

Comportamiento clínico-epidemiológico de la estomatitis subprótesis en pacientes de la Clínica René Guzmán, Holguín, Cuba

Clinical-epidemiological subprosthesis stomatitis behavior in patients of René Guzmán Clinic, Holguín, Cuba

Esp. Milena Avila Rojas¹

Esp. Julio Cesar Martínez Díaz¹

Esp. Ariadna Laffita Torres¹

Esp. Pedro Antonio Miguel Cruz¹

MSc. Aluett Niño Peña²

¹Clínica Estomatológica René Guzmán Pérez. Buenaventura. "Calixto García". Holguín, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: milena16@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: la estomatitis subprótesis es la inflamación de la mucosa de soporte de la prótesis.

Objetivo: describir el comportamiento clínico y epidemiológico de esta enfermedad en una población portadora de prótesis.

Método: se realizó un estudio transversal de base poblacional en pacientes de la localidad de Buenaventura, pertenecientes a la Clínica René Guzmán Pérez, municipio de Calixto García, provincia de Holguín, Cuba, entre octubre de 2016 a junio de 2018. El universo fue de 835 pacientes portadores de prótesis removibles.

La selección de la muestra de 140 pacientes se realizó por muestreo aleatorio simple, según nivel de significación del 95%, potencia estadística de 80%, prevalencia de 30%, precisión de 5% y efecto de diseño de 1, con el empleo de EPIDAT 4,1.

Resultados: la edad media de los pacientes con estomatitis subprótesis fue 69,75 (11,50) años, significativamente superior a 57,11 (12,69) de los pacientes sin estomatitis. El 62,14% de los pacientes eran hombres. La prevalencia de estomatitis fue del 45,71%, con predominio de los grados I (22,14%) y II (18,57%). La prevalencia de diabetes mellitus en pacientes con estomatitis fue del 60,47% y de tabaquismo, del 59,09%.

Conclusiones: se encontró una alta prevalencia de estomatitis subprótesis, principalmente grados I y II en adultos mayores con factores de riesgo asociados. Los principales factores de riesgo fueron higiene bucal deficiente, prótesis total y tiempo de confección prolongado. Se recomienda un estudio de cohorte para evaluar el efecto a largo plazo.

Palabras clave: estomatitis subprótesis, prevalencia, factores de riesgo, adulto mayor, hábito de fumar.

ABSTRACT

Introduction: subprosthesis stomatitis is the inflammation of the supporting prosthesis mucosa.

Objective: to describe the clinical and epidemiological behavior of this disease in a population that carries prosthesis.

Method: a cross-sectional population-based study was conducted in patients from Buenaventura, at René Guzmán Pérez Clinic, from Calixto García municipality, Holguín province, Cuba, from October 2016 to June 2018. The universe was 835 patients with removable prostheses. Sample selection was 140 patients by simple random sampling, according to 95% significance level, 80% statistical power, 30% prevalence, an accuracy of 5% and a design effect of 1, with the employment of EPIDAT 4.1.

Results: the average age of the patients with stomatitis subprosthesis was 69.75 (11.50) years significantly higher than 57.11 (12.69) of the patients without stomatitis; 62.14% of patients were men.

Stomatitis prevalence was 45.71%, with predominance of grades I (22.14%) and II (18.57%). Diabetes mellitus prevalence, in patients with stomatitis was 60.47% and smoking habit had a 59.09%.

Conclusions: a high prevalence of stomatitis subprosthesis was found, mainly grade I and II in older adults with associated risk factors. The main risk factors were poor oral hygiene, total prosthesis and long preparation time. A cohort study is recommended to evaluate the long-term effect.

Keywords: stomatitis subprosthesis, prevalence, risk factors, older adult, smoking habit.

Recibido: 01/02/2019.

Aprobado: 14/02/2019.

Introducción

Una prótesis provoca cambios en la cavidad bucal, en dependencia de las características de las prótesis, del medio y la capacidad de respuesta de las personas; en algunos pacientes puede provocar cambios adaptativos y en otros, estomatitis subprótesis (ES).⁽¹⁾

La ES resulta de la inflamación de la mucosa de soporte de las prótesis, que afecta principalmente a la población de edad avanzada que utiliza prótesis dentales removibles.¹

La prevalencia de esta enfermedad en Dinamarca, entre el 40 y 60%; Chile, 53%; Japón, 43%; Brasil, 56%; Finlandia, 52% y Alemania, 70%. En Cuba llega a alcanzar el 46,86% de afectados e implica en su terapia el retiro de la prótesis, lo que provoca afectación de las funciones normales, como masticación, fonación y estética. Esta enfermedad es más común en pacientes con edades entre 45 y 60 años, del sexo femenino.^(1,2)

