



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PRINCIPALES AGENTES QUE CAUSAN LESIONES
EN LA MUCOSA ORAL DE PACIENTES CON
TRATAMIENTOS PROTÉSICOS E
IMPLANTOLÓGICOS.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

JOSÉ MIGUEL CARRANZA LINARES

TUTORA: Esp. MARÍA DEL ROCÍO NIETO MARTÍNEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



A Dios por darme a mis padres, a mis padres por enseñarme el camino que debo de tomar y a mi hermana porque me acompañó de la mano siempre. Sin ellos no habría logrado en lo que ahora me estoy convirtiendo, enseñándome siempre a ser un hombre de bien, a tomar las decisiones correctas y a siempre respetar a los que me rodean.

A mi alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Odontología, que me acogieron durante estos años tan pesados, pero a la vez tan bonitos de mi vida para darme la formación académica que hoy tengo.

A la Dra. María del Rocío Nieto Martínez por apoyarme y tenerme paciencia con mi trabajo de tesina.

A mis profesores, amigos de la licenciatura y todas las personas que me acompañaron y estuvieron conmigo en este proceso que estoy por concluir.

¡GRACIAS!

“El éxito de la vida no se mide por lo que has logrado, sino por los obstáculos que has tenido que enfrentar en el camino”

~Mahatma Gandhi~



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5-6
OBJETIVO.....	7
CAPÍTULO 1 GENERALIDADES.....	8-12
CAPÍTULO 2 AGENTES MECÁNICOS QUE PUEDEN CAUSAR LESIONES.....	13-21
2.1 Prótesis fija.....	13-17
2.2 Prótesis parcial removible.....	17
2.3 Prostodoncia total.....	18-20
2.4 Implantología.....	20-21
CAPÍTULO 3 AGENTES FÍSICOS Y QUÍMICOS QUE PUEDEN CAUSAR LESIONES.....	22-25
3.1 Prótesis fija.....	22-23
3.2 Prótesis parcial removible.....	23
3.3 Prostodoncia total.....	24-25
3.4 Implantología.....	25
CAPÍTULO 4 AGENTES BIOLÓGICOS QUE PUEDEN CAUSAR LESIONES.....	26-31
4.1 Microorganismos.....	26
4.2 Xerostomía.....	27
4.3 Macroglosia.....	27-28



4.4 Sexo y edad.....	28-30
4.5 Tiempo de uso.....	30-31
CAPÍTULO 5 LESIONES EN MUCOSA ORAL.....	32-45
5.1 Lesiones anatomopatológicas que causan las prótesis.....	33-34
5.2 Clasificación de Newton.....	34
5.3 Lesiones que podemos encontrar en boca relacionadas con tratamientos protésicos.....	34-45
CONCLUSIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47-50



INTRODUCCIÓN

En la actualidad la mayoría de las personas en México no tienen la cultura acerca de una buena higiene oral y es por eso que nos encontramos con distintas enfermedades bucales desde muy temprana edad, las cuales, con el paso del tiempo nos causaran complicaciones, tales como la pérdida parcial o total de nuestros órganos dentarios.

Y este problema no se debe nada más a la población en general, si no a los promotores de la salud, en este caso nosotros los odontólogos, ya que no todos son capaces de realizar trabajos de calidad o con el cuidado necesario para que el paciente quede satisfecho y no se nos presenten complicaciones posteriores.

Gran cantidad de tratamientos dentales fracasan por no realizar un correcto trabajo o no dedicar el tiempo necesario y brindar una atención de excelencia. La prótesis dental ya sea total, parcial fija o removible e implantológica no se salva de estar entre los tratamientos que si no se realizan de una forma adecuada nos puede causar problemas a corto, mediano o largo plazo.

Este tipo de tratamientos, al estar soportados por mucosa o nuestro diente como tal, dependiendo del tipo de prótesis que el paciente requiera, deben de realizarse con extremos cuidados y procedimientos que se deben seguir meticulosamente como se nos indica, ya que cualquier falla nos puede causar problemas con la mucosa oral del paciente y nos puede generar desde una simple molestia, hasta la contaminación por hongos o perdida de tejidos blandos.

Las lesiones en la mucosa oral la mayoría de las veces las podemos encontrar por una prótesis fija mal ajustada, por una prótesis total sin pulir, por una prótesis removible con retenedores defectuosos. Varios son los



factores que podrían dañar estos tejidos, y nosotros como promotores de la salud bucal debemos de ofrecer un trabajo que cumpla con los estándares de calidad que un paciente requiere.

Otro de los deberes que tenemos como cirujanos dentistas es informarles a nuestros pacientes que los tratamientos realizados también requieren de un cuidado especial y que deben de ser monitoreados periódicamente, para que estos puedan llegar a cumplir su periodo de vida.



OBJETIVO

- Identificar los agentes causales que con mayor frecuencia pueden ocasionar lesiones de la mucosa oral en pacientes portadores de cualquier tratamiento protésico e implantológico, así como conocer cuáles son las lesiones que se pueden presentar.



CAPÍTULO 1 GENERALIDADES

Podemos señalar que desde las civilizaciones más antiguas se hallan vestigios del uso de la Prótesis Dental, así entre los árabes estaba al cuidado de los charlatanes y empíricos, contra lo cual Albucasis prevenía al público. Las piezas protésicas de los etruscos, se cree que son de los siglos VI-V a.C. Para los griegos y los romanos en los primeros tiempos de la República, los dientes de oro no eran mal vistos, pero en el tiempo de Octavio y en los prósperos días del imperio hasta la muerte de Marco Aurelio, el pueblo se acostumbró a la vida lujuriosa y la prótesis dental como parte de adorno fue muy estimulada.

La América precolombina no vivió sin preocupaciones dentarias y sin artesanos dentistas. Así lo atestiguan las excavaciones efectuadas en las altiplanicies americanas, especialmente, donde habían vivido las primitivas razas aztecas de México o los incas del Perú.

Para acercarnos al estudio de la Prótesis Dental en la Literatura, resulta necesario que se conozcan las definiciones que de ella nos han dado los especialistas en el tema: "...la que realiza el especialista para reemplazar los dientes de una boca, total o parcialmente, mediante aparatos artificiales que pueden ser usados teniendo como reglas primordiales la comodidad, la funcionabilidad y la estética, y que realicen con eficiencia la función de los dientes naturales perdidos" o "la sustitución adecuada de las porciones coronarias de los dientes y de sus partes asociadas, cuando se encuentran perdidos o ausentes, por medios artificiales capaces de restablecer la función masticatoria, estética o fonética. Ella adquiere un carácter terapéutico, por cuanto reconstruye morfológica y funcionalmente las estructuras dentarias afectadas o ausentes y sus partes asociadas".¹

Dependiendo de la ausencia total o parcial de los dientes podemos encontrar diferentes tipos de prótesis ajustándose a las necesidades económicas y

estéticas del paciente, dentro de las cuales están: la prótesis total, la prótesis parcial fija y la prótesis parcial removible, todas encargadas de devolver función y estética al paciente.

