



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN CLÍNICA ANTE
PACIENTES CON LESIONES ORALES ASOCIADAS AL
USO DE PRÓTESIS TOTALES.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

DAVID ESPINOZA MUÑOZ

TUTOR: C.D. VÍCTOR MANUEL MIRA MORALES

Cd. Mx.

Abril 2021



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.

ÍNDICE.

	INTRODUCCIÓN.	1
	JUSTIFICACIÓN.	2
	OBJETIVOS.	3
	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	4
	CAPÍTULO 1 ANTECEDENTES.	5
1.1	Origen de la pérdida dental.	5
1.1.2	Edentulismo.	6
1.2	Consecuencias de la pérdida dental.	7
1.2.1	Aspectos sociales.	7
1.2.2	Calidad de vida.	7
1.2.3	Capacidad masticatoria.	8
1.2.4	Estética.	9
1.2.5	Fonética.	9
1.2.6	Pérdida del gusto.	10
1.2.7	Resorción ósea.	10
1.3	Historia de las prótesis totales.	12
1.3.1	Prótesis totales.	13
1.4	Protocolo.	14

	CAPÍTULO 2 LESIONES ORALES POR PRÓTESIS TOTALES.	17
2.1	Estomatitis protésica.	19
2.1.1	Factores predisponentes.	20
2.1.2	Tratamiento.	20
2.2	Épulis fisurado.	22
2.2.1	Tratamiento.	23
2.3	Hiperplasia fibrosa.	24
2.3.1	Tratamiento.	26
2.4	Queilitis angular.	26
2.4.1	Factores predisponentes.	27
2.4.2	Tratamiento.	28
2.5	Leucoplasia.	28
2.5.1	Tratamiento.	30
2.6	Úlcera traumática.	32
2.6.1	Tratamiento.	33
	CAPÍTULO 3 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.	34
Procedimiento	para estomatitis protésica.	35
Procedimiento	para épulis fisurado.	37

Procedimiento para hiperplasia fibrosa.	38
Procedimiento para queilitis angular.	39
Procedimiento para leucoplasia.	40
Procedimiento para úlcera traumática.	42
CONCLUSIÓN.	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	44

Índice de imágenes.

Fig. 1 Síndrome de Kelly.	11
Fig.2 Clasificación de estomatitis protésica.	20
Fig.3 Épulis fisurado.	23
Fig.4 Hiperplasia fibrosa.	25
Fig.5 Queilitis angular.	27
Fig.6 Leucoplasia homogénea.	29
Fig.7 Leucoplasia homogénea.	29
Fig.8 Úlcera traumática.	33
Fig.9 Protocolo de actuación clínica.	34

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a mi familia por apoyarme y guiarme en el camino del estudio, en especial a mi mamá por estar siempre a mi lado y apoyarme en toda mi carrera y vida, a mi papá por la ayuda financiera que me brindó para cursar esta carrera, a mis hermanas por educarme en la infancia, adolescencia y algunas áreas de mi carrera, a mis sobrinas y sobrinos por acudir a la clínica cuando se los pedía y fungir como pacientes.

A los profesores de la facultad de odontología por enseñarme los conocimientos para ser un buen profesionalista y transmitirme el amor a esta profesión, a mi tutor por guiarme y apoyarme en la realización de este trabajo.

A mis amigos y compañeros por hacer este viaje más placentero y a todo aquellos que de alguna manera aportaron a mi formación.

A los pacientes que atendí y me brindaron su confianza logrando así reafirmar mi vocación.

INTRODUCCIÓN.

El uso de prótesis totales o parciales se ha vuelto una práctica común debido a la falta de cuidado que tiene la población en su salud bucal y al poco impacto que tienen los programas preventivos y/o de preservación de la salud bucal.

Otro factor que influye en la toma de decisiones para elegir un tratamiento es la economía de la población mexicana, por lo general es baja ya que muchos viven con el salario mínimo lo cual les impide acceder a tratamientos bucales para preservar sus piezas dentales. Desde el otro aspecto, aquellos que poseen recursos económicos no tienen la educación bucal y por tanto no destinan recursos a tratamientos para mantener piezas dentarias dentro de boca y prefieren una extracción. Si nos detenemos a ver las comunidades rurales, donde la educación bucal y la economía escasea, solicitar una extracción es más accesible que otro tipo de tratamiento.

Entonces, podemos decir que la educación bucal es también un factor esencial para la preservación de piezas dentales, pues si la gente conociera las consecuencias de una pérdida dental, como lo es la destrucción del hueso maxilar o mandibular que genera una cadena de pérdida dental continúa progresando a un desdentado total lo cual disminuye la calidad de vida no elegirían la extracción.

Aunado a los factores ya mencionados, están los aspectos sistémicos en la vejez que al converger con la enfermedad periodontal y la caries son otra causante de la pérdida dental, por ende, es común en la población mexicana ver la ausencia de una o varias piezas dentarias.

Con la finalidad de mejorar la calidad de la atención y conocer los cuidados adecuados para situaciones específicas, desarrollaré este protocolo que se enfocará a lesiones orales en pacientes desdentados totales que sólo tienen la posibilidad de pagar una prótesis total mucosoportada.

JUSTIFICACIÓN.

Las lesiones orales en pacientes desdentados provocadas por prótesis totales son comunes de encontrar, el uso de la prótesis provoca en el paciente que su calidad de vida disminuya ya que afecta varios de los aspectos esenciales de su vida, un ejemplo puede ser la alimentación, por mencionar alguno y puede llegar a tener relación con complicaciones sistémicas que van relacionadas con enfermedades que suelen aparecer en la vejez, usualmente el grupo más afectado son los adultos mayores.

No es una tarea sencilla para el odontólogo ubicar las complicaciones asociadas al uso de las prótesis totales, ya que la mayoría de las lesiones son de evolución crónica, generadas por el deterioro de la misma, el tiempo de uso, la desinformación, el uso de remedios inmediatos enfocados a los problemas que surgen momentáneamente, la falta de continuidad con el odontólogo y la atención reducida que los pacientes prestan a su boca, por mencionar algunos aspectos, hacen que las lesiones evolucionen pasando desapercibidas por parte del paciente.

Con el objetivo de mejorar la atención clínica en pacientes desdentados con lesiones asociadas a prótesis recopilaremos información relacionada para obtener un protocolo de actuación clínica para identificar, solucionar y prevenir.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL: Diseñar un protocolo de actuación clínica para pacientes con lesiones orales causadas por prótesis totales.

OBJETIVO ESPECÍFICO: Describir las lesiones orales asociadas a prótesis totales para diseñar un método de actuación clínica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El desinterés de las personas mayores por su cuidado junto con las deficiencias que acompañan a la vejez, el uso de métodos empíricos para tratar problemas cotidianos relacionados con sus prótesis y la característica indolora presente en lesiones crónicas orales, permiten la evolución de lesiones. En consecuencia, es preocupante y necesario un protocolo que se enfoque en identificar, tratar y rehabilitar cualquier complicación, así como prevenir su evolución.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES.

1.1 Origen de la pérdida dental.

La salud bucodental se caracteriza por la ausencia de enfermedades y trastornos que generan afecciones a los dientes y la cavidad bucal, que a largo plazo ocasionan la pérdida dental; entre las principales causas de estas podemos notar, la caries dental y la enfermedad periodontal. (1)

La caries dental es una enfermedad, fácil de identificar, multifactorial, de origen infeccioso y transmisible, donde el huésped, la microbiota, el sustrato y el tiempo causan un desequilibrio bioquímico originando una desmineralización y mineralización causada por el metabolismo microbiano, ocasionando una cavitación y alteraciones del complejo dentinopulpar. (2)

La enfermedad periodontal es una patología que afecta los tejidos periodontales los cuales dan soporte a las estructuras dentales, su origen puede ser por gingivitis, periodontitis o manifestaciones periodontales por padecimientos sistémicos, es considerada la segunda causa de pérdida dental, no obstante, en adultos mayores puede igualar o superar a la caries dental como primera causa. (3)

Estas enfermedades al ser multifactoriales, pueden abarcar desde edad, género, enfermedades sistémicas (diabetes mellitus ,hipertensión), fármacos, socio demografía(urbanización y estado económico), hábitos perniciosos (fumar, consumo de alcohol), factores psicológicos y sociales (depresión, tensión, aislamiento), como resultado la suma de todos estos aumenta la probabilidad de tener pérdida dental(1), por lo general la pérdida de estos es mayor en la mandíbula que en el maxilar, más pronunciada en posterior que

en anterior, provocando que se produzca una arcada mandibular más ancha que una arcada maxilar más reducida. (4)

