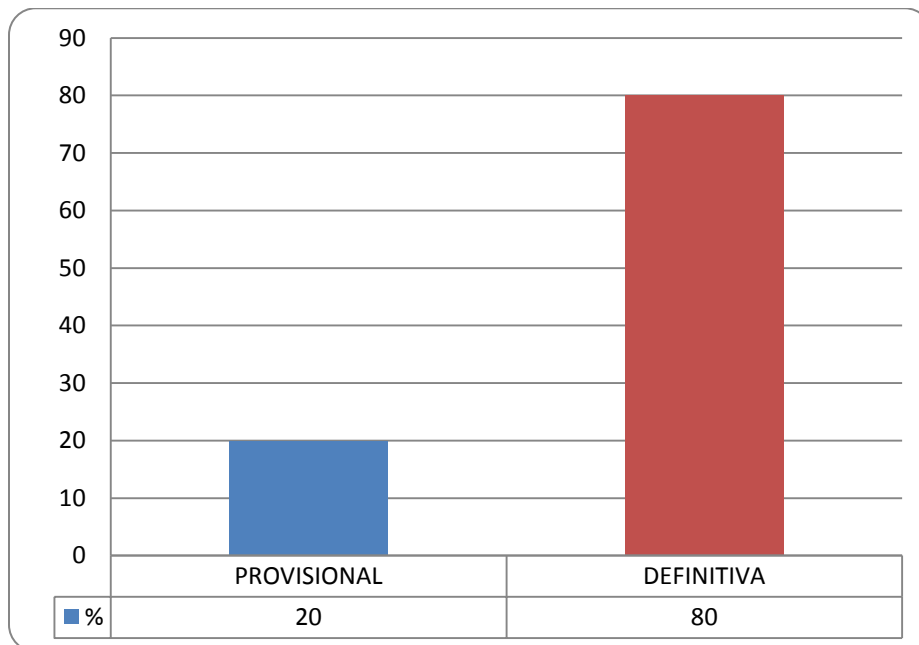
El total de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis removible colocadas dentro de la CUAS Estado de México fue de (5); (1) corresponde al 20% de los pacientes que presentaron prótesis removible provisional; y (4) al 80% de los pacientes que presentaron prótesis removible definitiva colocadas dentro de la CUAS Estado de México. (Ver cuadro y figura N° 51).

Cuadro N° 51. Frecuencia y porcentaje de prótesis removible colocada dentro de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo femenino.

P.R. DENTRO DE CUAS ESTADO DE MÉXICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	1	20
DEFINITIVA	4	80
TOTAL	5	100

*FD

Figura N° 51. Porcentaje de prótesis removible colocada dentro de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo femenino.



*FD

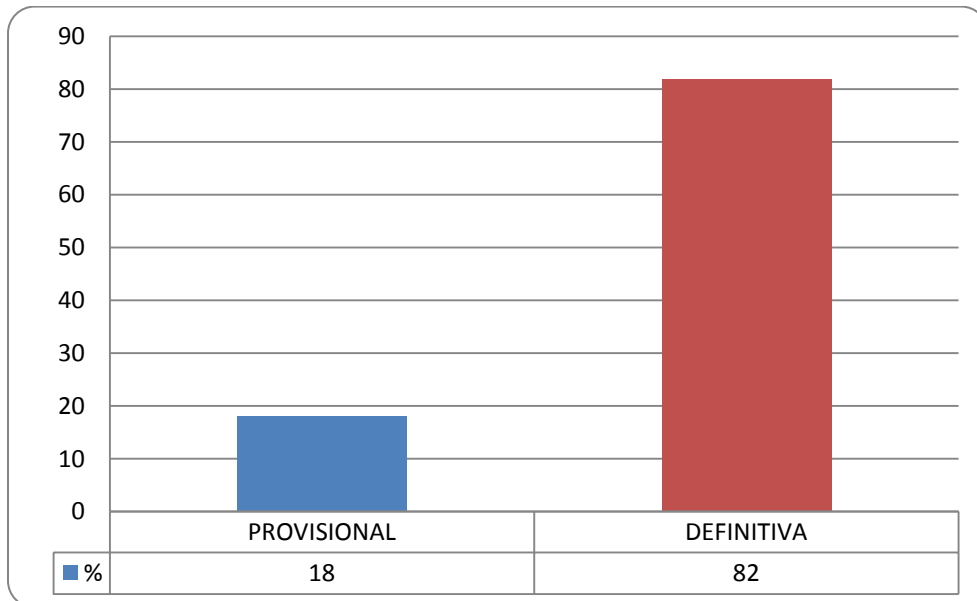
El total de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis removible colocadas fuera de la CUAS Estado de México fue de (11); (2) corresponde al 18% de los pacientes que presentaron prótesis removible provisional; y (9) al 82% de los pacientes que presentaron prótesis removible definitiva colocadas fuera de la CUAS Estado de México. Por lo tanto tenemos que la prótesis removible definitiva fue la que se presentó con mayor frecuencia. (Ver cuadro y figura N° 52).

Cuadro N° 52. Frecuencia y porcentaje de prótesis removible colocada fuera de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo femenino.

P.R. FUERA DE CUAS ESTADO DE MÉXICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	2	18
DEFINITIVA	9	82
TOTAL	11	100

*FD

Figura N° 52. Porcentaje de prótesis removible colocada fuera de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo femenino.



*FD

El total de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis total colocadas dentro de la CUAS Estado de México fue de (0). Por lo tanto tenemos que no hubo pacientes que hayan presentado prótesis total provisional ni definitiva que les hayan sido colocadas dentro de la CUAS Estado de México. (Ver cuadro y figura N° 53).

Cuadro N° 53. Frecuencia y porcentaje de prótesis total colocada dentro de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo femenino.