- **¿Qué es una prótesis total?**

Es una prótesis que realizamos para los pacientes desdentados totales, en la cual a una placa base le añadimos todas las piezas dentales. Esta se basa en el contacto directo con la mucosa bucal. (Fig. 1)



Fig.1 Protodoncia total.²

- **¿Qué es una prótesis parcial fija?**

Es una prótesis dentosoportada, es decir requiere de dos dientes pilares los cuales son desgastados para que puedan soportar un pónico. (Fig. 2)



Fig.2 Prótesis parcial fija de tres unidades.³

- **¿Qué es una prótesis parcial removible?**

Esta es una prótesis muco-dento soportada, en la cual los ganchos rodean al diente y también pueden tener una placa base la cual esta soportada por la mucosa. (Fig. 3)



Fig.3 Prótesis parcial removible.³

- **Otros tipos de prótesis**

- Prótesis mixta: Constan de una parte que va fija en la boca y otra que el paciente puede retirar y colocar.
- Prótesis sobre implantes o implanto-soportada: Son aquellas que están soportadas por implantes fijos. Pueden estar fijas a los mismos, o ser un dispositivo mixto que pueda retirarse de los implantes con facilidad.⁴

Ya que sabemos cuáles son las diferencias entre cada una debemos de tener en cuenta que hay muchos factores que pueden lesionar la mucosa bucal si no se realizan de una forma adecuada, aunque también el paciente influye si no tiene una buena higiene o no le da el uso adecuado a sus prótesis.

Una vez identificados los tipos de prótesis que existen debemos de identificar las zonas anatómicas en las cuales vamos a concentrar nuestro trabajo y en



las cuales podremos encontrar distintos tipos de lesiones. Todas las paredes de la cavidad bucal están tapizadas por mucosa.

La mucosa es una superficie húmeda, que consta de las siguientes estructuras:

- **Revestimiento epitelial:** estratificado plano, que puede ser sin queratina, con queratina o paraqueratinizado; está innervado por receptores de tacto y dolor.
- **Tejido conjuntivo llamado lámina o túnica propia:** está relacionado con planos profundos; el tejido que la conecta con esos planos profundos es un tejido conjuntivo más laxo (no siempre) que la muscular de la mucosa, denominado submucosa. La submucosa no está en toda la mucosa bucal (en la encía no hay submucosa) casos en que se adhiere directamente a la pared alveolar o a la del diente. La submucosa es más laxa o más densa (más fibras y menos células) según la zona.

La mucosa bucal se ha dividido en 3 tipos o áreas distintas:

- **Mucosa de revestimiento:** zonas de la mucosa bucal que no participan directamente del fenómeno masticatorio (no reciben cargas) y que no tienen receptores de gusto:
 - Cara interna del labio
 - Mucosa alveolar
 - Cara interna de las mejillas
 - Piso de la boca.
 - Mucosa alveolar (cara interna del reborde)
 - Cara ventral de la lengua
 - Paladar blando

Son muy similares. Lo que las diferencia es la submucosa



- **Mucosa masticatoria:** es la que recibe directamente cargas de masticación de alimentos que se deslizan por las zonas próximas a los dientes:
 - Encía
 - Paladar duro.
- **Mucosa especializada:** es la mucosa de los 2/3 anteriores de la lengua en su cara dorsal o superficie superior, donde están los corpúsculos gustativos.⁵

CAPÍTULO 2 AGENTES MECÁNICOS QUE PUEDEN CAUSAR LESIONES

Generalmente son lesiones agudas, de corta duración, que curan rápidamente al eliminar los agentes etiológicos que las producen. La aparición de estas lesiones está relacionada con múltiples causas.

2.1 Prótesis fija

- **Ley de Ante**

En esta ley se menciona que el área de superficie de los dientes pilares debe ser igual o superior a la de los dientes que reemplaza, se deduce que un diente perdido puede ser sustituido con éxito si los dientes pilares son periodontalmente saludables. Si se pierden dos dientes, una prótesis parcial fija probablemente puede reemplazarlos, pero si el área de superficie de los pónicos sobrepasa el de los pilares, la situación se consideraría inaceptable.⁶ (Fig. 4)

Si este lineamiento no se sigue o no se toma en cuenta podemos tener afecciones en el periodonto dado a que los dientes pilares no pueden soportar las cargas masticatorias de una brecha más grande que la medida de los dientes pilares y así ocasionar pérdida ósea y por ende recesión gingival, lo que llevara a acumular alimento en ciertas zonas y estas ser un foco de infección.

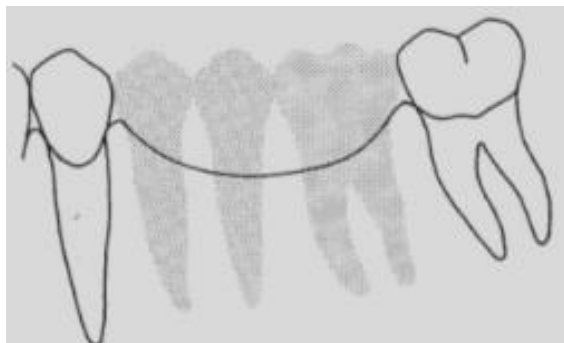


Fig. 4 "Ley de Ante" la superficie radicular de los dientes pilares debe de ser mayor o igual a los dientes a reemplazar con pónicos.⁷

- **Perfil de emergencia**

Comprender la anatomía dental y el complejo dentogingival ha permitido el establecimiento del concepto de perfil de emergencia, término que ha tenido distintos significados. En 1989, se definió como la porción del contorno dental axial que se extiende desde la base del surco gingival hasta el margen libre de la encía. Prostodóncicamente se define como el contorno de un diente o una restauración, ya sea una corona sobre un diente natural o un pilar de un implante, y su relación con los tejidos adyacentes. (Fig. 5)

El perfil de emergencia es el nexo más crucial entre la forma del diente y la salud gingival. Se requiere una atención muy cuidadosa cuando se establezca un perfil de emergencia adecuado en la restauración definitiva para que se reduzcan no solamente las áreas retentivas que permitan la acumulación de placa bacteriana sino también la inflamación iatrogénica. (Fig. 6)⁸



Fig.5 Espacio edéntulo que va a ser restaurado.



Fig.6 Restauración provisional que conserva contornos y perfil de emergencia.

- **Contornos coronales**

Una restauración que sigue la anatomía natural de los contornos del diente puede mantener y estimular funcionalmente la salud de los tejidos gingivales. (Fig. 7)

En términos prostodónticos como el perfil de la curva del diente o la línea que representa este perfil. Se han descrito las características de los contornos dentales y sus implicaciones protésico periodontales, observándose como las lesiones dentales ocasionan con frecuencia cambios en los contornos coronales, como ocurre en los casos de dientes fracturados o desgastados, creando disturbios visuales que influyen sobre la apariencia general de las estructuras bucales. La retención de placa sobre las superficies bucales y linguales se presenta en primer lugar debajo de la protuberancia dental supragingival. Se ha sugerido que el sobrecontorno de las restauraciones protésicas es uno de los factores iatrogénicos que conducen a la acumulación de placa bacteriana sobre las coronas, ocasionando inflamación y sangrado de los tejidos periodontales, especialmente en las superficies proximales.⁸

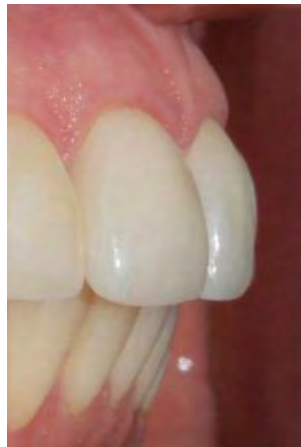


Fig. 7 Restauración que sigue la anatomía natural del contorno de los dientes.

- **Cementación**

Uno de los agentes causales de lesiones con el que nos encontramos es la cementación, ya que a veces nuestra prótesis fija no asienta correctamente y con el material cementante queremos cubrir este error, o simplemente no se tiene cuidado con los excedentes que pueden quedar. (Fig.8)

Este mal procedimiento nos puede causar enrojecimiento e inflamación del margen gingival y con el paso del tiempo posibles recesiones.