1.1.2 Edentulismo.

La dentición secundaria está diseñada para permanecer en la boca toda la vida, se le denomina edéntulo, desdentado o edentado a la pérdida total o parcial de las piezas dentarias y es un proceso que puede suceder a lo largo de la existencia. (5,6)

El deterioro provocado por el envejecimiento también afecta a la cavidad bucal, la pérdida de órganos dentarios provoca la atrofia del proceso alveolar que a largo plazo genera un estado irreversible, crónico y progresivo que afecta la morfología facial, el máximo progreso de atrofia posterior a una extracción o pérdida dental ocurre en el periodo del primer año donde es fácil de identificar y continúa a lo largo de la vida en una notoria disminución. (7)

La pérdida dental es prevenible, aunque una vez adquirido es un proceso irreversible ya que constituye una mutilación y genera una pérdida de la integridad física, puede ser el resultado de enfermedades bucales prevalentes como la caries y la enfermedad periodontal o también puede ser secundario a motivos ortodónticos, estéticos, prótesis, traumáticos y generarse por factores socioeconómicos, culturales y políticos. (5)

Es considerado un estado de salud bucal relacionado a la ausencia de piezas dentarias, congénita o adquirida que, altera las funciones del sistema estomatognático como la masticación, la fonética y estética. (8)

1.2 Consecuencias de la pérdida dental.

1.2.1 Aspectos sociales.

La pérdida de uno, varios o todos los órganos dentales genera un cambio en la apariencia física, así como también los demás observan al individuo, al no tener la misma capacidad masticatoria, fonética que otros y perder su autoimagen, ocasiona repercusiones en la calidad de vida y esta genera un impacto en las relaciones sociales siendo una de las principales razones por la cual suelen ocultar su ausencia dental y prótesis al mundo externo. (9)

Los grupos culturales definen la importancia que la sociedad le da al cuidado de la salud, el que una persona presente pérdida dental parcial o total se ha identificado como un estigma social característico de ciertas enfermedades crónicas, de negligencia y pobreza, sin embargo, no en todos los grupos culturales aplicará y esta dependerá de la importancia real y simbólica que otorgue una pérdida dental para establecer un hábito el cual la preservara o no. (5)

Según Zard y Smith el edentulismo es una agresión a la integridad del sistema masticatorio que tiene como consecuencias estéticas y funcionales que el paciente percibe de múltiples maneras, pueden variar desde sentimientos de inconveniencia, hasta intensos sentimientos de inferioridad o invalidez. (6,10)

1.2.2 Calidad de vida.

Desde una perspectiva odontológica significa, el adecuado control de las enfermedades que afectan la cavidad oral y la rehabilitación de los tejidos que han resultado dañados, está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones

sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.
(11)

La pérdida dental puede evolucionar a un desdentado total, la cual está fuertemente asociado a una reducción de la calidad de vida, ya que, además de afectar significativamente la función masticatoria, dificulta las interacciones sociales y afecta la salud psicológica de las personas, también se debe considerar que las personas desdentadas y rehabilitadas con prótesis totales, sufren más dolor y malestar, además de experimentar mayores dificultades para masticar en comparación a las personas con dentadura natural completa.
(11)

1.2.3 Capacidad masticatoria.

Aunque la retención física y muscular de la prótesis sea la óptima, la eficacia masticatoria es solo un 25% en comparación con una dentición natural debido a que la prótesis no mantiene una posición fija durante la masticación, generalmente tiende a deslizarse y tener una inclinación mínima, ocasionando que los alimentos que pueden consumir tengan la característica de provocar problemas digestivos por la ausencia de la eficacia masticatoria y en consecuencia a largo plazo tenga como resultado un efecto secundario en los músculos de la masticación ocasionando su atrofia por el déficit masticatorio que provoca el usar una prótesis(9), la eficiencia masticatoria o capacidad masticatoria se define como un parámetro que permite cuantificar la función masticatoria y se establece como el número de veces que se realizan movimientos masticatorios, para lograr un nivel de trituración de un alimento determinado.

En 1950, Manly impone el concepto de rendimiento masticatorio, y lo define como “el grado de trituración al que puede ser sometido un alimento después de un número determinado de golpes masticatorios. (11)

1.2.4 Estética.

El impacto que ocasiona la pérdida de dientes en el aspecto estético frente a la sociedad puede ocasionar un dolor más lesivo que la pérdida dental misma y de su función. La ausencia de órganos dentarios y la disminución de reborde alveolar origina cambios secundarios, estos tienen las características de generar en la zona anterior una depresión en los labios y en la zona posterior depresión en mejillas o en ambas zonas si es totalmente desdentado además de adquirir una dimensión vertical disminuida, lo que repercute en su estética, siendo esta la principal razón de un paciente para su rehabilitación. (4,7)

1.2.5 Fonética.

Una de las repercusiones que tiene la pérdida dental es la dificultad para pronunciar ciertas letras, los órganos dentarios tienen un papel importante en la fonación ya que permiten la producción de algunos sonidos al llevar la lengua con los dientes o en el caso de los labios con los mismos, por ejemplo al pronunciar las letras S, F, Z, V, B, CH, se puede notar el uso de las estructuras dentarias; al perder un órgano dentario ocurre que su rehabilitación con prótesis totales o parciales tengan en ciertas ocasiones, dimensiones diferentes al diente original, ocasionando que algunos sonidos se escuchen diferente a los ya acostumbrados, esto se debe a la alteración de flujo de aire a través de la cavidad bucal (9), claramente evidenciada en pacientes edéntulos totales portadores de prótesis completas, debido a la movilidad de sus prótesis, gran parte de los individuos presenta dificultad del habla, lo que impide desenvolverse de manera apropiada y articular adecuadamente sus palabras ocasionando un pensamiento constante que llevan consigo un aparato artificial.(6)

1.2.6 Pérdida del gusto.

Los usuarios nuevos de prótesis pueden quejarse de la pérdida de gusto, esto puede estar relacionado a que la sensación del gusto se atribuye a las características olfativas, visuales, térmicas y táctiles de los alimentos al entrar en contacto con la lengua y los dientes(8), por eso en pacientes desdentados o con pérdida de algunos órganos dentales, se puede localizar a nivel de tejidos en la zona de lengua reducción del epitelio, atrofia de papilas principalmente las filiformes y en menor medida en las papilas caliciformes, ensanchamiento varicoso nodular de venas en la superficie ventral de la lengua, generalmente es frecuente encontrar hipertrofia relacionada con el grado de desdentamiento en el paciente, resultado de la transferencia por parte de la función masticatoria y fonética a la lengua, generando así pérdida de gusto, sin embargo, la sensación ageusia o de pérdida del gusto es subjetiva y por lo general transitoria. (12,9)

1.2.7 Resorción ósea.

Al perder dientes, la cresta residual no se beneficia del estímulo masticatorio que recibe, en consecuencia, se origina una pérdida de volumen en la cresta, tanto en anchura como en altura. (4)

El uso constante de una prótesis total o parcial genera resorción ósea en la zona inferior donde se localiza, ya que la prótesis recibe las cargas masticatorias y esta las comunica directamente a la mucosa generando una carga no fisiológica que genera inflamación y una resorción ósea crónica, esta resorción ósea no tiene la misma forma en el maxilar que en mandíbula, en la maxila tiende a disminuir la anchura de está generando un perfil prognata falso y en la mandíbula la disminución de altura genera una adelgazamiento de la misma.(9)

Una de las consecuencias derivada de la omisión en la restauración de las piezas ausentes lo describe Kelly en 1972 y se ha englobado en un síndrome combinado que lleva su nombre. (6)

El Síndrome combinado de Kelly se observa en aquellos casos donde la ausencia de piezas dentales naturales afecta al maxilar superior lo cual conduce a una reabsorción acelerada del mismo y como consecuencia de ello, la mandíbula sufre una rotación en sentido anti horario buscando reposicionarse respecto al maxilar superior, a largo plazo esta reposición se verá acomplexada por la reabsorción ósea, generando protrusión del mentón mandibular, disminución del tercio inferior de la cara, hundimiento del labio superior y aumento de la anchura de la boca.(6)



Fig.1 Síndrome de Kelly <https://bit.ly/31STQYU>

1.3 Historia de las prótesis totales.

Las prótesis totales han ido evolucionando con los años debido a que desde la antigüedad el ser humano ha padecido trastornos y alteraciones bucodentales, de manera que al tener estas características ha buscado la forma de reemplazar las estructuras faltantes que se generan. (9)

La historia de la prótesis total abarca desde una prótesis fija, removible, hasta la evolución que conocemos hoy en día y llevamos a cabo como prótesis total. (9)