P.T. DENTRO DE CUAS ESTADO DE MÉXICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	0	0
DEFINITIVA	0	0
TOTAL	0	0

*FD

Figura N° 53. Porcentaje de prótesis total colocada dentro de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo femenino.



*FD

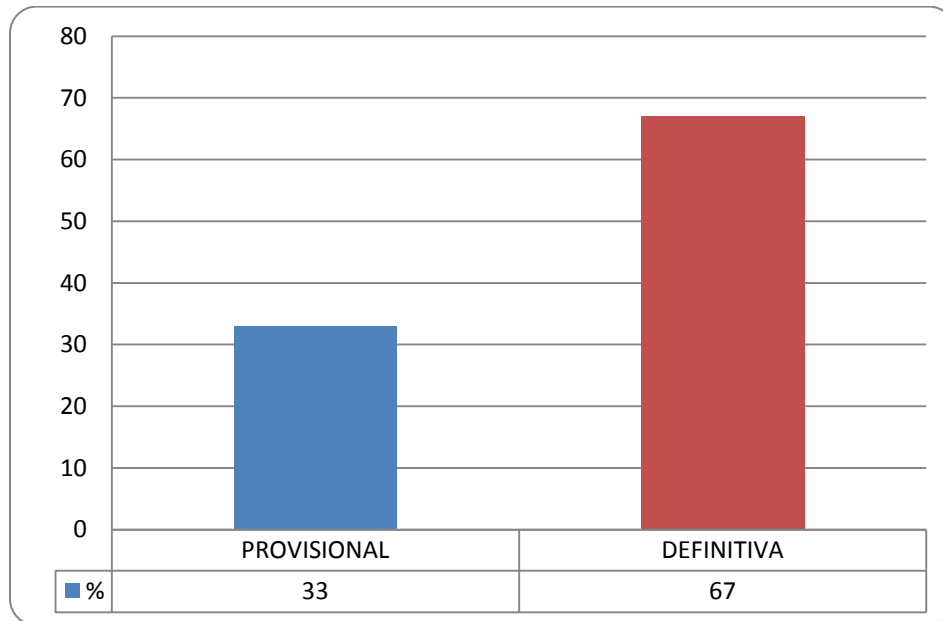
El total de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis total colocadas fuera de la CUAS Estado de México fue de (3) que (1) corresponde al 33% de pacientes del sexo femenino que presentaron prótesis total provisional; y (2) con el 67% de prótesis total definitiva. Por lo tanto tenemos que hubo mayor frecuencia de pacientes portadores de prótesis total definitiva colocadas fuera de la CUAS Estado de México. (Ver cuadro y figura N° 54).

Cuadro N° 54. Frecuencia y porcentaje de prótesis total colocada fuera de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo femenino.

P.T. FUERA DE CUAS ESTADO DE MÉXICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	1	33
DEFINITIVA	2	67
TOTAL	3	100

*FD

Figura N° 54. Porcentaje de prótesis total colocada fuera de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo femenino.



*FD

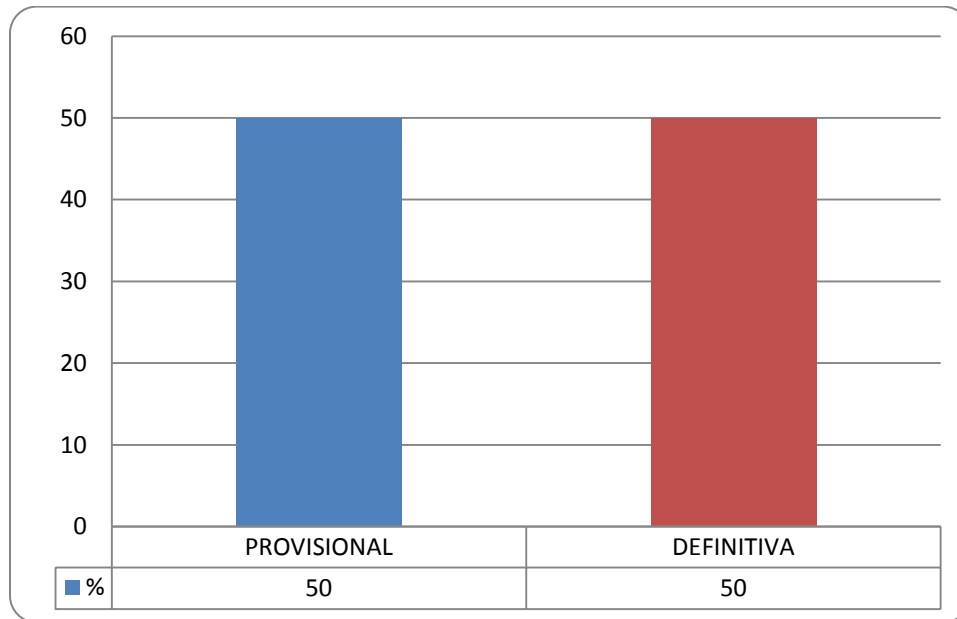
El total de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis fija colocadas dentro de la CUAS Estado de México fue de (2); (1) corresponde al 50% de los pacientes que presentaron prótesis fija provisional; y (1) 50% de los pacientes que presentaron prótesis fija definitiva. Por lo tanto tenemos que la frecuencia fue igual en los pacientes portadores de prótesis fija tanto provisional como definitiva colocadas dentro de la CUAS Estado de México. (Ver cuadro y figura N° 55).

Cuadro N° 55. Frecuencia y porcentaje de prótesis fija colocada dentro de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo masculino.

P.F. DENTRO DE CUAS ESTADO DE MÉXICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	1	50
DEFINITIVA	1	50
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 55. Porcentaje de prótesis fija colocada dentro de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo masculino.