Fig. 8 Exceso de material al cementar la corona.⁹

- **Zonas retentivas de la prótesis**

Existen zonas retentivas en la prótesis parcial fija, la cual va a contribuir al acumulo de placa dentobacteriana, causándonos problemas periodontales. Estas zonas las podemos encontrar ya sea en nuestro pónico, porque no se realizó una adecuada terminación o porque tiene bordes muy porosos y mal pulidos, o también en nuestro diente pilar, el cual soporta la restauración que puede tener rebordes que esté reteniendo el alimento el cual estará afectando directamente el margen gingival, lo que posteriormente nos llevara a recesiones gingivales, enrojecimiento de la zona, etc. Y posiblemente al fracaso de nuestra prótesis, ya que este periodonto, que ya no está sano no podrá soportar las cargas masticatorias de esta debido al daño ocasionado.¹⁰

- **Largos periodos de tallado**

En ocasiones se realizan tratamientos muy extensos, los cuales implican largos periodos de trabajo, si bien aquí no se causa daño por portar la prótesis, si se hace en el transoperatorio, en el cual el paciente esta con la boca abierta durante mucho tiempo y se produce resequedad de los labios,



hay roce con el eyector, la pieza de alta, u otros instrumentos los cuales producirán lesiones en la comisura labial, los cuales producirán periodos de molestia al paciente. Si sabemos que tardaremos realizando los tallados dentales se debe prevenir manteniendo lubricada la boca del paciente, o simplemente realizando más sesiones de trabajo.¹⁰

2.2 Prótesis parcial removible

- **Retenedor doblado o fracturado**

Un retenedor doblado o fracturado puede deberse a múltiples causas, tales como un mal colado o un mal uso o colocación por parte del paciente. Estos daños nos pueden causar lesiones en la mucosa si entran en contacto con ella, se puede encontrar desde una lesión por el roce o hasta el brazo del retenedor clavado en la mucosa.¹⁰

- **Medición errónea de la prótesis parcial removible**

Tras la colocación de la prótesis o incluso durante la colocación, el paciente nos va a referir un dolor punzante, a menudo causado por el retenedor, el cual va a disminuir en su totalidad cuando desalojamos esta.¹⁰

Al ocurrir esto nos vamos a encontrar con problemas mayores, como la luxación horizontal de nuestros dientes pilares por la fuerza que tenemos que ejercer para que nuestro retenedor cruce el ecuador protésico, al haber una luxación quiere decir que nuestros tejidos que soportan al diente están dañados, el cual nos puede causar movilidad dentaria del diente pilar y posteriormente este no podrá soportar la carga para recibir la prótesis.

2.3 Prostodoncia total

- **Márgenes mal adaptados**

Uno de los problemas más frecuentes en prótesis total es la sobre extensión de los márgenes de la base o un mal contorneado de estos, los cuales nos producirán lesiones por fricción en la mucosa. (Fig. 9)

La aparición de un enrojecimiento inicial circunscrito y una leve inflamación nos pueden llevar a una ulceración en la mucosa. En su gran mayoría los pacientes acudirán a la clínica con dolor ya que no pueden soportar la prótesis debido a la lesión causada. Estas lesiones aparecen comúnmente en fondo de saco, ya sea en la mandíbula o en la maxila, depende de donde se encuentre el defecto protésico.¹⁰



Fig. 9 Lesión ocasionada en fondo de saco debido a la sobre extensión de la prótesis.¹¹

- **Excedente de resina protésica en la sobredentadura**

Las sobredentaduras contarán con coronas telescópicas, las cuales son cementadas con resina protésica. Estas pueden causar acumulación de placa dentobacteriana ya que generan cierta retención. Al haber acumulación de esta y no tener una adecuada higiene con el tiempo se generara gingivitis y pérdida del soporte, la cual generara un mal pronóstico para nuestro diente y por tanto para la dentadura.



- **Incongruencia de la base protésica**

Al no hacerse una correcta elaboración de las bases protésicas se pueden no respetar puntos anatómicos, los cuales generaran una presión sobre este y nos llevara a una molestia para el paciente.

La mala confección de la base de registro también incluye un mal pulido, ya que este generara zonas porosas en las cuales se pueden guardar microorganismos que nos producirán alteraciones en la mucosa, como la estomatitis.

También puede haber zonas que generen retención, el cual almacenara alimento que, si no se tiene la adecuada higiene nos pueden causar daños en la mucosa oral.

- **Movilidad reducida de las inserciones musculares**

Al no haber una correcta liberación de frenillos podemos causar ulceraciones y nos impedirá tener un movimiento adecuado, dichas lesiones serán muy molestas para el paciente; lo que se debe realizar para corregir este defecto es eliminar el agente causal, es decir liberar de forma adecuada los frenillos para que pueda haber un movimiento adecuado y no haya interferencias que generen irritación.

- **Irritación mecánica**

Además de las úlceras también podemos encontrar lesiones producidas a largo plazo. Estas pueden estar asociadas al roce de la prótesis y están limitadas localmente, se atribuyen a bordes cortantes, márgenes protésicos irregulares, elementos de apoyo defectuosos, etc.

La eliminación de la zona causal de la irritación nos llevara a una pronta recuperación.



El épulis fisurado se puede encontrar por una irritación mecánica provocada por el efecto de succión, por un efecto ventoso o por prótesis mal asentadas. Al eliminar la causa se puede observar mucha mejoría, pero será necesario un tratamiento quirúrgico para que realmente haya sanado el paciente.¹⁰

- **Carga defectuosa de la prótesis**

Cuando nos encontramos con una prótesis la cual tiene dientes antagonistas, por lo general se va a generar mayor presión sobre estas zonas, la cual nos puede generar pérdida ósea y podemos llegar a confundir el reborde alveolar con tejido fibroso, el cual será inestable. A simple vista se puede llegar a confundir y pensar que tenemos buen soporte para la prótesis, pero la única manera de detectar esto es palpando la zona y confirmar que no está móvil.

2.4 Implantología

- **Colgajos inadecuados para cubrir el implante**

Durante el transoperatorio, a pesar de que los tejidos se hayan manejado con perfecto cuidado, si estos no se reposicionan de una forma adecuada habrá una mala cicatrización. Desde el momento de realizar la incisión nos podremos encontrar con dicho problema, ya que si no se realiza sobre la cresta del reborde a través de la línea alba, los tejidos comprendidos entre la incisión y dicha línea se pueden perder. Esto quiere decir que si no realizamos una correcta incisión podremos encontrarnos con pérdida de vascularización de los tejidos.¹²

- **Suturas estrechas**

Cuando nos encontramos con suturas estrechas nos enfrentaremos posteriormente a la necrosis de los márgenes ya que al estar muy tensas podremos generar reducción del aporte vascular. Esta lesión nos puede



llevar a la infección de la zona implantar y nos podremos encontrar con exudado purulento.¹³



CAPÍTULO 3 AGENTES FÍSICOS Y QUÍMICOS QUE PUEDEN CAUSAR LESIONES

Las lesiones en mucosa oral pueden aparecer también por agentes físicos o químicos. Y es de importancia saber cuáles son las reacciones en la mucosa oral que nos pueden ocasionar los materiales que estamos ocupando, también debemos conocer cuáles son las alergias que tienen nuestros pacientes.