S. XVIII - S. XIX El médico francés, Pierre Fauchard sintetizó una dentadura inferior completa y un libro-Chirurgien Dentiste (1728), con todo lo que sabía de dentistería en Europa, describiendo cómo realizar puentes y dentaduras completas utilizando marfil, colmillos de hipopótamos, algunas veces dientes humanos sacados de cementerios o extraídos de algún donante, es considerado el creador de las prótesis totales superiores. En su libro describe que las dentaduras se detenían por adaptación y aconseja pigmentar y esmaltar la base de las dentaduras para simular la encía natural. (13)

En 1755 Philippe Phaff inspirado en Fauchard, propone el uso de cera de abeja en la toma de impresiones junto con el vaciado del modelo en yeso, generando un invento revolucionario para las prótesis dentales. (13)

A principios S. XIX se inventa la porcelana gracias a Alexis Duchateau (1714-1792) y este reemplazó al uso de marfil gracias a que, por ser un material mineral, su brillo y belleza tienden a mantenerse más en la cavidad bucal, que al ser de marfil, las desventajas era el cambio de coloración y el mal sabor de boca. Se generan dentaduras completas, se agregan también las impresiones con yeso que aseguran precisión a los trabajos. (13)

El uso de caucho o vulcanita para las bases se generalizó y en la industria dental se fabricaban cada vez dientes de porcelana más estéticos y exactos, se observan diferentes tonalidades. (13)

En el S. XX antes de la conversión de la odontología como estudio universitario había dos grupos de odontólogos con las características de:

- **Modernistas-** los cuales eran progresistas y faltos de habilidad en prótesis totales
- **Prácticos-** conservadores y hábiles, estos últimos dejarían de existir gracias a la responsabilidad profesional y científica que otorgaba la conversión odontológica como estudio universitario, ganando jerarquía intelectual y dando solución a problemas técnicos-protésicos.

El S. XX a mediados, se caracteriza por la investigación y la abundante literatura científica especializada en materiales y técnicas para perfeccionar la estética y precisión en las restauraciones. (9)

1.3.1 Prótesis totales.

Se define a las prótesis totales como una dentadura artificial que se usa en pacientes totalmente desdentados, su función es reemplazar los órganos dentarios perdidos y devolver su funcionalidad a la cavidad bucal, así como mejorar su estética y dimensión vertical. (9)

El término correcto en el lenguaje castellano es prostodoncia (parte de la prótesis odontológica, enfocada al estudio de la rehabilitación fisiopatológica de la edentación). (14)

PROSTO: restauraciones protésicas

ODON: parte de la odontología

CIA: consagrado al estudio

1.4 Protocolo Clínico.

En términos generales los protocolos son el conjunto de reglas que se establecen para actos oficiales, un protocolo clínico se define como un auxiliar sistemático que ayuda a los médicos y pacientes sobre los cuidados adecuados para situaciones específicas con el fin de mejorar la calidad de atención en el paciente (15), existen múltiples tipos de protocolos clínicos:

- Basados en evidencia científica o literatura que se caracteriza por tener la opinión de expertos.
- Basados en resultados, caracterizada por contener las recomendaciones basadas en la evidencia para ver si las sugerencias mejoraron la calidad del tratamiento.
- Basados en resultados y evidencia, tiene la característica de incluir las preferencias del paciente resultado de sus intervenciones. (16)

En este trabajo nos enfocaremos a los protocolos clínicos basados en evidencia científica, los cuales deberán llevar instrucciones detalladas sobre cómo desarrollar una tarea específica y describen el cómo, cuándo y quién estará involucrado en cada proceso, usualmente está asociado con el desarrollo de procesos a conceptos de estudios integrativos o atención basada en el desarrollo de guías práctica clínica, vías clínicas y algoritmos, con el fin de estandarizar la práctica clínica y así proporcionar, garantizar o mejorar la calidad de la atención en salud.(17)

Este proceso llevará investigación científica, la cual incluirá un conjunto de acciones que se deben realizar para que su desarrollo llegue a término, con el fin de solucionar el problema científico que se pretenda genera un conflicto y así proporcionar un documento mediante el cual, se orienta y dirige la ejecución de su solución. (18)

Los protocolos clínicos principalmente tratan de limitar las variaciones de la práctica clínica que puede verse reflejado en un déficit en la calidad del servicio, también debe enfocarse en eliminar los costos innecesarios que son el producto de la variabilidad del cuidado y fomentar en los profesionales de la salud, la cultura de la evidencia para facilitar el acceso a las mejores prácticas basadas en la evidencia para poder brindar bases en la educación de los pacientes sobre los riesgos y beneficios de las intervenciones terapéuticas y diagnósticas. (17)

Según National Health Service de Inglaterra (NHS), los protocolos clínicos deben brindar información detallada sobre un proceso o procedimiento particular, con el objetivo de brindar instrucciones específicas o reglas, sin dejar de lado la toma de algunas decisiones según el criterio del clínico, su utilización está limitada a un contexto local y puede usar como fuente de evidencia la obtenida de Guías de Práctica Clínica, lo que hace del desarrollo de los protocolos clínicos una forma de implementar las recomendaciones formuladas por las Guías Nacionales.(17)

Se debe tomar en cuenta para la elaboración de protocolos una revisión de la evidencia mediante el desarrollo de revisiones sistemáticas que comprende:

1. Definición del alcance de la revisión. (identificar la pregunta a contestar, formulación de propósito y la formulación de teorías relacionadas con el tema de interés).
2. Búsqueda y evaluación de la evidencia.
3. Extracción y síntesis de los hallazgos.
4. Formulación de conclusiones y recomendaciones. (17)

Una vez establecido los puntos a tomar en cuenta para la elaboración, los pasos a seguir deben ser:

1. Elección del tema a desarrollar: se debe considerar al seleccionar el tema los aspectos como, disponibilidad de evidencia para generar orientaciones de cuidado, el impacto en los sistemas de salud que podría tener la generación de orientaciones sobre el tópico elegible, entre otros.
2. Establecer parámetros: se deberá establecer los alcances y objetivos que permitan crear el tiempo de desarrollo de los documentos, de tal manera que no sean muy extensos ocasionando que pongan en riesgo la vigencia de las orientaciones formuladas o imposibiliten un adecuado desarrollo de los procesos, el grupo de estudio o el usuario blanco debe ser delimitado para que la elaboración del documento sea comprensible en un lenguaje claro para ellos.
3. Identificación e inclusión de un grupo de desarrollo multidisciplinario con el fin de garantizar todos los puntos de vista del aspecto clínico a desarrollar sean representados.
4. Búsqueda de evidencia.
5. Evaluación y síntesis de la evidencia.
6. Incorporación de la opinión de expertos: para evaluar el contenido del documento y ver si los profesionales comprenden y aplican adecuadamente dichas indicaciones.
7. Evaluación de los productos.
8. Generación de un método de actualización de las orientaciones y del proceso de búsqueda e incorporación de evidencia que aparezca antes de la fecha de revisión.
9. Generación de un plan de implementación. (17)

CAPÍTULO 2. LESIONES ORALES POR PRÓTESIS TOTALES.

Estas se clasifican en:

- Lesiones blancas.
- Lesiones químicas y físicas.
- Lesiones rojas.
- Lesiones pigmentadas.
- Lesiones ulceradas.
- Lesiones hiperplásicas.
- Lesiones vesículo-ampollosas.
- Tumorações y lesiones excrecentes.
- Quistes intraóseos protuyentes.

De las cuales solo nos enfocaremos a las relacionadas al uso de prótesis totales.