*FD

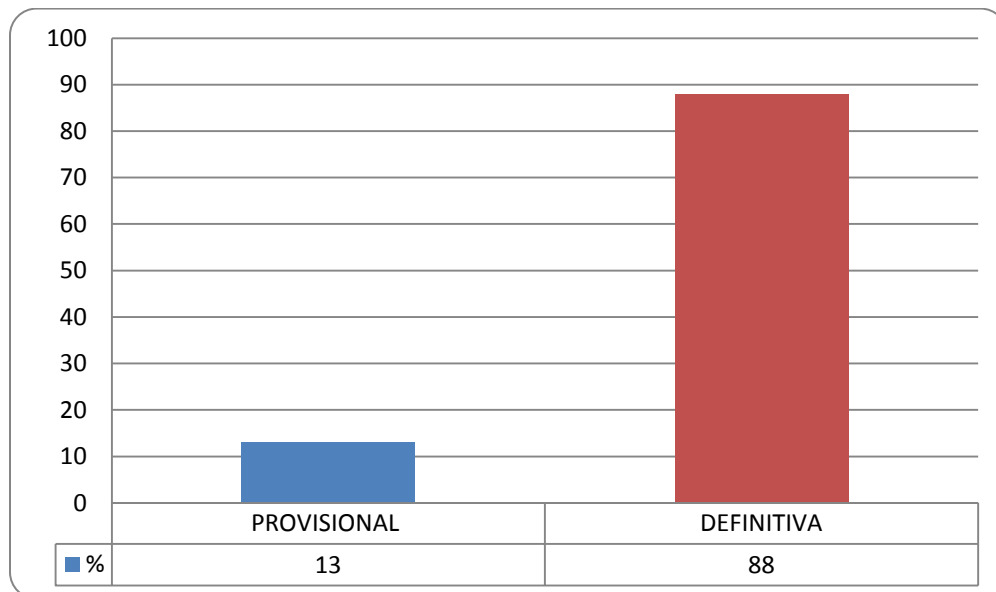
El total de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis fija colocadas fuera de la CUAS Estado de México fue de (8); (1) corresponde al 13% de los pacientes que presentaron prótesis fija provisional; y (7) 88% de los pacientes que presentaron prótesis fija definitiva. Por lo tanto tenemos que la prótesis fija definitiva se presentó con mayor frecuencia en los pacientes de la CUAS Estado de México (Ver cuadro y figura N° 56).

Cuadro N° 56. Frecuencia y porcentaje de prótesis fija colocada fuera de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo masculino.

P.F. FUERA DE CUAS ESTADO DE MÉXICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	1	13
DEFINITIVA	7	88
TOTAL	8	100

*FD

Figura N° 56. Porcentaje de prótesis fija colocada fuera de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo masculino.



*FD

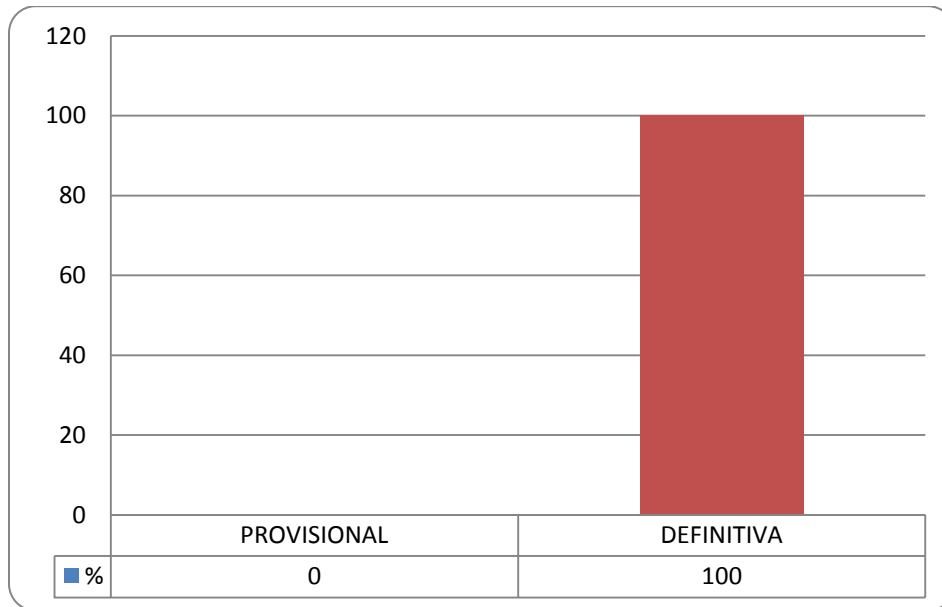
El total de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis removible colocadas dentro de la CUAS Zaragoza fue de (2); (2) corresponde al 100% de los pacientes que presentaron prótesis removible definitiva que les fueron colocadas dentro de la CUAS Estado de México; y ningún paciente presentó prótesis removible provisional. Por lo tanto tenemos que la frecuencia fue mayor en los pacientes que presentaron prótesis removible definitiva colocadas dentro de la CUAS Estado de México que acudieron a atención odontológica. (Ver cuadro y figura N° 57).

Cuadro N° 57. Frecuencia y porcentaje de prótesis removible colocada dentro de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo masculino.

P.R. DENTRO DE CUAS ESTADO DE MÉXICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	0	0
DEFINITIVA	2	100
TOTAL	2	100

*FD

Figura N° 57. Porcentaje de prótesis removible colocada dentro de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo masculino.