3.1 Prótesis fija

- **Provisional por método directo**

Debemos de tener cuidado al momento de realizar nuestros provisionales directos, ya que debemos de conocer que el acrílico tiene reacciones térmicas, y si colocamos por mucho tiempo el provisional, sabemos que al estar en su fase elástica este está produciendo calor y nos puede causar enrojecimiento e irritación de la zona en donde se haya colocado.

- **Corrosión**

Los metales son materiales corrosivos, los cuales nos pueden ocasionar una coloración azulada o negra que se incorpora a la encía, estos nos provocaran problemas estéticos principalmente, los cuales no son beneficiosos para lo que queremos lograr. Dicho problema lo pueden ocasionar las cofias metálicas que soportaran nuestras restauraciones, o las mismas restauraciones si es que llevan algún metal.¹⁰ (Fig. 10)



Fig. 10 Corrosión generada por una corona metal porcelana.¹⁴

3.2 Prótesis parcial removible

- **Liberación de monómero**

Frecuentemente se observa la liberación de monómero del acrílico de nuestra prótesis, el cual no fue completamente polimerizado. Este nos va a causar de igual forma lesiones o enrojecimientos, que podremos tratar eliminando la causa.¹⁰

- **Falta de oxigenación**

Debido a este factor podemos encontrarnos con ardor inespecífico de la mucosa el cual se debe a la falta de oxígeno que la prótesis removible nos va a causar, ya que la base prótesis o el retenedor mayor se va a encontrar muy pegada al paladar y estos imposibilitaran el paso de oxígeno.¹⁰

- **Corrosión**

Ya que en la prótesis parcial removible se manejan metales, en las soldaduras, y en los retenedores mayores y menores, también nos podremos encontrar con problemas debido a este factor, el cual nos puede ocasionar sabor metálico y hasta dolor en las zonas donde haya contacto.¹⁰



3.3 Prostodoncia total

- **Reacciones alérgicas**

Dentro de la consulta odontológica debemos de evitar la palabra alergia, y debemos de sustituirla por reacción de hipersensibilidad, ya que la mayoría de las veces la reacción no se debe a la sustancia, sino a la manera de elaborarlo.

El polimetilmetacrilato ha sido ampliamente utilizado como un material de base de las prótesis debido a sus propiedades estéticas; sin embargo, se ha descrito hipersensibilidad a la resina acrílica, reacciones alérgicas a los monómeros residuales, poros e irregularidades en su superficie, pudiendo ser excelentes reservorios para hongos y bacterias oportunistas. Las lesiones reactivas son aquellas ocasionadas por el traumatismo mecánico accidental o irritación crónica de la mucosa bucal. Presentan un aspecto clínico variado que va desde las lesiones reactivas tipo ulcerativas, tipo placas, hasta tipo neoplásicas.¹⁵

Al utilizar distintos materiales para la elaboración de la prótesis, el acrílico se considera el que más reacciones produce, también los metales pueden ser factores para que se presenten dichas reacciones. Como odontólogos debemos de aceptar que tal vez no podamos realizar nada para evitar esto, si el paciente no nos hace saber que no tolera ciertas sustancias, debemos de remitirlo con el dermatólogo y él se encarga de realizar las pruebas pertinentes.

Las reacciones en la cavidad oral son de diez a quince veces más importantes que en la epidermis. También se absorben y transportan más rápido.¹⁰



- **Intolerancia a reacciones térmicas**

Como ya se ha mencionado en otros apartados, en odontología utilizamos materiales que cambian de temperatura al estarlo manipulando, dichos materiales nos pueden ocasionar quemaduras, lo que posteriormente nos creara úlceras que serán muy molestas si no se tienen los cuidados pertinentes. Es por eso que debemos tener cuidado con dichos materiales, ya que hay personas que son menos tolerantes a los cambios de temperatura.

Pero no solo al momento de realizar nuestras prótesis nos encontramos con dichos cambios de temperatura, también al ingerir nuestros alimentos podremos sobrecalentar la prótesis y estos nos pueden causar los mismos daños ya mencionados.

3.4 Implantología

Pocas veces encontramos algún factor físico o químico que nos ocasionen alguna lesión en la mucosa oral al momento de colocar un implante, alguno de estos puede ser una reacción alérgica a cierto material de cementación, o al momento de hacer nuestros provisionales encontrarnos con alguna reacción térmica que dañe la mucosa.

Se han comunicado también reacciones de hipersensibilidad a los metales utilizados en las prótesis implantosoportadas con síntomas como reacciones inflamatorias cutáneas e hiperplasia gingival. Unos pocos estudios también han presentado casos de respuesta alérgica al titanio, aunque no se ha podido establecer una relación causa-efecto entre el titanio y las reacciones alérgicas.¹⁶

No se encuentra mucha información acerca de estos factores que puedan dañar algún tejido blando de la cavidad oral.

CAPÍTULO 4 AGENTES BIOLÓGICOS QUE PUEDEN CAUSAR LESIONES

4.1 Microorganismos

Se podría considerar como uno de los factores más importantes, ya que por una mala higiene por parte del paciente de sus tratamientos protésicos, ya sean fijos o removibles, podremos encontrar acúmulo de alimento, el cual nos generara la creación de microorganismos. (Fig. 11)

Debemos de dejar en claro al paciente que dentro de la cavidad oral existen unas condiciones ambientales extremadamente perjudiciales para el control tanto de los dientes como de la mucosa y de las prótesis, con una temperatura húmeda que sufren grandes variaciones.¹⁰

Se debe de dar al paciente instrucciones de uso y cuidado de sus prótesis, ya que si no se siguen dichos lineamientos nos podremos enfrentar a problemas de la mucosa como la estomatitis o hasta algún hongo como la cándida.



Fig. 11 Lesiones ocasionadas por un mal diseño de la prótesis y una mala higiene.¹⁷



4.2 Xerostomía

La Federación Dental Internacional (FDI) define la Xerostomía como «la enfermedad del hombre moderno» debido a su carácter casi epidémico, ya que afecta a una de cada cuatro personas y que aumenta a partir de los cincuenta años.

Dentro de la prótesis removible, tanto fija como total, la producción de saliva es de suma importancia, ya que esta es la que de forma natural nos va a dar la adhesión, además de que lubricará la prótesis y la cavidad oral. Otra función importante de esta es que dará mantenimiento de la integridad de la mucosa.

Cuando el flujo salival fisiológico disminuye, algunos de los síntomas más frecuentes son: la sensación de ardor y dolor en la lengua, boca reseca, también hay alteraciones gastrointestinales, y aparecen dificultades para hablar, masticar, tragar y saborear los alimentos, que conducen a su vez, a trastornos de nutrición. También, hay aparición de fisuras en las comisuras de los labios, sed constante, predominio de aftas bucales, mucositas, acumulación de la placa dental bacteriana, halitosis, caries, esmalte dental desgastado, infección por *Candida Albicans* y dificultad en el uso de la prótesis dental en el caso de pacientes desdentados ya que se puede desalojar constantemente y esto nos llevara a ocasionar roces y producir alguna lesión.¹⁸

4.3 Macrogllosia

Se puede definir a la Macrogllosia como una lengua que en posición de reposo protruye más allá del reborde alveolar. Esta puede causar deformaciones dento-músculo-esqueléticas, alteraciones en la masticación, el lenguaje y obstrucción de las vías aéreas. El entendimiento de los signos y síntomas orienta al diagnóstico y al posible tratamiento de los pacientes.¹⁹



Lo que la Macroglosia puede ocasionar en cuanto al uso de los distintos tratamientos protésicos es que debido al tamaño de la lengua, esta va a estar desalojando la prótesis inferior constantemente, lo que nos producirá lesiones en el reborde alveolar por el roce constante. También nos podemos encontrar con mordeduras de esta con la prótesis por una sobre extensión de la misma.