Las lesiones orales son alteraciones de la mucosa por factores traumáticos, de higiene, por enfermedades crónicas, síndromes y neoplasias, constituyen un grupo heterogéneo de alteraciones y su importancia de identificarlas radica en el diagnóstico diferencial el cual ayudará a proporcionar un pronóstico y dar a conocer en qué grado de benignidad o malignidad se encuentra para así determinar su manejo terapéutico, en pacientes desdentados totalmente estas alteraciones suelen estar relacionadas al uso constante de una prótesis total.(19)

Según un estudio de corte transversal realizado en el 2012 en el municipio Cumanayagua, provincia de Cienfuegos, en Cuba se tomó como sujetos de estudio a 93 adultos mayores portadores de prótesis totales, de ambos sexos y mayores de 60 años y se obtuvo como resultado los siguientes datos (20):

	Variables	Número	Porcentaje
Sexo	Femenino	30	32.3%
	Masculino	63	67.7%
Grupo de edades	60-69 años	24	25.8%
	70-79 años	35	37.6%
	80 y más	34	36.6%
	Total	93	100%
Presencia de lesión	Presente	73	78.5%
	Ausencia	20	21.5%

De los cuales las lesiones más comunes encontradas fueron:

Tipo de lesión	Número	Porcentaje
Úlcera traumática	17	18.3%
Estomatitis protésica	40	43%
Épulis Fisurado	6	6.5%
Queilitis angular	4	4.3%
Hiperplasia Fibrosa	0	0%
Leucoplasia	0	0%
Neoplasia	0	0%
Alergia	0	0%
Candidiasis	6	6.5%
Hiperqueratosis	0	0%
Total con lesiones	73	100%

2.1. Estomatitis protésica.

Considerada una variedad de *Candidiasis*, es la lesión más común en pacientes portadores de prótesis totales removibles, que se caracteriza por tener inflamación, zonas eritematosas y edema que abarca la extensión de la prótesis total; comienza como una infección asintomática y progresa hasta generar ardor, dolor y prurito. (21) Su localización con mayor frecuencia es en la mucosa palatina y raramente en el reborde alveolar. (22)

Afecta hasta dos tercios o más de las personas que usan dentaduras totales algunos autores reportan una prevalencia del 15 al 70% afectando principalmente a mujeres (21), otros estudios refieren afectaciones de un 14,3% de la población mayor de 60 años y un 6,5% de la población mayor de 30 años, desde otro punto de vista si se habla solo de portadores de prótesis totales usualmente afecta al 67% (23), el número de pacientes afectados va incrementando con el progreso de la edad, debido a que el ambiente y los años provocan el envejecimiento del parénquima, el debilitamiento de sus funciones y afecciones metabólicas como avitaminosis, hipoproteinemia, anemias, además de perder resistencia a las infecciones y los traumas causando más susceptibilidad por parte del paciente a presentar esta lesión. (24)

La clasificación de EP (estomatitis protésica) propuesta por Newton en 1962 la divide en 3 grados:

- 1- Localizada simple.
- 2- Difusa crónica.
- 3- Granular o hiperplasia granular.

(22)

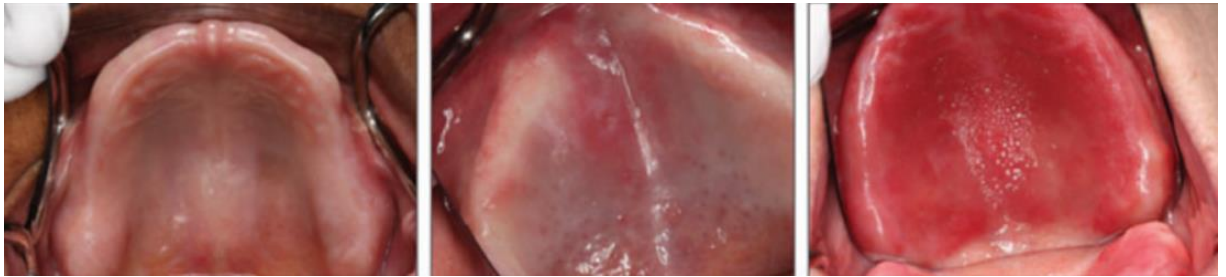


Fig. 2 Clasificación de estomatitis protésica tipo 1,2,3. <https://bit.ly/3uwl3M3>

2.1.1 Factores predisponentes.

Para generar esta lesión se puede abarcar desde mala higiene oral, medicamentos asociados a la edad (medicamentos que regulan la presión arterial y otras que disminuyen secreción salival), infecciones por *Candida*, uso de la prótesis durante la noche, alergia al material protésico, tabaco, diabetes y déficit inmunológico.

El flujo salival está relacionado con la EP cuando es reducido por medicamentos o síndromes, ya que provoca una disminución de lisozimas (lactoferrina 11 y las citoquinas salivales) que inhiben y controlan el crecimiento de *Candidas*. (23)

Los sujetos con problemas de inmunocompetencia y con enfermedades sistémicas asociadas como la diabetes tienen problemas similares. La inmunidad celular mediada por las células T helper (CD4+) activa las citoquinas salivales Th1 y Th2, que se consideran las responsables de la resistencia a la infección por *Candida*. (23)

2.1.2 Tratamiento.

El cuidado e higiene en las dentaduras totales tiene un papel importante para mantener la salud bucal, es por eso que el odontólogo debe enseñar las

medidas higiénicas necesarias al paciente, así como la necesidad de visitas periódicas de mantenimiento. (22)

Es importante indicar no dormir con la prótesis total y el uso de desinfectantes como clorhexidina, hipoclorito de sodio (esta última opción no es posible en prótesis totales con metal)(22), ya que se demostró que el uso de una prótesis total de forma continua provoca degeneración de las glándulas salivales y simultáneamente, bloqueo mecánico de los conductos excretores generando reducción de secreción, ph y función *buffer* ocasionando aumento de acumulación de placa dentobacteriana entre la base de la prótesis y la mucosa bucal relacionado al entorno ácido y anaerobio por la presión ejercida por la prótesis y la disminución de la circulación sanguínea.(24)

Los fármacos más comunes utilizados son compuestos de imidazol (clotrimazol, miconazol y ketoconazol), triazoles (fluconazol e itraconazol), derivados poligénicas (nistatina) y anfotericina B (22), el tratamiento antifúngico debe indicarse cuando exista presencia de ardor y este cauce riesgo de infección faríngea o sistémica. (23)

<ul style="list-style-type: none">• Nistatina	<ul style="list-style-type: none">• Suspensión oral 100,000 U/ml. 5 -15 ml/día enjuagues cada 6 horas, comprimidos 200,000 U/comp, 1 a 3 comprimidos/días disueltos en boca.
<ul style="list-style-type: none">• Miconazol	<ul style="list-style-type: none">• Comprimidos 500 mg 2 comp/días disueltos en boca, Gel oral 2% 1-2 aplicaciones al día.
<ul style="list-style-type: none">• Clotrimazol:	<ul style="list-style-type: none">• Comprimidos 10mg 4-5 comprimidos al día disueltos en boca.
<ul style="list-style-type: none">• Ketoconazol:	<ul style="list-style-type: none">• Comprimidos 200 mg , 1 comprimido al día.

2.2 Épulis fisurado.

Fibrosis submucosa ocasionada por irritación crónica de prótesis totales mal ajustada que da origen a una hiperplasia de tejido, de crecimiento lento que va a lo largo del sellado de la prótesis total y que puede ocasionar más de una lesión; usualmente su localización es en mucosa bucal y el ángulo de la boca, el vestíbulo del maxilar y la mandíbula.

Se caracteriza por formar rollos alargados de tejido, de consistencia blanda, flácida y dolorosa, que algunas veces puede ser pediculadas, sésiles, ulceradas e hiperqueratinizadas en el área de pliegues donde los bordes de las prótesis totales mal ajustadas entran en contacto. (25,26)

La hiperplasia de tejido está compuesta de un volumen de tejido conectivo fibroso (fibras de colágena con escasos fibroblastos o vasos sanguíneos) cubierto con una capa de epitelio escamoso estratificado, esta puede tener un grosor normal o acantosis, a menudo hay hiperortoqueratosis o paraqueratosis. (25)

Se puede asociar al síndrome de combinación el cual consiste:

- Pérdida ósea del reborde edéntulo anterior del maxilar.
- Disminución de las tuberosidades maxilares.
- Hiperplasia papilar de los tejidos del paladar duro.
- Extrusión de los dientes anteroinferior.
- Pérdida del hueso localizado debajo de las bases protésicas parciales removibles/totales. (26)

El género femenino es más afectado que el masculino en relación de 5:1, con predilección por la raza blanca, la principal razón por la que el género femenino

se ve mayormente alterado es por estética o por mecanismos de alteración hormonal relacionados. (26)



Fig.3 Épulis fisurado <https://bit.ly/3cTguXi>

Como diagnóstico diferencial tenemos mucocele, tumor de células granulares, neurofibroma, tumor de glándulas salivales, lipoma, fibroma de células gigantes, rabiomioma, aunque el fibroma es considerado el más probable de las lesiones anteriores por tener la mayor incidencia en cavidad bucal. (25)

2.2.1 Tratamiento.

El tratamiento va de acuerdo con la severidad de la lesión y la cantidad de tejido afectado, presentando un pronóstico en general excelente.