*FD

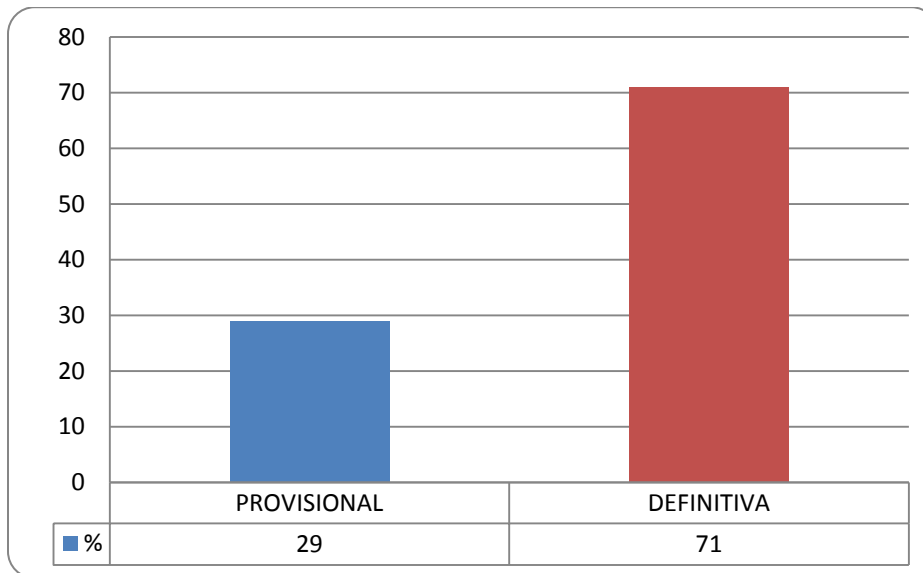
El total de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis removible colocadas fuera de la CUAS Estado de México fue de (7); de los cuales (2) corresponde al 29% de los pacientes que presentaron prótesis removible provisional; y (5) corresponde al 71% de los pacientes que presentaron prótesis removible definitiva que les fueron colocadas fuera de la CUAS Estado de México. Por lo tanto tenemos que hubo mayor frecuencia de pacientes que presentaron prótesis removible definitiva que les fueron colocadas fuera de la CUAS Estado de México que acudieron a atención odontológica. (Ver cuadro y figura N° 58).

Cuadro N° 58. Frecuencia y porcentaje de prótesis removible colocada fuera de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo masculino.

P.R. FUERA DE CUAS ESTADO DE MÉXICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	2	29
DEFINITIVA	5	71
TOTAL	7	100

*FD

Figura N° 58. Porcentaje de prótesis removible colocada fuera de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo masculino.



*FD

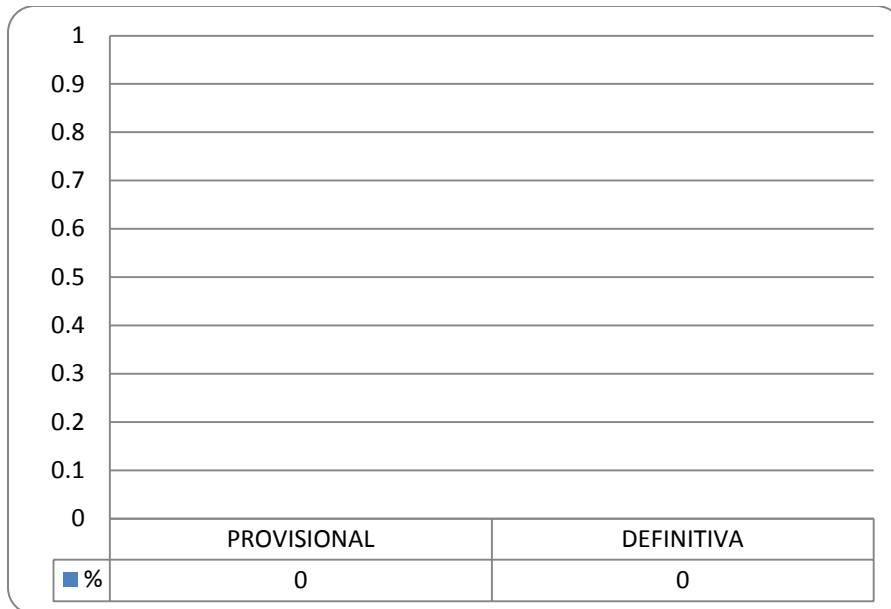
El total de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis total colocadas dentro de la CUAS Estado de México fue de (0). Por lo tanto no hubo ningún paciente con prótesis total provisional ni definitiva que les hayan sido colocadas dentro de la CUAS Estado de México. (Ver cuadro y figura N° 59).

Cuadro N° 59. Frecuencia y porcentaje de prótesis total colocada dentro de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo masculino.

P.T. DENTRO DE CUAS ESTADO DE MÉXICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	0	0
DEFINITIVA	0	0
TOTAL	0	0

*FD

Figura N° 59. Porcentaje de prótesis total colocada dentro de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo masculino.