4.4 Sexo y edad

Las prótesis constituyen una alternativa para la pérdida de la dentadura. Pero, aun cuando son una buena solución, no están exentas de provocar daños, lo cual, junto a la susceptibilidad de los tejidos propiciados por el envejecimiento y por los inadecuados estilos de vida, puede llevar a cambios importantes de las mucosas, los huesos de la cavidad bucal y, en especial, la aparición de lesiones que pueden variar desde las más simples hasta las malignas y causar un gran problema de salud para las personas y para la sociedad.²⁰

El sexo y la edad son dos factores que complementaran varios de nuestros agentes causales ya mencionados, ya que contamos con grupos específicos de personas y no hay muchas variantes entre ellos. No existe alguna ley que nos mencione que estos factores nos generen lesiones en la mucosa oral, simplemente es por el hecho de que cierto grupo de individuos son los que hacen mayor uso de estas y también pueden ser más propensos a padecer enfermedades que puedan ocasionarnos un aporte negativo al momento de utilizar sus tratamientos protésicos.

Distintos artículos revisados nos mencionan que los adultos mayores (entre 60 y 80 años) son los principales portadores de prótesis, ya que estos son los que han perdido la totalidad o parcialidad de sus órganos dentarios, y por ende es el grupo de edad en donde más vamos a encontrar lesiones si es que utilizan algún tipo de tratamiento protésico.



El sexo femenino es el que más va a hacer uso de las prótesis, ya que son las que más se preocupan por la estética o por el cómo se ven, pero el sexo masculino va a ser el grupo de personas más grande portadores de dichos tratamientos, ya que por sus actividades diarias son los que más se exponen a traumatismos o cualquier otro agente que ocasione la pérdida de sus dientes y esto lo lleve a la colocación de prótesis.

Las siguientes tablas se tomaron de distintos artículos para realizar un pequeño análisis de cuál es el género y el rango de edades en que se pueden encontrar con mayor frecuencia lesiones en la mucosa oral (tablas 1 y 2, según el sexo) (tablas 3 y 4, según edad)

Sexo	Con lesiones		Sin lesiones		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	37	45.7	44	54.3	81	100
Femenino	12	27.3	32	72.7	44	100
Total	49	39.2	76	60.8	125	100

Tabla 1 Nos muestra la relación de pacientes con lesiones en mucosa oral de acuerdo al sexo.²⁰

Presencia de lesión bucal			
Genero	Si	No	Total
Masculino	35 (81.3%)	8 (18.6%)	43 (100%)
Femenino	12 (63.1%)	7 (36.8%)	19 (100%)
Total	47 (75.8%)	15 (24.1%)	62 (100%)

Tabla 2 Nos muestra la relación de pacientes con lesiones en mucosa oral de acuerdo al sexo.¹⁵



Presencia de lesión bucal			
Edad	Si	No	Total
29-40	2 (3.3%)	1 (1.6%)	3 (4.8%)
41-59	18 (29%)	6 (9.6%)	24 (38.7%)
60-80	27 (43.5%)	8 (12.9%)	35 (57.8 %)
Total	47 (75.8%)	15 (24.1%)	62 (100%)

Tabla 3 Nos muestra la relación que hay entre la presencia de lesiones y el rango de edad del paciente.¹⁵

Edad	Frecuencia	Porcentaje
40-49	17	12.1 %
50-59	40	28.6 %
60-69	37	26.4 %
70-79	35	25 %
80-89	11	7.9 %
Total	140	100%

Tabla 4 Nos muestra la relación que hay entre la presencia de lesiones y el rango de edad del paciente.²¹

4.5 Tiempo de uso

Las prótesis mal confeccionadas o inadecuadamente conservadas que hayan perdido inevitablemente sus cualidades por continuar usándolas más allá de su tiempo de vida útil han contribuido a la aparición de lesiones en los tejidos bucales. Las lesiones bucales tienen una mayor incidencia en la población adulta de edad avanzada, con un promedio de edad de 60 años.⁹

Varias investigaciones han demostrado que las prótesis, sobre todo cuando son viejas, desajustadas, incorrectamente confeccionadas o están en mal estado, producen daños que junto a inadecuados estilos de vida, contribuyen



aún más al deficiente estado de la cavidad bucal y afectan, en todos los aspectos, la salud de las personas, principalmente la de los ancianos.²⁰

En las tablas 5 y 6, tomadas de distintos artículos se muestra el tiempo de uso de la prótesis en pacientes con y sin lesión bucal.

Tiempo de uso de la prótesis					
	< 1 año	1-5 años	6-10 años	>10 años	Total
Con lesión	2 (3.2%)	13 (22%)	18 (29%)	14 (22.5%)	47 (75.8%)
Sin lesión	3 (4.8%)	8 (12.9%)	2 (3.2%)	2 (3.5%)	15 (24.3%)
Total	5 (8%)	21 (33.8)	20 (32.2%)	16 (25.8%)	62 (100%)

Tabla 5 Nos muestra la relación que existe entre el tiempo de uso de la prótesis y si encontramos o no alguna lesión.¹⁵

Tiempo de uso de la prótesis	Con lesiones		Sin lesiones	
	Nº	%	Nº	%
Más de 5 años	7	23.3	23	76.7
6-10 años	7	31.8	15	67.2
11-15 años	8	38.1	13	61.9
15-20 años	15	53.6	13	46.4
Más de 20 años	12	50	12	50

Tabla 6 nos muestra el tiempo de uso de la prótesis en relación con el número de pacientes que presentan alguna lesión.²⁰

De acuerdo a las tablas encontramos que las prótesis que tienen en promedio entre 8 y 12 años son en las que más vamos a encontrar lesiones, esto quiere decir que la vida de un tratamiento protésico oscila entre esos tiempos.



CAPÍTULO 5 LESIONES EN MUCOSA ORAL

La mucosa bucal tiene un número limitado de respuestas patológicas. Éstas se conocen como lesiones elementales y son capaces de caracterizar a las enfermedades mucocutáneas, produciéndose como consecuencia de agresiones por agentes externos, o bien, son la manifestación de una enfermedad sistémica. Pueden ser primarias o secundarias. Las primarias son aquellas que se asientan sobre una mucosa previamente sana. Cuando se modifican, ya sea espontáneamente o por acción de distintos agentes, dan origen a las lesiones secundarias. Se mencionan como causas el trauma ocasionado por la prótesis, su higiene, la reacción irritante y alergia al material en la elaboración de la misma, además de factores dietéticos, infección micótica y factores sistémicos.¹⁵

La aparición de las lesiones en la cavidad oral está condicionada por una serie de factores:

- **Intensidad y duración de la agresión.** Un trauma de poca intensidad y crónica provocará un tipo de lesión reactiva diferente a un trauma agudo de gran intensidad.
- **Zona de la mucosa afectada.** La mucosa queratinizada es más resistente, mientras que la mucosa no queratinizada presenta una mayor susceptibilidad al desarrollo de lesiones.

Tipo de mucosa	Características	Susceptibilidad al desarrollo de lesiones.
Queratinizada	Mucosa dura	Baja. Es una mucosa resistente
No Queratinizada	Mucosa blanda	Alta. Es una mucosa débil.

Tabla 7 Nos muestra el tipo de mucosa, las características y la susceptibilidad al desarrollo de lesiones.