Inicialmente se debe comenzar con retirar la prótesis causante del problema o en su defecto una nueva o eliminar el estímulo causante para que la lesión pueda disminuir de tamaño por sí misma. (26)

En el caso de lesiones extensas y de larga evolución el tratamiento indicado es escisión quirúrgica de la zona que se encuentra afectada por la prótesis

(27), se puede ir haciendo su remoción prolongada para disminuir su tamaño y colocando acondicionador de tejidos para su mejor adaptación o se podrá hacer de una sola intención si el área no es muy amplia y se dificulta su recuperación, para evitar su recidiva a largo plazo se debe ajustar la prótesis total o hacer una nueva para asegurar su mejor pronóstico. (25)

2.3 Hiperplasia fibrosa.

Lesión bucal fibrosa, inflamatoria, exofítica, benigna, relacionada por el trauma continuo, en pacientes desdentados ocasionada por prótesis totales, su localización es al borde de la prótesis donde esta entra en contacto con la encía, mucosa vestibular, lengua, piso de boca. (27,28)

El trauma y la irritación crónica producen una exuberante respuesta reparadora del tejido conjuntivo fibroso de diferentes tamaños, generando así tumor benigno con pliegues de tejido fibroso doloroso alrededor de la prótesis total, con superficie lisa, simétricamente encorvada y de forma redonda, ovoide o elíptica, base sésil aunque habitualmente está fija a los tejidos por un pedículo estrecho regularmente, de crecimiento lento, bien definido y delimitada, su coloración es más pálida al de los tejidos adyacentes. (25)

Al ser de evolución lenta, el tumor ha estado presente durante meses o años y esto puede ocasionar que su consistencia sea blanda, suave o esponjosa, generando que tenga más de un término clínico, fibroma suave, fibroma duro. (25)

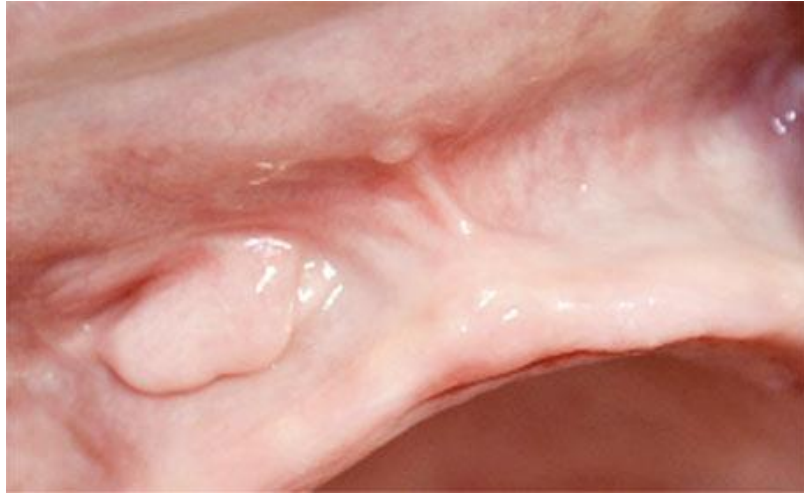


Fig.4 Hiperplasia fibrosa <https://bit.ly/3fZbBOi>

La hiperplasia fibrosa está compuesta de fibras colágenas entrelazadas y mezcladas con diversos fibroblastos, fibrocitos y pequeños vasos sanguíneos.

La superficie de la lesión está cubierta por una capa de epitelio escamoso estratificado, puede encontrarse acantosis y espongiosis e infiltrado inflamatorio, mixto con ectasia vascular. (25)

Es considerada una sobreproducción de tejido conjuntivo fibroso delimitado por epitelio escamoso superficial e infiltrado en diferentes grados por células inflamatorias crónicas. (28)

Su diagnóstico diferencial está relacionado con neoplasias malignas como es el caso de tumores de glándulas salivales menores, neoplasias malignas del seno maxilar, hemangiomas, osteosarcoma, carcinoma verrucoso y epidermoide, aunque la frecuencia de incidencia de épulis fisurado excede por mucho a cualquier otra lesión exofítica. (25)

2.3.1 Tratamiento.

Consiste en una biopsia excisional, si esta no se elimina totalmente y si el factor causante aún está presente puede tener recidiva, por ende se debe realizar una prótesis nueva después de haber realizado excisión quirúrgica para que el ajuste sea el idóneo y así la mucosa no se traumatice, para mejorar su acoplamiento se debe usar acondicionador de tejidos al inicio cuando la cirugía tiene poco tiempo de haberse realizado, rara vez está hiperplasia fibrosa se convierte en un fibrosarcoma.(25)

2.4 Queilitis Angular.

El término queilitis se usa para designar los procesos inflamatorios específicos de la mucosa labial o comisural y que presentan descamación, erosión y fisuraciones, relacionados a lupus, liquen, pénfigo y aftas no se consideran queilitis. (29)

Es una lesión inflamatoria de la comisura labial en el ángulo de la boca, ocasionada por las disminución de la dimensión vertical en pacientes desdentados ocasionando pliegues en las comisuras labiales y que al estar en contacto constante con la saliva genera una fisura dolorosa color blanco que se infecta, generalmente esta lesión está ocasionada o relacionada a *Candida albicans* , se puede generar en pacientes desdentado y dentados donde la dimensión vertical haya disminuido, puede ser bilateral o unilateral. (30)

Esta lesión se puede clasificar en:

- Queilitis mucosa aguda y crónica.
- Queilitis microbiana y estreptocócica.
- Queilitis de contacto.
- Queilitis comisural (perleche). (30)



Fig5 Queilitis angular <https://bit.ly/3cVc5TP>

2.4.1 Factores predisponentes.

Existen dos tipos de factores asociadas a queilitis que facilitan su estudio; sistémicos y locales.

Sistémicos:

- Trastornos nutricionales.
- Alteraciones endocrinas (diabetes).
- Anemias.
- Carencias vitamínicas.
- Defectos de inmunidad.
- Tratamientos citotóxicos o inmunosupresores.
- Etílicos cirróticos.
- Infancia, vejez.

Factores locales:

- Disminución de la dimensión vertical por ausencia dental.
- Irritantes (sustancias químicas).
- Hipersensibilidad.
- Hábitos o traumatismos provocados por el mordisqueo de las comisuras causando irritación crónica. (30)

Ya que hay muchos factores la etiología es multifactorial, sin embargo, estos no son índices patognomónicos que permiten precisar el carácter de la enfermedad. (29)

2.4.2 Tratamiento.

En pacientes que usan prótesis totales se deben hacer enjuagues y lavados de prótesis con solución de clorhexidina, debido a que existen diferentes tipos de queilitis nos enfocaremos al que está relacionado con prótesis totales (causadas por pérdida de dimensión vertical), se deberán usar antisépticos alcalinizantes, si hay candidiasis el uso de antifúngicos locales como tabletas de nistatina para chupar, clotrimazol oral y nistatina suspensión oral, crema o ungüento de nistatina, clotrimazol, ketoconazol, se podrán usar para eliminar al hongo, todo esto acompañado de la rehabilitación protésica para volver a obtener una dimensión vertical adecuada y así poder eliminar el factor principal causante. (30)

2.5 Leucoplasia.

El término se usó en el siglo XIX por E. Schwimmer, donde leuco significa blanco y plakos placa según la definición griega. (31)

Lesión blanca en la mucosa, uniforme, superficie lisa, aunque algunas rugosa dependiendo de la zona, de apariencia delgada que al frotar no se puede retirar, no tiene ninguna otra característica a alguna otra lesión blanca y que tiende a ser precancerosa, puede presentar, desde una hiperqueratosis sin displasia epitelial, hasta una displasia severa con fenómenos de atrofia o hiperplasia epitelial. (27,32)

Usualmente está relacionada con el consumo de tabaco, alcohol, traumatismos, infección por *Candida albicans*, anemia y VPH. (27)

La sintomatología varía debido a que en el inicio de la lesión esta es indolora, pero al ir evolucionando puede generar escozor y ardor debido a las rugosidades que genera. (27)

Dentro de las leucoplasias existen dos tipos: homogéneas y no homogéneas, que se subdividen en eritroleucoplasias, nodulares y exofíticas; las características de una leucoplasia homogénea es la presencia de una lesión predominante blanca de la mucosa oral, plana con grietas o hendiduras poco profundas y una consistencia no indurada, las leucoplasias no homogéneas por el contrario presentan una lesión blanca o roja, con una superficie irregular, con forma nodular o exofítica. (31)

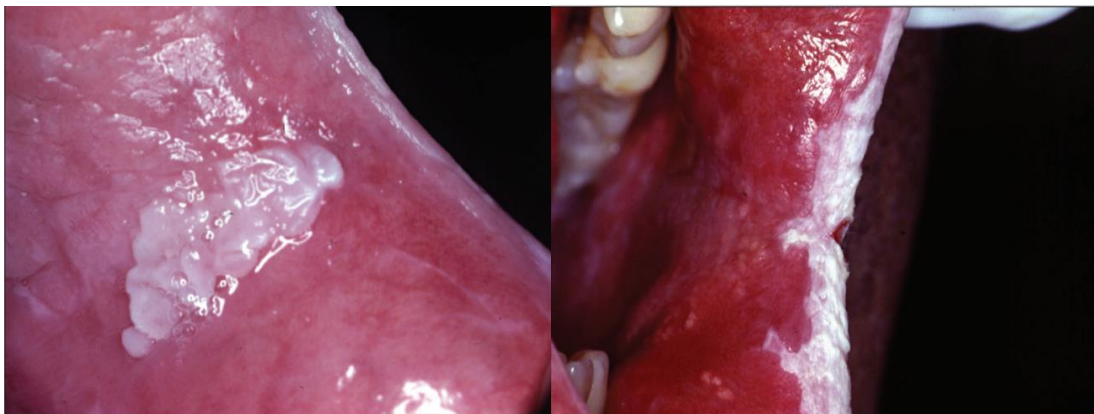


Fig.6 Leucoplasia homogénea.