*FD

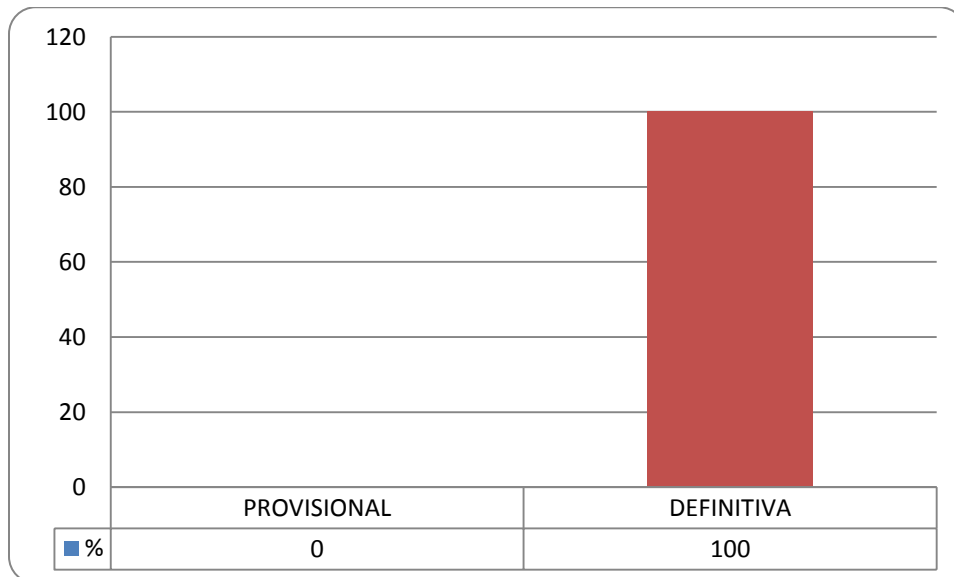
El total de pacientes del sexo masculino que presentaron prótesis total colocadas fuera de la CUAS Estado de México fue de (1). Que corresponde al 100% de los pacientes que presentaron prótesis total definitiva que les fueron colocadas fuera de la CUAS Estado de México; ya que ningún paciente presentó prótesis total provisional. (Ver cuadro y figura N° 60).

Cuadro N° 60. Frecuencia y porcentaje de prótesis total colocada fuera de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo masculino.

P.T. FUERA DE CUAS ESTADO DE MÉXICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROVISIONAL	0	0
DEFINITIVA	1	100
TOTAL	1	100

*FD

Figura N° 60. Porcentaje de prótesis total colocada fuera de la CUAS Estado de México en pacientes del sexo masculino.



*FD

DISCUSIÓN

Según diversos estudios epidemiológicos acerca de las lesiones en la mucosa bucal producidas por el uso de prótesis dental a nivel mundial tienden a ser ocasionadas por diversos factores tales como: hábitos dietéticos deficientes, mala higiene oral, o el diseño de una prótesis mal confeccionada o mal ajustada que pueda producir algún tipo de lesión en la mucosa y tener un efecto significativo en la vida del paciente.

Se han realizados diversos estudios a nivel mundial acerca del tipo de lesiones en la mucosa bucal que se presentan con mayor frecuencia en los pacientes que usan prótesis dental.

(Martínez y col) cita que en España la lesión más frecuentes es la hiperplasia fibrosa y mordisqueo de carrillo; dato que coincide con nuestro estudio ya que nos encontramos que el mordisqueo de carrillo y la hiperplasia fibrosa lo obtuvimos en un 10% del total de las lesiones en pacientes portadores de prótesis removible.

(Moret de González y col.) cita que en Venezuela la lesión que se presentó con mayor frecuencia es el fibroma traumático y leucoplasia; dato que coincide con nuestro estudio ya que nos encontramos que el fibroma traumático y la leucoplasia se encontraron con un 7% cada una de las lesiones.

(Moreno y col.) cita que en Colombia la lesión más frecuente es la estomatitis protésica y la úlcera traumática; dato que coincide con nuestro estudio ya que la estomatitis protésica se presentó con un 27% de la lesión y la úlcera traumática con un 43% de las lesiones encontradas.

(Cruz y col.) cita que en Cuba la estomatitis protésica es la lesión más frecuente; dato que coincide con nuestro estudio ya que se presenta con un 27% de las lesiones encontradas.

(Jiménez y col) cita que en México la lesión más frecuente es la úlcera traumática, hiperplasia fibrosa y candidiasis; dato que coincide con nuestro estudio ya que la úlcera traumática se presenta con un 43% de las lesiones encontradas y la hiperplasia fibrosa se presenta con un 10% de las lesiones, la candidiasis se presenta con un 7% de las lesiones.

Es importante tratar de eliminar los factores que puedan ocasionar este tipo de problemas, el cirujano dentista es el indicado para ayudar a los pacientes a resolver los problemas de los que sufren algún tipo de lesión en la mucosa bucal por el uso de prótesis, por medio de un tratamiento adecuado y exitoso.

CONCLUSIONES

Podemos decir que después de haber llevado a cabo este trabajo de investigación en los pacientes que acudieron a atención odontológica en las CUAS Zaragoza y Estado de México en el período de Agosto – Diciembre de 2014 y que fueron portadores de prótesis dental; que presentaron algún tipo de lesión en la mucosa bucal no tenían conocimiento en el padecimiento de su lesión. Algunos pacientes hicieron énfasis en que nunca había recibido ningún tipo de tratamiento que les ayudara a erradicar las lesiones que presentaron por el uso de su prótesis. Siendo más comunes las lesiones en el sexo femenino que en el sexo masculino.

El total de pacientes que acudieron a atención odontológica, que fueron revisados y que presentaron algún tipo de lesión por el uso de prótesis dental en la CUAS Zaragoza fueron del sexo femenino (28) que corresponde al 56%; y del sexo masculino se obtuvo una frecuencia de (6) que corresponde al 26% de pacientes revisados.

El total de pacientes que acudieron a atención odontológica, que fueron revisados y que presentaron algún tipo de lesión por el uso de prótesis dental en la CUAS Estado de México fueron del sexo femenino (22) que corresponde al 44%; y del sexo masculino se obtuvo una frecuencia de (17) que corresponde al 74% de pacientes revisados.

El total de pacientes revisados que presentaron prótesis fija definitiva en el sexo femenino de la CUAS Zaragoza fue de (4) que corresponde al 67%; y prótesis fija provisional (2) que corresponde al 33%; y del sexo masculino (2) que corresponde al 100% de pacientes revisados con prótesis fija definitiva ya que no hubo ningún paciente con prótesis fija provisional.

El total de pacientes revisados que presentaron prótesis removible definitiva en el sexo femenino de la CUAS Zaragoza fue de (10) que corresponde al 67%; y prótesis removible provisional (5) que corresponde al 33%; y del sexo masculino (1) que corresponde al 50% de pacientes revisados con prótesis removible definitiva y (1) con el 50% de los pacientes con prótesis removible provisional.