- **Susceptibilidad individual.** Cada persona presenta una predisposición individual para el desarrollo de lesiones.
- **Saliva.** La cantidad y calidad de saliva y su composición, tienen una gran influencia en la aparición de lesiones ulcerosas reactivas. De hecho, aquellos sujetos que tienen hipostasia (disminución en el flujo salival y en la cantidad de saliva) muestran una mayor predisposición al desarrollo de lesiones.
- **Sobreinfección.** La cavidad oral es un medio séptico donde cualquier lesión por pérdida de sustancia, abre una puerta de entrada a los microorganismos que pueden sobre infectar la lesión y modificar sus características, agravándola y aumentando su tiempo de evolución.

La mayoría de estas lesiones se presentan como úlceras regulares recubiertas de una membrana fibrino-purulenta amarillenta homogénea que se puede remover. Suelen curar en 7-10 días.

Según su naturaleza, se pueden distinguir tres grandes grupos de agentes etiológicos:

- agentes mecánicos
- agentes físicos
- agentes químicos.²²

5.1 Lesiones anatomopatológicas que causan las prótesis

Las lesiones pueden ser de dos tipos:

- **Lesiones agudas:** Son aquellas que se producen por prótesis nuevas y mal ajustadas que ejercen una presión excesiva sobre tejidos blandos provocando isquemia arterial y/o ulceración y dolor.
- **Lesiones crónicas:** Se deben a una alteración gradual del tejido de sostén. La prótesis se hace inestable por lo que no encaja adecuadamente produciendo leves roces sobre el tejido. Esto



conducirá a un proceso de inflamación que dará lugar a una hiperplasia papilar, denominada papilomatosis.⁴

Entre las primeras se encuentran: máculas, pápulas, placas, nódulos, vesículas, ampollas y pústulas, y las segundas se clasifican en: erosiones, úlceras, fisuras, escoriaciones, atrofas, esclerosis, costras y escamas.¹⁵

5.2 Clasificación de Newton

En 1962, Newton propuso una clasificación basada en la apariencia clínica de la inflamación de la mucosa de los maxilares debajo de la prótesis, que consideró:

- Newton tipo I: zona localizada con inflamación simple por todo o parte de la mucosa palatina en contacto con la dentadura.
- Newton tipo II: es eritematoso, es un tipo generalizado y simple presentando una eritema más difuso pero sin hiperplasia.
- Newton tipo III: hiperplasia papilar inflamatoria (tipo granular) que normalmente implica la parte central del paladar duro y el canto alveolar.²³

5.3 Lesiones que podemos encontrar en boca relacionadas con tratamientos protésicos

La instalación de cualquier tipo de prótesis estomatológica, produce necesariamente cambios en el medio bucal, que lo obligan a reaccionar para adaptarse a la nueva situación en dependencia de las características de las prótesis y del modo y capacidad reaccionar de cada organismo; así por ejemplo, la colocación de una dentadura completa en un paciente ocasiona cambios adaptativos por acción mecánica de la prótesis sobre los mismos, que son considerados normales.



En otro paciente ese mismo tipo de prótesis por razones de edad, constitucionales, hábitos higiénicos, alteraciones neuromusculares, y otras causas, son capaces de provocar modificaciones no fisiológicas, como úlceras traumáticas, épulis, procesos neoplásicos benignos como el papiloma y el fibroma, y la estomatitis subprótesis que son las afecciones más frecuentes en la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis dentales mucosoportadas.¹⁰

- **Estomatitis protésica**

La estomatitis protésica es la lesión que más frecuentemente nos vamos a encontrar en pacientes portadores de algún tipo de tratamiento protésico.

El término de estomatitis protésica se define como la inflamación generalizada de la mucosa bucal observada en pacientes con prótesis nuevas o viejas mal adaptadas y caracterizada por enrojecimiento, hinchazón y dolor de la mucosa que está en contacto con la prótesis.²⁴ (Fig. 12)

Habitualmente se localiza en el paladar duro de los pacientes que utilizan prótesis dentales mucosoportadas, por lo que se define también como un proceso inflamatorio de la mucosa oral relacionado con una prótesis removible.

Los trastornos generados por esta lesión son preocupantes, ya que para nada beneficia al paciente, ya que en su terapéutica se incluirá el reemplazo de las prótesis, lo que será un gasto más para él. Si no se elimina el agente causal, que es retirar la prótesis, esta será un factor de riesgo para la aparición de futuras lesiones premalignas de la mucosa oral.



Fig. 12 Estomatitis protésica.²⁵

- **Úlcera traumática**

La úlcera traumática es una lesión frecuente en la mucosa oral. Consiste en una pérdida de sustancia en la que la lesión afecta a toda el espesor del epitelio. Estas lesiones, por lo general, suelen ser bastante dolorosas y pueden dejar cicatriz dependiendo normalmente de la extensión de las lesiones sobre todo en profundidad. Son lesiones reactivas en las que existe una relación causa-efecto identificable. (Fig. 14)

Las úlceras traumáticas más comunes suelen producirse en zonas de oclusión. Deben eliminarse retenedores rotos, o reemplazar obturaciones antiguas que estén fracturadas o filtradas y tengan bordes cortantes que puedan irritar la mucosa. También interrogar acerca de hábitos alimentarios y parafuncionales. (Fig. 13)

Recordemos que la mucosa del paciente anciano suele ser más atrófica que en la juventud, de la misma manera que pueden presentar xerostomía, con la consecuente ausencia de lubricación y protección de la mucosa. Ejemplos de este tipo de lesiones son las mordeduras accidentales, con frecuencia producidas por caídas en el paciente mayor.²⁶



Fig. 13 Ulcera asociada a comer sin uso de prótesis.



Fig.14 Ulcera asociada al roce de una aleta vestibular.

- **Épulis fisurado**

Son lesiones crónicas reactivas a un mal ajuste de prótesis. Generalmente se trata de prótesis antiguas, mal adaptadas, con procesos alveolares reabsorbidos, pero también se pueden observar en prótesis nuevas con aletas o faldones excesivamente largos. (Fig. 15)

En general, suelen ser asintomáticas y de coloración similar a la mucosa subyacente. Suelen ser lesiones fibrosas que siguen el contorno de una aleta o una prótesis desadaptada. El tratamiento de este tipo de lesiones consiste en eliminar el tejido alterado y realizar un correcto rebase y reajuste de la prótesis si fuera posible o confeccionar una prótesis nueva en caso de desajustes muy grandes o prótesis muy antiguas.²⁶

Su etiología está relacionada con las prótesis totales o parciales desajustadas y con otros factores irritativos o traumáticos. Es también llamada hiperplasia fibrosa inducida por prótesis. Se considera como una sobreproducción de tejido conjuntivo fibroso delimitado por epitelio escamoso superficial e infiltrado en varios grados por células inflamatorias crónicas.⁹



Fig.15 Épulis asociado a una aleta vestibular mal adaptada.