Fig.7 Leucoplasia exofítica.

<https://bit.ly/2Ovw3LD>

Histológicamente se dividen en dos tipos: displásicas y no displásicas.

- La leucoplasia con displasia tiende a infectarse con *Candida albicans*, se presenta en formas clínicas no homogéneas.

- La leucoplasia sin displasia presenta infiltrado inflamatorio del corion escaso o ausente.

El 1% al 30% que presentan cambios displásicos puede ser señal de malignidad y es considerado un factor predictor de la transformación neoplásica de la leucoplasia. (32)

Su localización puede variar, aunque algunos autores señalan que las leucoplasias con diagnóstico maligno son más comunes en piso de boca y en cara ventral de la lengua, en el caso de prótesis totales estarían relacionadas a su estímulo. (31)

2.5.1 Tratamiento.

El tratamiento de esta lesión tiene tres niveles de actuación dependiendo de los hábitos del paciente, infecciones asociadas, del tipo clínico, localización y las características histopatológicas. (31)

1. Hábitos del paciente.
2. Tratamiento médico.
3. Tratamiento quirúrgico.

-Hábitos del paciente: deben eliminarse mecanismos agresivos relacionados con la lesión, como los son microtraumatismos (superficies rugosas dentales, prótesis mal ajustadas etc.), los hábitos nocivos como el fumar y mezclarlo con alcohol se debe eliminar. (31)

-Tratamiento médico: debido a que algunas lesiones presentan *Candida*, el uso de un antimicótico podría solucionarlo ya que algunas leucoplasias cambian de forma clínica después del tratamiento, después de eliminar la sospecha de *Candida* se puede colocar dos tipos de medicamentos. (31)

1. Tratamientos tópicos: se ha conseguido la disminución de la lesión en un 50-95% con el uso de ácido retinoico y la bleomicina. (31)
 - a) Retinoico aplicarse en orobase al 0.1% de 3-4 veces al día.
 - b) Bleomicina: al 1% mediante torundas de algodón colocar sobre la lesión durante 5 minutos, una vez al día durante dos semanas.
2. Tratamiento sistémico: es por vía oral a base de vitamina A, sus derivados y vitamina E. (31)
 - a) Vitamina A: 100.000-300.000 U/día, el uso de esta puede tener efectos secundarios como exantema, sequedad de piel, pruritos, además de tener un alto potencial carcinogénico, se puede tener una recidiva de un 38%- 55%.
 - b) Ácido 13 cis-retinoico: 0.2mg/kg/día los primeros 3 meses y posteriormente incrementar 0.2mg/kg/día adicionales en 3 ciclos sucesivos, los efectos secundarios se presentan cuando la dosis supera 0.8mg/kg/día y puede generar alteraciones cutáneas, mucosas y hematológicas.
 - c) Etreinato: dosis de 1-1.5mg/kg/día, 3 tomas durante 3-4 meses, efectos secundarios prurito, sequedad en mucosas y alopecia, se debe hacer énfasis en que es hepatotóxico para evitar complicaciones.
 - d) Fenretidina: 200 mg 4 veces al día puede prevenir recidivas y nuevas lesiones.
 - e) Vitamina E 800 U/día durante 6 a 24 meses, es el menos eficaz ya que presenta mejoras en menos de la mitad de los pacientes.

-Tratamiento quirúrgico: la cirugía con control de márgenes es el método predilecto para eliminar leucoplasias con displasia, aunque también el método de láser por CO₂ a diferentes potencias 5-8W en leucoplasias homogéneas,

en verrucosas 10-15W y en erosivas 20-25W focalizados (solo el 1% de estas lesiones por este método sufrieron transformación a malignas). (31)

Por último, nunca se debe olvidar considerar las sobre infecciones asociadas, el tipo clínico, localización y las características histopatológicas de la lesión, para poder realizar una biopsia excisional. (32)

2.6 Úlcera traumática.

Lesión bucal que consiste en pérdida de sustancia afectando todo el espesor del epitelio, dolorosa, generalmente causadas por un factor irritante en este caso en una prótesis total, que al ser eliminado la lesión debe regenerarse en un periodo no mayor a dos semanas. (33)

- Agudas: de corta duración, estas pueden estar asociadas a queilitis angular, úlceras por prótesis y *Candida*.
- Crónicas: generadas por estímulos de baja intensidad, pero de larga duración y que pueden dar origen a una hiperqueratosis, morsicatio buccarum, hiperplasia papilar y *épulis fissuratum*. (33)

Desde un punto histológico son ulceraciones inespecíficas por pérdida de la continuidad, con un contenido de exudado fibroso que cubre el tejido conectivo expuesto, en las úlceras agudas se puede notar un infiltrado inflamatorio a base de polimorfonucleares y en las úlceras crónicas un infiltrado inflamatorio a base de linfocitos. (33)

Las úlceras traumáticas por prótesis totales son más comunes en personas de edad avanzada debido a que en la vejez suceden cambios evolutivos en la cavidad oral, estos son:

- Adelgazamiento y atrofia del epitelio.
- Aplanamiento a nivel de tejido conectivo.
- Velocidad metabólica y recambio celular disminuidos por edad.
- Papilas filiformes disminuidas.
- Lesiones melánicas y vasculares se desarrollan con mayor facilidad.
- Aumento de gránulos Fordyce.
- Atrofia de glándulas salivales y sialoadenosis. (33)



Fig.8 Úlcera traumática <https://bit.ly/31VySbP>

2.6.1 Tratamiento.

Para evitar el progreso de esta lesión, se debe identificar la causa o eliminar el factor causante, al realizar esta acción la úlcera deberá repararse en un tiempo menor a 15 días, si no es el caso, se deberá realizar una biopsia excisional si el diámetro no es mayor a 3cm para su estudio histopatológico. (33)

CAPÍTULO 3 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.

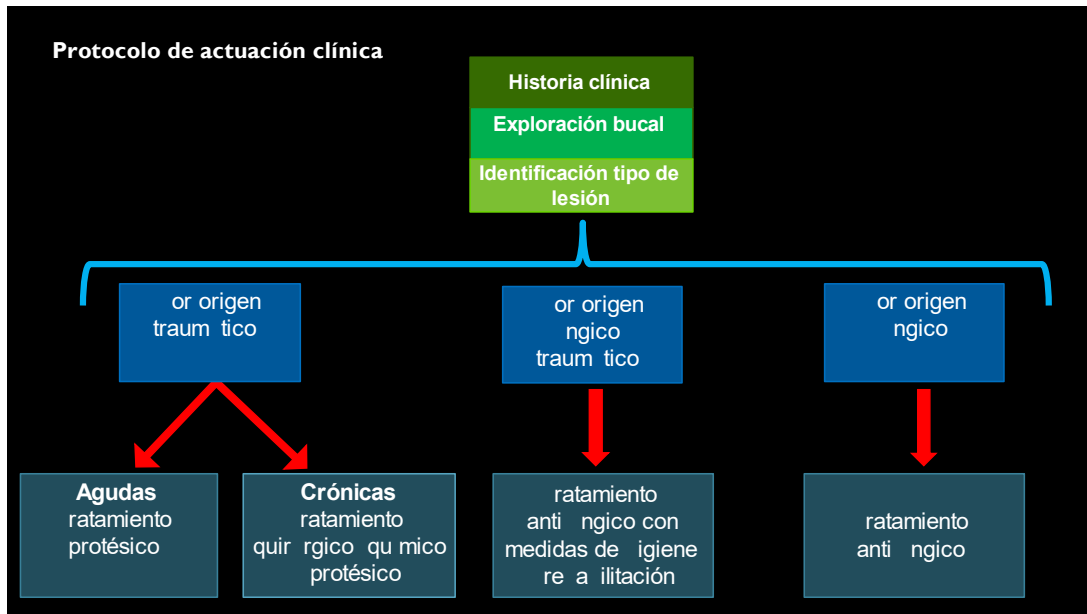


Fig.9 Protocolo de actuación clínica.