El total de pacientes revisados que presentaron prótesis total definitiva en el sexo femenino de la CUAS Zaragoza fue de (7) que corresponde al 70%; y prótesis total provisional (3) que corresponde al 30%; y del sexo masculino (1) que corresponde al 50% de pacientes revisados con prótesis total definitiva y (1) con el 50% de los pacientes con prótesis total provisional.

El total de pacientes revisados que presentaron prótesis fija definitiva en el sexo femenino de la CUAS Estado de México fue de (1) que corresponde al 33%; y

prótesis fija provisional (2) que corresponde al 67%; y del sexo masculino (8) que corresponde al 80% de pacientes revisados con prótesis fija definitiva y (2) con el 20% de los pacientes con prótesis fija provisional.

El total de pacientes revisados que presentaron prótesis removible definitiva en el sexo femenino de la CUAS Estado de México fue de (13) que corresponde al 81%; y prótesis removible provisional (3) que corresponde al 19%; y del sexo masculino (7) que corresponde al 78% de pacientes revisados con prótesis removible definitiva y (2) con el 22% de los pacientes con prótesis removible provisional.

El total de pacientes revisados que presentaron prótesis total definitiva en el sexo femenino de la CUAS Estado de México fue de (2) que corresponde al 67%; y prótesis total provisional (1) que corresponde al 33%; y del sexo masculino (1) que corresponde al 100% de pacientes revisados con prótesis total definitiva y (0) ya que ningún paciente presentó prótesis total provisional.

El porcentaje de la lesión que con mayor frecuencia se presentó en los pacientes del sexo femenino de la CUAS Zaragoza fue de (13) que corresponde al 43% de la lesión úlcera traumática; y (2) que corresponde al 40% de la lesión úlcera traumática en los pacientes del sexo masculino.

El porcentaje de la lesión que se presentó con mayor frecuencia en los pacientes del sexo femenino de la CUAS Estado de México fueron (2); una que fue la úlcera traumática con (5) pacientes y que corresponde al 33%; y la otra lesión fue la estomatitis protésica también con (5) pacientes que la presentaron y que corresponde al 33% de las lesiones producidas por prótesis dental.

Y el porcentaje de la lesión que se presentó con mayor frecuencia en los pacientes del sexo masculino de la CUAS Estado de México fue la úlcera traumática con (8) pacientes que corresponde al 53% de las lesiones producidas por el uso de prótesis dental.

Tenemos que en los pacientes del sexo femenino y del sexo masculino tanto de la CUAS Zaragoza y de la CUAS Estado de México no presentaron lesiones que se consideran como un porcentaje mínimo de aparición. Puesto que la gran mayoría presentó lesiones más de una vez; y los que no presentaron lesiones se encontraron sanos.

El total de pacientes sanos del sexo femenino que se presentaron en la CUAS Zaragoza fue de (2) que corresponde al 7%; y (1) que corresponde al 20% de los pacientes del sexo masculino.

El total de pacientes sanos del sexo femenino que se presentaron en la CUAS Estado de México fue de (7) que corresponde al 47%; y (1) que corresponde al 7% de los pacientes del sexo masculino.

Entonces podemos decir que la frecuencia de lesiones en mucosa bucal derivadas por el uso de prótesis en pacientes que acuden a atención odontológica en las CUAS Zaragoza y Estado de México en el periodo de Agosto – Diciembre de 2014 se presentan con mayor número en el sexo femenino; y que la lesión que predomina con mayor frecuencia es la úlcera traumática.

El cirujano dentista debe saber afrontar y resolver este tipo de problemas pues ya que durante su formación profesional realiza tratamientos que benefician al paciente en cuanto a sus funciones perdidas con ayuda de las prótesis dentales. Aplicando un conjunto de conocimientos y habilidades que se adquieren con la práctica profesional y la clínica para así llevar a cabo un tratamiento exitoso.

PROPUESTAS

Con base a los resultados anteriores podemos proponer que:

- El cirujano dentista debe ser capaz de identificar y conocer las diferentes patologías o tipos de lesión que pueden derivarse del uso de una prótesis mal elaborada, mal ajustada, o mal diseñada. Además de la calidad con que están elaboradas y la higiene que le da el paciente.
- Realizar tratamientos que sean eficaces y que ayuden al paciente a erradicar las lesiones que puedan presentar por el uso de una prótesis dental.
- El cirujano dentista deberá realizar un tratamiento restaurador protésico de calidad.
- Se deberá hacer énfasis en la atención odontológica de aquellos pacientes que presenten alguna enfermedad crónica, mental o discapacitante que puedan favorecer una lesión severa en la cavidad bucal por el uso de prótesis dental.
- Lograr un buen impacto en la sociedad promoviendo la utilización de una prótesis dental que ayude a devolverle al paciente parte de las funciones perdidas debido a la ausencia de uno o varios órganos dentarios que ya le fueron perdidos.
- El cirujano dentista deberá diseñar adecuadamente la prótesis dental que mejor le convenga al paciente para así evitar en un futuro la aparición de lesiones en la mucosa bucal que puedan ser un factor que impida el tratamiento exitoso en la rehabilitación del paciente.
- La elaboración de una prótesis provisional ya sea fija, removible o total deberá ser elaborada y detallada minuciosamente para que así el paciente no tenga ningún inconveniente al usar este método rehabilitador y sea la causa de algún tipo de lesión en la mucosa bucal de un paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Esquivel HR. Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. ADM. 2012. 69, (2): 69-75.
- 2.- Martínez DM, García VP, Martínez AI. Estudio epidemiológico de la patología de la mucosa oral en pacientes de la Escuela de Estomatología de Oviedo. Medicina Oral. 2012. 7, (1): 4-16.
- 3.- Moret de GY. Prevalencia de lesiones benignas y desórdenes potencialmente malignos que afectan la mucosa bucal en pacientes adultos. Facultad de Odontología. Acta odontológica venezolana. 2014. 52, (1): 15.
- 4.- Moreno CJ, Montoya SA, Gómez GD, Arboleda CA, Zea RF, Agudelo SA. Situación de salud bucal y estado protésico del paciente edentado bimaxilar que acude a la facultad de odontología de la universidad de antioquia: un estudio piloto. Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia. 2012. 24, (1): 36.
- 5.- García AB, Benet RM, Castillo BE. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos 2010. 8,(1):
- 6.- Lemus CL, Triana K, Del Valle SO, Fuertes RL, Sáez CR. Rehabilitaciones protésicas y su calidad como factor de riesgo en la aparición de lesiones en la mucosa bucal. Revista Cubana de Estomatología. 2009. 46, (1):
- 7.- Jiménez ES, Godoy MC, Rodríguez FM, Lama GM. Lesiones en la mucosa bucal portadores de prótesis removibles. Revista Nacional de Odontología de México. 2013. 3, (4):
- 8.- López VS, Molina RB, Sánchez BA, Horta SA. Frecuencia de patologías bucales en una clínica de atención primaria odontológica. Tamé. 2013. 2, (4): 100-105.
- 9.- Salazar E, Cardozo E, Pardi G, Perrone M. Fluconazol: seguridad y eficacia en el control de la estomatitis sub-protésica asociada a candida. acta odontológica venezolana. 2009. 47, (2):
- 10.- Lee MX, Gómez CL, Vergara NC, Astorga BE, Cajas CN, Ivankovic M. Asociación entre presencia de levaduras del género candida y factores del paciente adulto mayor con y sin estomatitis protésica. Int. J. Odontostomat. 2013. 7, (2):
- 11.- Boucher OC. Prótesis para el desdentado total. ed. Mundi. Buenos Aires Argentina. 1ª Ed. 1977: 63-64.

- 12.- Pardi CM, Colella ME, Pineda VA. Micosis de la cavidad bucal parte 1. Acta odontológica venezolana. 2013. 51, (2):
- 13.- Giunta JL. Patología bucal. ed. Interamericana mc graw-hill. México. 3ª Ed. 1998: 109 - 131.
- 14.- Aregezi J, Sciubba J. Patología bucal. ed. Interamericana mc graw-hill. México, Bogota, Caracas, Londres, Madrid, París. 2ª Ed. 1995: 30 - 64.
- 15.- Zagarelli EV, Kutscher AH. Diagnostico en patología oral. Salvat editores s.a. Barcelona España. 1ª Ed. 1972: 651.
- 16.- Pérez OS, León PF, Álvarez AR, Estrella RR, Pech RJ, Y col. Úlceras traumáticas de la mucosa bucal: su tratamiento con oleozón. ADM. 2013.
- 17.- Malcom LA. Medicina bucal de bucket.. ed. interamericana mc graw – hill. México, Bogotá, Caracas, Londres. 9ª Ed. 1986: 839.
- 18.- Miller E. Protesis parcial removible. ed. interamericana mc graw - hill México, Bogotá, Caracas, Londres, Madrid. 1ª Ed.1972: 254-256.
- 19.- Ries CG. Patología bucal. El ateneo. Buenos Aires. 2ª Ed. 1974: 11.
- 20.- Shafer W. Maynard K. Barret M. Charles L. Tratado de patología bucal. Nueva editorial interamericana, México D,f. 567-569.
- 21.- Enfermedades de la boca semiología patología clínica V terapéutica de la mucosa bucal, tomo I. ed. mundi. Paraguay.165.
- 22.- Cogorno V, Peñuela A, Veitia J, Jiménez PC. Facticia en niños y adolescentes manifestaciones bucales. Acta odontológica venezolana. 2010. 48, (2):
- 23.- Mc Cracken G, Grivnev PD, Castleberry J. Prótesis parcial removible. ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 8a Ed. 251.
- 24.- Velazco G, Ortíz R, Arellano L, Bustillos L, González A. Evidencia microscópica de la presencia de candida albicans en bases protésicas retiradas de la cavidad bucal. revista cubana de estomatología. 2009. 46, (2):
- 25.- Guerring A, Kundert M. Atlas de prótesis total y sobredentadura. ed. Masson. Barcelona. 2ª Ed. 1993: 211 - 219.
- 26.- Pelezar M, Reid R, Chan E. Microbiología. Ed. Mc Graw – Hill. México. 4ª Ed. 1982: 59 – 61.