- **Queilitis angular**

La queilitis angular es una lesión que se manifiesta como fisuras profundas y dolorosas, cubiertas en ocasiones por una membrana blanquecina localizada en las comisuras labiales. (Fig. 16)

La pérdida de la dimensión vertical en pacientes con prótesis por el desgaste de los dientes naturales o por la abrasión de los artificiales facilita un babeo comisural y una retención salival sobre el área comisural, constituyendo factores favorables para la formación de queilitis y microorganismos oportunistas.¹⁵



Fig.16 queilitis angular en paciente desdentada parcial, portadora de prótesis desde hace 20 años.²⁸

- **Fibroma**

Los fibromas son lesiones exofíticas, bien delimitadas, localizadas en una zona de fricción. Generalmente, no presentan sintomatología asociada, pero en ocasiones, si existe una proliferación nerviosa sensitiva reactiva las lesiones podrían ser dolorosas, denominándose neurofibromas. Suelen presentar el mismo color que la mucosa oral subyacente y tienen consistencia fibrosa y firme. Son lesiones reactivas ante un traumatismo. Las lesiones producidas por agentes mecánicos son fáciles de diagnosticar tras una adecuada historia clínica y exploración, indagando en la relación entre el factor causal y el efecto provocado. Eliminar el factor causal será el tratamiento idóneo.²⁶ (Fig. 17)



Fig. 17 Fibroma de varios años de evolución. El paciente refiere morderse constantemente²⁶

- **Leucoplasia**

Es una lesión de la mucosa oral predominantemente blanca que no puede ser caracterizada clínica o patológicamente como otra entidad específica; se encuentra frecuentemente en adultos mayores con prótesis dentales antiguas y defectuosas, probablemente porque el agente causal actúa en forma acumulativa por tiempo prolongado. ¹⁵ (Fig. 18)



Fig. 18 Leucoplasia presente en paciente desdentado total en la zona anterior del reborde alveolar. ²⁷

- **Candidiasis**

Candida spp. Es un comensal de la cavidad bucal. Ante la presencia de uno o varios de los factores que promueven la candidiasis, la flora normal aumenta desproporcionadamente y es capaz de infectar los tejidos en los cuales se encuentra alojada como microorganismo anfibionte u oportunista, produciendo daño en los mismos, por lo que la candidiasis es considerada una micosis oportunista. ²⁹

La estomatitis subplaca asociada a *Candida* es un proceso inflamatorio muy común que afecta a cerca del 60-65% de la población portadora de prótesis con manifestaciones clínicas y 75% de la población portadora de prótesis no manifiestan signos clínicos. *Candida albicans* es la cepa principal responsable de la inflamación patológica. (Fig. 19)

La diabetes mellitus afecta de manera crónica al paciente, sobre todo a nivel cardiovascular y de mecanismos de respuesta inmune a la colonización de la placa por parte de *Cándida*, tanto en la superficie de las prótesis como en la mucosa.

La frecuencia de *Cándida albicans* parece aumentar con la edad y cuando existe debilidad, alteración o ausencia de mecanismo de defensa normales del cuerpo, alteración hormonal que pueden ser bastante serias e incluso poner en peligro la vida del paciente.³⁰



Fig. 19 Candidiasis asociada a estomatitis protésica.²⁹

- **Periimplantitis**

La pérdida de implantes dentales en un tratamiento implantario, constituye un problema, que si bien es porcentualmente bajo (5-10%), resulta en términos absolutos, una grave complicación en nuestra clínica diaria. Una de las causas de la pérdida implantaria es la Periimplantitis, que el 3º Consenso Europeo de Periimplantitis (Colonia 2008) define como: “Reacciones inflamatorias patológicas en el tejido blando y duro que rodea a un implante osteointegrado”³¹

Se trata de un proceso inflamatorio irreversible que resulta en pérdida de soporte óseo correspondiéndose con periodontitis; esta condición se

diferencia de la mucositis por ser una inflamación reversible de los tejidos blandos alrededor del implante en función y que corresponde a gingivitis. Estas entidades ocurren frecuentemente en pacientes con pobre control de biopelícula dental y representa un término generalizado de proceso inflamatorio crónico alrededor del tejido blando en un implante en función.³² (Fig. 20)

Se considera necesario la identificación de la Periimplantitis como una entidad de características propias, similares, pero independientes de la enfermedad periodontal, ya que una puede causar la pérdida del implante, y la otra, la pérdida de la pieza dentaria respectivamente. En ambos casos evitable con tratamiento precoz.²¹

Debe considerarse que los implantes dentales oseointegrados no tienen ligamento periodontal ni tejido conectivo respecto al diente natural. Sin embargo, a pesar de estas diferencias, existen características similares entre las enfermedades periodontales y peri-implantares. El sondaje es una herramienta para valorar la salud del implante, la consistencia del tejido, el sangrado y la presencia de exudado.³²



Fig. 20 Corona sobre implante en el 25. Este presentaba movilidad por aflojamiento del tornillo del muñón y signos de inflamación gingival. El sondaje evidenciaba una profundidad de 4 mm.³¹

- **Enfermedad periodontal**

Los hallazgos de la literatura relacionados con la prótesis parcial removible (PPR) y sus implicaciones periodontales presentan resultados contradictorios. Algunas investigaciones que han evaluado el efecto de la PPR sobre la salud gingival y periodontal demuestran que los dientes contenidos en su diseño desarrollan significativamente más enfermedad periodontal comparándolos con aquellos que no están incluidos. Algunos autores han sugerido que el uso de PPR conduce a cambios importantes en la cantidad y calidad de la formación de la placa bacteriana alrededor de los dientes remanentes. Por otra parte, varios investigadores han concluido que cuando se realiza una buena higiene bucal se presenta poco o ningún daño sobre los dientes remanentes y su soporte periodontal. (Fig. 21)³³



Fig. 21 Diseño inadecuado de PPR que favorece la acumulación de placa bacteriana y la movilidad dental.³³

- **Abscesos**

Los abscesos los podemos encontrar por una mala higiene de nuestra prótesis fija o de los implantes, generando así una periimplantitis o periodontitis, lo que dará lugar a dicha lesión.

Los implantes dentales son materiales inertes, aloplásticos que se integran en el hueso alveolar para el reemplazo de dientes perdidos. Estos han cambiado la forma de hacer odontología, ya que es una técnica de rehabilitación



predecible para el reemplazo de piezas dentarias perdidas por distintas causas. Dando como resultado tratamientos funcionales y estéticos excelentes. Las investigaciones clínicas y experimentales en esta área han logrado mejorar las distintas técnicas quirúrgicas y de rehabilitación sobre implantes.

Existe evidencia que el uso de antibióticos son beneficiosos para la reducción de fracasos de implantes por contaminación bacteriana en comparación al no uso de estos. En relación al tipo administración antibiótica, existe evidencia que la profilaxis antibiótica es más efectiva en la prevención de infecciones postquirúrgicas que el tratamiento antibiótico.

Las infecciones que generan fracaso en la colocación de implantes están relacionadas a bacterias propias de la enfermedad periodontal, por lo que podemos inferir que para disminuir el riesgo de infección se debe realizar un detartraje inmediatamente anterior al día de la cirugía. Se ha descrito que dentro de las causas de formación de absceso en relación a implantes, es la lesión apical de dientes vecinos. (Fig. 22)

En la odontología actual, el reemplazo de dientes perdidos, mediante implantes se ha vuelto una práctica habitual. Sin embargo existe un riesgo de complicaciones por infección, ya sea antes, durante o posterior a la cirugía de implantes. Las causas pueden ser variables, desde un proceso infeccioso de las piezas vecinas al lecho quirúrgico hasta el no uso de antibióticos para cirugía de implantes, siendo la profilaxis antibiótica la terapia farmacológica que más efectivamente disminuye el riesgo de infección, por sobre el tratamiento antibiótico, aunque no exista diferencia estadísticamente significativa.³⁴