El presente protocolo contiene la identificación de lesiones precisas causadas por prótesis totales y las secuencias de actividades a seguir en el tratamiento de estas con el fin de facilitar la atención y perfeccionar el manejo del odontólogo en pacientes desdentados con lesiones orales por prótesis totales.

Protocolo de actuación

Procedimiento para estomatitis protésica.	
Identificación	<ul style="list-style-type: none"> • Localización: en la base de la mucosa del área que ocupa la prótesis total removible. • Signos: eritema, edema, puntos blancos causadas por hongo. • Síntomas: ardor, dolor, prurito o asintomática.
Origen	<i>Candida.</i>
Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> • Grado 1: punteado rojizo sobre la mucosa de la prótesis, palatina y rara vez mandibular. • Grado 2: alisamiento de la mucosa y atrofia causada por la hiperemia. • Grado 3: aspecto nodular o granular que no desaparece al eliminar la <i>Candida</i>.
Predilección	Género femenino y mayores de 60 años.
Factores Asociados	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes. • Medicamentos antihipertensivos. • Higiene deficiente. • Tabaco. • Alcohol.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Nistatina: suspensión oral 100,000 U/ml. 5 -15 ml/día enjuagues cada 6 horas, comprimidos 200,000 U/comp, 1 a 3 comprimidos/día disueltos en boca. • Miconazol: comprimidos 500 mg 2 comp/día disueltos en boca, Gel oral 2% 1-2 aplicaciones al día.

	<ul style="list-style-type: none">• Clotrimazol: comprimidos 10mg 4-5 comprimidos al día disueltos en boca.• Ketoconazol: comprimidos 200 mg, 1 comprimido al día.
Observaciones	Una de las causas principales para generar una estomatitis protésica es la mala higiene y el uso de la prótesis durante todo el día, como tratamiento paralelo al uso de antifúngicos es recomendado como método preventivo indicar técnicas de limpieza y uso de la prótesis, con el fin de evitar una secuela.

Procedimiento para épulis fisurado.	
Identificación	<ul style="list-style-type: none"> • Localización: sigue el contorno del sellado de la prótesis total. • Signos: pliegues de tejido, blando, pedunculada, sésiles, hiperqueratinizadas, ulceradas, única o más de una. • Síntomas: ardor y dolor.
Origen	Traumático, crónico.
Predilección	Género femenino.
Tratamiento	<p>Opción 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminación del estímulo causante. 2. Biopsia excisional si la lesión es menor a 3cm. <p>Opción 2 solo cuando la lesión no se puede eliminar de una sola intención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminación del estímulo causante. 2. Remoción parcial y prolongada de la lesión hasta eliminarla por completo acompañada de acondicionador de tejidos en la prótesis total.
Observación	El ajuste de la prótesis tiene un pronóstico reservado una vez que se han realizado las incisiones quirúrgicas, es recomendable hacer una nueva prótesis para evitar la recidiva y para mejorar su adaptación.

Procedimiento para hiperplasia fibrosa.	
Identificación	<ul style="list-style-type: none"> • Localización: al borde de la prótesis. • Signos: inflamación, fibrosa, lisa, redonda u ovoide, fija. • Síntomas: Dolor al inicio de la lesión que desaparece al volverse fibrosa.
Origen	Traumática, crónica.
Clasificación	Tumor benigno.
Tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminación del factor causante. 2. Excisión quirúrgica.
Observación	<p>Rara vez evoluciona a un fibrosarcoma, es importante hacer un estudio histopatológico para evitar un pronóstico desfavorable y su recidiva.</p> <p>La excisión quirúrgica es necesaria para eliminarla ya que aunque desaparece el factor causante esta permanecerá en boca</p>

Procedimiento para queilitis angular.	
Identificación	<ul style="list-style-type: none"> • Localización: comisura labial. • Signos: descamación, erosión, fisuración, blancas. • Síntomas: dolor, ardor.
Origen	Traumático, fúngicas relacionada a <i>Candida</i> .
Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> • Queilitis mucosa aguda y crónica. • Queilitis microbiana y estreptocócica. • Queilitis de contacto. • Queilitis comisural (perleche).
Factores asociados	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes. • Defectos de inmunidad y los relacionados con esta. • Anemia. • Alergias. • Pacientes desdentados no rehabilitados.
Tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enjuagues con clorhexidina al 2% 2. Uso de antifúngicos como: <ul style="list-style-type: none"> • Nistatina: suspensión oral 100,000 U/ml. 5 -15 ml/día enjuagues cada 6 horas, comprimidos 200,000 U/comp, 1 a 3 comprimidos/día disueltos en boca. • Miconazol: comprimidos 500 mg 2 comp/día disueltos en boca, Gel oral 2% 1-2 aplicaciones al día. • Clotrimazol: comprimidos 10mg 4-5 comprimidos al día disueltos en boca. • Ketoconazol: comprimidos 200 mg, 1 comprimido al día. 3. Rehabilitación protésica para obtener una dimensión vertical.

Procedimiento para leucoplasia.	
Identificación	<ul style="list-style-type: none"> • Localización: zona de estímulo. • Signos: blanca, lisa, que no se elimina al frotar. • Síntomas: indolora y/o con escozor y ardor.
Origen	Traumático, crónico.
Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> • Homogéneas. • No homogéneas: eritroleucoplasias, nodulares y exofíticas.
Factores asociados	<ul style="list-style-type: none"> • Tabaco. • Alcohol. • Traumatismos. • Infección por <i>Candida albicans</i>. • Anemia. • VPH.
Tratamiento	<p>Dos tipos de tratamiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tratamiento quirúrgico: Excisión quirúrgica con control de márgenes 2. Tratamiento médico: <ul style="list-style-type: none"> • Tópicos: Retinoico aplicarse en orobase al 0.1% 3-4 veces al día, Bleomicina al 1% mediante torundas de algodón colocar sobre la lesión durante 5 minutos, una vez al día durante dos semanas. • Sistémico: Vitamina A, Ácido 13 cis-retinoico, Etretinato, Fenretidina, Vitamina E. <p>El tratamiento debe ir acompañado de un cambio en los hábitos del paciente para prevenir su recidiva.</p>

Observaciones	<p>Algunas veces las leucoplasias se encuentran con <i>Candida</i>, en ese caso se deberá usar primero un tratamiento fúngico y después continuar con el tratamiento para leucoplasia.</p> <p>El tratamiento sistémico de leucoplasias tiene contraindicaciones y no es apto para todos los pacientes.</p>
----------------------	--

Procedimiento para úlcera traumática.	
Identificación	<ul style="list-style-type: none"> • Localización: zona del trauma. • Signos. pérdida de continuidad epitelial. • Síntomas: dolor y ardor.
Origen	Traumático, agudo.
Clasificación	<ul style="list-style-type: none"> • Agudas. • Crónicas.
Tratamiento	Eliminación de la causa afectante, en el caso de prótesis totales, verificar la zona que lo ocasiona.
Observaciones	<p>Si al eliminar el agente causante la lesión no se elimina en dos semanas, será necesario consultar un patólogo.</p> <p>Es importante atender las úlceras iniciales en un tratamiento de prótesis total ya que podría evolucionar a otro tipo de lesión.</p>

CONCLUSIÓN.

Las causas principales de las lesiones orales por prótesis totales son la falta de hábitos de higiene bucal, el descuido que las personas tienen en su salud bucal y los hábitos nocivos que generan durante su existencia.

Estos aspectos se podrían prevenir informando al paciente, principalmente comunicándole las consecuencias de las lesiones a corto y largo plazo, ya que el avance de éstas perjudicaría numerosos aspectos de su existencia, como lo es su calidad de vida, influyendo en aspectos sociales, alimenticios, mentales/emocionales, de desarrollo personal, entre otros.

Aun así, los pronósticos de solución en la mayoría de los casos son alentadores, más aún si se tratan en su primera etapa, pues en estos casos es posible evitar su evolución y por ende su futura complicación con enfermedades sistémicas, por eso es importante promover la visita constantemente con el odontólogo para llevar un seguimiento de evolución clínica y usar el protocolo que se presenta en este trabajo como un elemento de apoyo al odontólogo.

Después de la rehabilitación de una lesión bucal es importante solucionar cualquier duda que tenga el paciente, indagando si tuvo alguna complicación con la adaptación de su nueva prótesis o en el reajuste de la misma e informándole de cualquier anomalía posterior a su tratamiento, así como enseñar como prevenir su nueva formación y finalizar haciendo hincapié en medidas higiénicas ya que es la principal razón de la obtención de infecciones micóticas o bacterianas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1-Esquivel HRI, Jiménez FJ., Efecto de la utilización de prótesis dentales en la percepción de salud bucal. Rev ADM.,2012, 69(2):69-75.