- 27.- Cawson R. Cirugía y patología odontológicas. ed. El manual moderno. México. 3ª Ed. 1978: 339 – 335.
- 28.- Nester E, Anderson D, Roberts E, Nester M. Microbiología Humana. ed. El manual moderno. México. 5ª Ed. 2007: 54 – 57.
- 29.- Starshack T. Cirugía bucal preprotética. Ed. Mundi. Buenos Aires. 1ª Ed. 1974: 141 – 176.
- 30.- Krauger G. Tratado de cirugía bucal. ed. Interamericana. México. 4ª Ed. 1976: 111 – 513.
- 31.- Mesa PM, Vázquez ID, Rodríguez GM, Reyna LA. Presentación de un paciente con fibroma traumático subyacente a prótesis dental. Scielo. 2013. 17, (4):
- 32.- Harris RJ, López AA, Cuadrado SA. Fibroma traumático riesgo potencial del tratamiento ortodóntico. Ciencia y salud virtual. 2012. 4, (1):
- 33.- Stanley L, Cotran S. Patología estructural y funcional. ed. Elsevier. España. 7ª Ed. 2005: 778 – 786.
- 34.- Schroeder A, Sutter F, Krekeler G. Implantología Oral. ed. Panamericana. Madrid. 1998: 300.
- 35.- Patrick A, Shaffer L. Patología bucal. ed. Interamericana. España. 2ª Ed. 2002: 128 – 132.
- 36.- Berckler O, Mussend R. Prostodoncia total. ed. Interamericana. Londres. 2ª ed. 2001: 83.
- 37.- Winkler S. Prostodoncia total. ed. Limusa. México 2ª reimpresión. 1999: 77 – 102.
- 38.- Stewart K, Rudd K, Kuebker W. Prostodoncia parcial removible. ed. Actualidades médico odontológicas. Latinoamérica. Caracas. 2ª Ed. 1993: 192 – 535.
- 39.- Kruger G. Tratado de cirugía bucal. ed. Interamericana. México. 4ª Ed. 1978: 111 – 513.
- 40.- Reeikman, Shergun K. Prostodoncia total. ed. Mundi. Buenos Aires. 2ª Ed. 1999: 203 – 206.

- 41.- George A, Charle L, Bolender J, Hickey C, Carlsson G. *Prostodoncia total de Boucher*. ed, interamericana McGraw – Hill. México. 10Ed. 1994: 30 – 34.
- 42.- Graber G, Besimo C, Wichl P. *Atlas de prótesis parcial*. ed. Masson. Barcelona 2ª Ed. 1993: 225
- 43.- Llena P. *Prótesis completa*. ed. Labor. Barcelona. 1ª Ed. 1998: 35 – 36.
- 44.- Thoren M, Gunne J. *Prótesis removible*. ed. Amolca. Venezuela. 1ª Ed. 74 – 82.
- 45.- Brashkar S. *Patología bucal*. ed. El Ateneo. Buenos Aires. 3ª Ed. 1997: 32 – 282.
- 46.- Velázquez T. *Anatomía, patología dental y bucal*. ed. La Prensa Médica Mexicana. México 1966: 187 – 205.
- 47.- Borghelli R. *Temas de patología bucal y clínica*. ed. Mundi. Paraguay 1ª Ed. 1979: 119 – 364.
- 48.- Lucas M. *Medicina oral*. ed. Salvat. Barcelona España. 1988: 86 – 183.
- 49.- Spouge J. *Patología bucal*. Ed. Mundi. Paraguay, Buenos Aires. 1ª Ed. 231 – 232.
- 50.- Hernández R, Mendoza V, Martínez I, Morales L. *Odontogeriatría y gerodontología*. Ed. Trillas. México. 1ª Ed. 2011: 121 – 275.
- 51.- Grinspan D, Díaz J, Abulafia J, Villapol Z, Schneiderman J, Berdichesky R. *Enfermedades de la boca, semiología, patología clínica y terapéutica de la mucosa bucal*. tomo II. ed. Mundi. Paraguay. 1ª Ed. 1973: 1383 – 1400.
- 52.- Ozawa J. *Estomatología geriátrica*. ed. Trillas. México. 1ª Ed. 1994: 207 – 283.
- 53.- Flores S, Maura I. *Esquemas clínico bucales en patología oral*. ed. Doyma. Barcelona, Buenos Aires, Santiago De Chile. 1987: 42 – 64.
- 54.- Folch A, Orizaga J. *Manual práctico de medicina bucal*. Ed. Interamericana. Tomo II, México. 4ª Ed. 1986: 301 – 306.
- 55.- Bascones A. *Medicina Bucal*. Ed. Ariel. Barcelona. 3ª Ed. 2004: 123 – 352.
- 56.- Malagón LG, Arango GJ, Llano RJ, Malagón BO, Torres MM. *Urgencias odontológicas*. ed Panamericana. Bogotá, Colombia. 2ª Ed. 1994: 96 – 163.

- 57.- Castellanos J, Díaz L, Gay O. Medicina en Odontología. Manejo Dental del Paciente con enfermedades sistémicas. ed. El Manual Moderno. México, Bogotá. 2ª Ed. 2002: 212 – 405.
- 58.- Mitchell D, Miles S, Thomas B. Propedéutica Odontológica. ed Interamericana. México. 2ª Ed.1973: 292 – 297.
- 59.- López C. Manual de patología Oral. ed. Universitaria de Guatemala. Guatemala. 4ª Ed. 1975: 301 – 306.
- 60.- Little J, Falace D, Miller C, Rhodus N. Tratamiento Odontológico del paciente bajo Tratamiento Médico. ed. Harcourt. Barcelona España. 5ª Ed. 1998: 631.
- 61.- Vergara HC, Díaz CA, Barrios GL. Liquen plano en cavidad oral. reporte de un caso clínico y revisión de la literatura. 2011. 49, (4):
- 62.- Philip J, Lewis R, George P. Patología Oral y Maxilofacial. ed Elsevier. Barcelona España. 2ª Ed. 2005: 294 – 261.
- 63.- Declaración de Helsinki. Hallado en: www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/helsinki.pdf. Fecha de consulta. 23-01-2015.

"FRECUENCIA DE LESIONES EN MUCOSA BUCAL DERIVADAS DEL USO DE PRÓTESIS EN PACIENTES QUE ACUDEN A ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LAS CUAS ZARAGOZA Y ESTADO DE MÉXICO EN EL PERÍODO DE AGOSTO – DICIEMBRE DE 2014".



"FRECUENCIA DE LESIONES EN MUCOSA BUCAL DERIVADAS DEL USO DE PRÓTESIS EN PACIENTES QUE ACUDEN A ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A LAS CUAS ZARAGOZA Y ESTADO DE MÉXICO EN EL PERÍODO DE AGOSTO – DICIEMBRE DE 2014".