Fig. 22 Absceso mucogingival posterior a la
colocación de implantes.³⁴



CONCLUSIONES

- Podemos concluir que realmente existen distintos factores que nos pueden ocasionar lesiones de la mucosa oral al utilizar algún tratamiento protésico o implantológico, y que estos no solo son ocasionados por nosotros, sino que también por una mala higiene del paciente con sus prótesis o malos hábitos, pero esto no sucedería si nosotros diéramos las recomendaciones que hay que seguir y los cuidados que hay que tener, debemos informar al paciente que debe acudir constantemente a sus revisiones para que así podamos observar cualquier detalle que no esté funcionando bien y corregirlo a tiempo, y así evitar lesiones que causen molestia al paciente.
- Nosotros como Cirujanos Dentistas debemos de realizar tratamientos que valgan lo que el paciente está pagando, realizarlos bajo los protocolos respectivos y con materiales de calidad. Debemos de hacer una historia clínica adecuada para prevenir cualquier tipo de alergia con algún material y para saber si el paciente es apto para el tratamiento que estamos proponiendo.
- También debemos trabajar con laboratorios especializados que realicen tratamientos de calidad.
- Ahora que conocemos las lesiones que podemos encontrar en la mucosa y los factores que las causan debemos de realizar trabajos de excelencia.
- Este tema es importante para los alumnos que están por cursar las materias referentes a prótesis en general por que así conocerán los daños que pueden causar al realizar tratamientos sin el cuidado que se debe.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nuñez B, Hilda P. La prótesis dental en la literatura. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2012 Septiembre-Diciembre; II(4).
2. Porter RJ. Consultorio dental Porter. [Online]. [cited 2016 Octubre 4. Available from: <http://consultoriporter.com/img/img-news01-1.JPG>.
3. Aguirre C. Odontología Ideal Medellín. [Online].; 2013 [cited 2016 Octubre 4 Available from: <https://odontologiaideal.files.wordpress.com/2015/03/clinica-dental-coronas-porcelana-carillas-medellin-colombia.jpeg?w=350&h=200&crop=1>.
4. González G, Mar CMd, Cristina R. Universidad Rey Juan Carlos. [Online].; 2009 [cited 2016 Agosto 25. Available from: biopat.cs.urjc.es/conganat/files/2008-2009_G14.pdf.
5. Esteban A. Instituto para el Desarrollo y Actualización de Profesionales S.C. [Online]. [cited 2016 agosto 28. Available from: [www.idap.com.mx/apuntes/Embriologia/Mucosa%20bucal\(7\).doc](http://www.idap.com.mx/apuntes/Embriologia/Mucosa%20bucal(7).doc).
6. Osorio V, Ardila M. Restauraciones protésicas sobre dientes con soporte periodontal reducido. Avances en Odontoestomatología. 2009; XXV(5).
7. Jara A. Slide Share. [Online].; 2011 [cited 2016 Octubre 5. Available from: <http://es.slideshare.net/AxelJara/presentacin-prtesis-fija-plura>.
8. Gomez M, Medina A. Contornos y perfil de emergencia: aplicación clínica e importancia en la terapia restauradora. Avances en Odontoestomatología. 2009; XXV(6).
9. Kina S, Bruguera A. Ivoclar Vivadent. [Online]. [cited 2016 Octubre 5. Available from: <http://www.ivoclarvivadent.com/es-es/productos/ceramica-sin-metal/ips-emax-system-odontologo/cementacion-y-cuidados-posteriores>.



10. Peter P. Tratamiento preventivo con prótesis parciales. Primera ed. Thieme G, editor. Barcelona: Ars Medica; 2004.
11. Universidad de Murcia. [Online]. [cited 2016 Octubre 5. Available from: <http://ocw.um.es/cc.-de-la-salud/gerodontologia-cuidados-de-la-cavidad-oral-en-el/material-de-clase-1/rehabilitacion-de-pacientes-con-implantes-dentales.pdf>.
12. Cranin N, Klein M, Simons A. Atlas de implantología oral. Primera ed. Alcocer A, editor. Madrid: Panamericana; 1995.
13. Bianchi A. Prótesis Implantosoportada. Primera ed. Caracas: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica, C.A.; 2001.
14. Clínica Oliva. [Online].; 2010 [cited 2016 Octubre 5. Available from: <http://www.clinicaoliva.com/index.php/alergias-a-metales/corrosion-de-metales/>.
15. Rodríguez M, Portillo A, Lama E, Hernández S. Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán. ADM. 2014 Agosto; LXXI(5).
16. Brägger U, Heitz-Maifield L. International Team for Implantology. Fraggola G, editor. Berlin: Quintessense; 2015
17. Blay G. Blay Monzó Clínica Dental. [Online].; 2015 [cited 2016 Octubre 5. Available from: <http://www.clinicablaymonzo.es/fracasos-en-implantologia/>.
18. Rodriguez J, Martinez T. La Xerostomía en pacientes con prótesis dental. Revista Cubana de Estomatología. 2009 junio; XLV(2).
19. Nuñez P, García C, Morán V, Jasso L. Macroglosia congénita: características clínicas y estrategias de tratamiento en la edad pediátrica. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 2016 Marzo; LXXIII(3).



20. García B, Benet M, Castillo E. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2010 Enero; VIII(1).
21. Ruiz R, Lama E, Rodríguez M, Godoy C. Frecuencia de lesiones en la mucosa bucal debidas al uso de aparatos protésicos removibles. Revista Odontológica Latinoamericana. 2013 octubre; V(2).
22. Rodríguez A. Lesiones de la mucosa oral producida por agentes mecánicos, físicos y químicos. In Medicina Bucal 1; 2015; Granada. p. 1-10.
23. Sánchez M, Reyes D, Rayza A, Esmérida R. Estomatitis subprotésica en pacientes venezolanos portadores de prótesis. MediSan. 2013; XVII(11).
24. Espasandín S, Martínez G, Reyes V, Díaz R. Estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis de más de dos años de uso. Revista de Ciencias Médicas. 2013; XIX(2).
25. Villaroel M, Raiza T. Reportes Villaroel. [Online].; 2011 [cited 2016 Septiembre 29. Available from: <http://reportesvillaroel.blogspot.mx/2011/05/estomatitis-subprotesica.html>.
26. Pérez M, López A, Martín C, Díaz M. Lesiones traumáticas en la mucosa oral en los adultos mayores. Avances en Odontoestomatología. 2015 Mayo; XXXI(3).
27. Manuel F. Universida de Fernando Pessoa. [Online].; 2015 [cited 2016 Septiembre 29. Available from: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5108/1/PPG_21631.pdf.
28. Esparza G. Maxillaris. [Online].; 2007 [cited 2016 Septiembre 29. Available from: <http://www.maxillaris.com/hemeroteca/200704/imagenesmo.pdf>.



29. Pardi C, Mata S, Colella MT, Roselló A, Pineda V. Micosis de la cavidad bucal. Acta Odontológica Venezolana. 2013 enero; LI(4).
30. Torres C, Rios T. asociados, Nivel de candida albicans en pacientes diabéticos tipoll con estomatitis subplaca y su relación con factores locales. acta Médica Orreguiana Hanpi Runa. 2014 Abril; XIV(1).
31. Sánchez J. Periimplantitis: protocolo clínico y terapéutico. Cient. Dent. 2008; V(1).
32. Chacon G, Gallego C. Periimplantitis-Revisión de la literatura. Acta Odontológica Venezolana. 2012 Junio; L(3).
33. Medina A. Efectos de la prótesis parcial removible sobre la salud periodontal. Avances en Periodoncia e Implantología. 2009 Enero; XXII(2).
34. Garrido R. Absceso Mucogingival Posterior a Cirugía de Implante. International Journal of Medical and Surgical Sciences. 2015; II(3).