2 Núñez, Daniel Pedro, & García Bacallao, Lourdes., Bioquímica de la caries dental. Revista Habanera de Ciencias Médicas,(2010). 9(2), 156-166.

3- Vázquez Isla, David, Pérez Hidalgo, María Elena, Reyna Leyva, Adis Mirtha, Méndez Danta, Ivet, & Tamayo Chaveco, Sara.,Periodontopatías y algunos factores de riesgo en población adulta de la Policlínica César Fonet Fruto. Correo Científico Médico, 2013, 17(3), 294-301.

4-Alan B. Carr, Glen P. McGivney, David T. Brown, cap 1 epidemiología, fisiología y terminología del edentulismo, En: Alan B. Carr, Glen P. McGivney, David T. Brown,Carr, A.B., McCRACKEN Prótesis parcial removible, 11a ed., España, Elsevier, 2006, 5p

5- María Isabel Luengas-Aguirre , Laura Patricia Sáenz-Martínez, Gustavo Tenorio-Torres, Alfredo Garcilazo-Gómez, Marco Antonio Díaz-Franco., Aspectos sociales y biológicos del edentulismo en México: un problema visible de las inequidades en salud. Ciencias Clínicas, (Julio - diciembre 2015), volumen 16 numero 2, 29-36.

6-Piedad Rojas Gómez, María F. Mazzini Torres, Katiuska Romero Rojas., Pérdida dentaria y relación con los factores fisiológicos y psico-socio económicos. Revista científica, (2 de mayo 2017)., Vol. 3, núm. 2, 702-718.

7-Carola Orrego, Ramírez Carmen Meza, Fuentealba Cristian Vergara,Núñez Ximena Lee, Muñozc Nicolás Schleyer, Dazaa., Percepción estética del paciente desdentado comparada con la opinión de expertos.

Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral,(12 de noviembre de 2015)., Volume 9, Issue 1, 54-58.

8 -Gutiérrez-Vargas, Vanessa Leila, León-Manco, Roberto Antonio, & Castillo-Andamayo, Diana Esmeralda., Edentulismo y necesidad de tratamiento protésico en adultos de ámbito urbano marginal. Revista Estomatológica Herediana,(2015). 25(3), 179-186

9-García Aguilar Jenifer, Sánchez Ruiz Katia Berenice., Satisfacción de la estética y función de las prótesis realizadas en la clínica de prostodoncia total de la universidad de Ixtlahuaca UICUI durante el periodo octubre 2018-mayo 2019, Tesis de licenciatura, universidad de Ixtlahuaca, Estado de México., 2020,71p.

10- Félix, R., Estudio epidemiológico de necesidades protésicas de los pacientes que asisten al centro de especialidades médico odontológicas (CEMO). Acta Odontológica Venezolana, (2012). 50(4).

11-von Kretschmann San Martin D, Torres Varela A, Sierra Fuentes M, del Pozo Bassi J, Quiroga Aravena R, Quiroga del Pozo R. Rendimiento masticatorio y nivel de satisfacción de pacientes tratados con prótesis totales en la Universidad Mayor. Rev clin periodoncia implantol rehabil oral. 2015; 8 (1): 17–23.

12- Sáez Carriera, Rolando, Carmona, Maribel, Jiménez Quintana, Zuilen, & Alfaro, Xiomara. Cambios bucales en el adulto mayor. Revista Cubana de Estomatología,(2007). 44(4)

13- Raúl Vargas Ramírez de Jurado, Historia y evolución de la prostodoncia total; durante las décadas de los años 30's 40's 50's Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de México, Ciudad de México, 2015, 65p

14-José Y. Ozawa Deguchi, Prostodoncia total textos universitarios, 3th, ed. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Odontología, México CDMX, 1979

- 15- WOOLF,S.H.;GROL R.; HUTCHISON A et al. Clinical guidelines: potencial, benefits, limitation, and harms of clinical guidelines.BMJ, 318:527-30,1999
- 16- Mahmud SDP. Protocolos clínicos: adesão e aplicabilidade numa instituição hospitalar. 2002 [citado el 8 de abril de 2021]; Disponible en: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/12393>
- 17- Vallejo-Ortega MT, Sánchez-Pedraza R, Feliciano-Alfonso JE, García-Pérez MJ, Gutiérrez-Sepúlveda MP, Merchán-Chaverra RA.,2016, Manual Metodológico para la elaboración de protocolos clínicos en el Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología.
- 18- González Labrador, Ignacio., Partes componentes y elaboración del protocolo de investigación y del trabajo de terminación de la residencia. Revista Cubana de Medicina General Integral,(2010). 26(2)
- 19 -Sergio González Otero Fernando García Marín José Luis Cebrián Carretero, Lesiones de la mucosa oral., Protocolos clínicos de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial.13-7-06, 61p
- 20- García-Alpizar B, Capote-Valladares M, Morales-Montes-de-Oca T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Revista Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 2021 Abr 7]; 2(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/99>
- 21- Gendreau L, Loewy ZG., Epidemiology and etiology of denture stomatitis. ,J Prosthodont.,2011 Jun;20(4):251-60p
- 22- Jurado Castañeda Emiliano, Eficacia de los propóleos mexicanos de *Apis mellifera* en el tratamiento de la estomatitis protésica., Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, Diciembre 2017, 86p
- 23- Ayuso-Montero, Raúl, Torrent-Collado, José, & López-López, José. Estomatitis protésica: puesta al día. RCOE, (2004). 9(6), 645-652p

24- Estrada Pereira Gladys Aída, Márquez Filiu Maricel, Agüero Despaigne Lilieth Antonia. Diagnóstico clínico de pacientes con estomatitis subprótesis portadores de aparatología protésica. MEDISAN [Internet]. 2017 Nov [citado 2021 Abr 07]; 21(11): 3180-3187. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001100006&lng=es.

25- Mejía López Claudia, Zamora Domínguez Rodrigo Iván, Diagnóstico y tratamiento de papiloma, hiperplasia fibrosa, épolis fisurado, granuloma periférico de células gigantes y granuloma piógeno en cavidad bucal. Presentación de cinco casos clínicos, Tesis licenciatura, Universidad Autónoma de México, ciudad de México, Enero 2007,157p

26- Moreno-Terrazas E, Sánchez-Cuevas GJ, Galindo-Reyes DA, Lizárraga-Rodríguez D, Villalobos-Rodelo JJ., Tratamiento quirúrgico de hiperplasia fibrosa inflamatoria o épolis fisurado: reporte de un caso clínico. En: Medina-Solís CE, Casanova-Rosado JF, Lara-Carrillo E, Minaya-Sánchez M, Scougall-Vilchis RJ, Coordinadores. Mis casos clínicos de especialidades odontológicas. Campeche: Universidad Autónoma de Campeche; 2019. p. 66-73.

27-Richard C. K. Jordán, James J. Sciubba, Joseph A. Regezi, Capítulo 3 White lesions, CAPcap 7 Connective Tissue lesions lesions, En: Richard C. K. Jordán, James J. Sciubba, Joseph A. Regezi, Oral Pathology: Clinical Pathologic Correlations, 7th St. Louis, Missouri : Elsevier, 2017, 80-113p, 161-186p

28- María del Sagrado Corazón Rodríguez Fernández, América Portillo Recio, Esperanza Mercedes Lama González, Sandra Elena Hernández Solís, Lesiones bucales asociadas con el uso de prótesis en pacientes de la comunidad de Kantunil, Yucatán, Revista ADM, Agosto 2014, 71 (5): 221-225

29- Carrasco CW, Guerra G ME, Tovar V. Comparacion de la presencia de queilitis angular en niños VIH (+) y VIH (-), hijos de madres seropositivas. Acta Odontol Venez. 2008; 46 (3): 260-4.

30- García López, Eneida, Blanco Ruiz, Antonio O., Rodríguez García, Luis Orlando, Reyes Fundora, Delis, & Sotres Vázquez, Jorge. Queilitis: Revisión bibliográfica. *Revista Cubana de Estomatología*,(2004). 41(2)

31- Escribano-Bermejo, M., & Bascones-Martínez, A., Leucoplasia oral: Conceptos actuales. *Avances en Odontoestomatología*,. (2009) 25(2), 83-97

32- Palacios Rodríguez María del Rosario, Diagnóstico y marcadores moleculares del potencial maligno de la leucoplasia oral, Tesina licenciatura, Universidad Autónoma de México, Ciudad de México, , 2017,157p

33- Somacarrera Pérez, M.L., López Sánchez, A.F., Martín Carreras-Presas, C., & Díaz Rodríguez, M., Lesiones traumáticas en la mucosa oral de los adultos mayores. *Avances en Odontoestomatología*, (2015) 31(3), 129-134