La ES se localiza principalmente en el paladar duro de pacientes que utilizan prótesis, pero aparece en la mandíbula en raras ocasiones. Es importante reconocer las características que permiten su diagnóstico: desde pequeñas áreas de hiperemia localizadas hasta lesiones eritematosas que dibujan el contorno de la base de la prótesis; en estados más avanzados, aparecen proyecciones papilares que dan un aspecto verrugoso a la superficie del paladar.^(1,3)

La ES se está examinando en todo el mundo.⁴⁻⁷ En Cuba también se han realizado numerosas investigaciones sobre esta estomatitis.⁸⁻¹⁴ En Holguín¹⁵⁻¹⁷ también se ha indagado esta enfermedad, pero en el municipio de Calixto García se han publicado pocos estudios, por lo que se diseñó esta pesquisa para describir el comportamiento clínico y epidemiológico de esta enfermedad en una población portadora de prótesis.

Método

Se realizó un estudio transversal de base poblacional en pacientes con ES que viven en la localidad de Buenaventura y pertenecen a la Clínica René Guzmán Pérez, municipio de Calixto García, provincia de Holguín, Cuba, en el período de octubre de 2016 a junio de 2018.

Universo: De los 835 pacientes portadores de prótesis totales y parciales removibles, pertenecientes a localidades de Buenaventura: Irene, Centro Escolar, y Fábrica de Caramelos, escogidas por ser las de mayor densidad poblacional y cercanía a nuestros servicios y que pertenecen al área de salud atendida por los investigadores.

Diseño muestral: la selección de la muestra se realizó por muestreo aleatorio simple, según el nivel de significación del 95%, la potencia estadística de 80%, una prevalencia de 30%, una precisión de 5% y un efecto de diseño de 1, con el empleo de EPIDAT 4,1 (Junta de Galicia, España; Organización Panamericana de la Salud; Universidad CES, Colombia, 2014).

Muestra: Los 140 pacientes examinados en una pesquisa en el terreno se aquejaban de desajustes, rupturas u otras causas que provocaban la desadaptación a la prótesis.

Criterios de inclusión: pacientes de cualquier sexo portadores de prótesis removibles.

Criterios de exclusión: pacientes con mal estado de salud general o deterioro mental importante que imposibilitaron la realización del examen, pacientes con prótesis fija y personas que se negaron a ser examinadas o no se encontraban por diversos motivos en el momento de la investigación.

Principales variables de medición de respuesta

Se utilizaron las variables (dependiente): prevalencia de ES en la población estudiada y se determinó utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia ES} = \frac{\text{Sujetos con estomatitis subprótesis}}{\text{Total de población examinada}}$$

Independientes:

1. Edad: descrita según años cumplidos en el momento de la investigación, según Carné de Identidad y su indicador fue atendiendo a frecuencias absolutas y relativas.
2. Grupo de edades: descrita según Carné de Identidad y su indicador fue atendiendo a frecuencias absolutas y relativas, pero esta vez agrupadas según ≤ 49 años, 50-69 años y ≥ 70 años.
3. Sexo: la descripción se realizó según condición biológica de pertenencia y su indicador fue atendiendo a frecuencias absolutas y relativas.
4. Grados de estomatitis: se expresó en frecuencias absolutas y relativas y se clasificó según Newton en 1962, que expresa las diferentes etapas por las que transitan los pacientes antes de recibir tratamiento.⁽⁸⁾

Grado I: signos inflamatorios mínimos, generalmente asintomático. Pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos. Es la lesión mínima visible a la inspección.

Grado II: lesión francamente inflamatoria. Puede observarse el dibujo de los contornos de la prótesis, la superficie mucosa es de color rojo brillante; aparecen áreas eritematosas difusas que pueden cubrirse total o parcialmente por un exudado blanco grisáceo.

Grado III: lesión constituida por una mucosa gruesa, con gránulos irregulares que a veces toman aspecto papilar con las alteraciones máximas en la parte central de la mucosa palatina. La magnitud de los signos inflamatorios es variable y generalmente sobre estos predominan los fenómenos proliferativos.

El tipo I se relaciona con la obstrucción de los conductos salivales por la prótesis, mientras que los tipos II y III se relacionan con el acúmulo de placa microbiana (bacteriana o fúngica) en la prótesis y la mucosa subyacente.

5. Tipo de prótesis: se expresó en frecuencias absolutas y relativas y se clasificó en:
 - Prótesis parcial: se consideró aquella que restauraba uno o más dientes naturales y sus partes asociadas, pero no el número total de dientes.
 - Prótesis total: la que restauraba todos los dientes de una arcada y sus partes asociadas.
6. Tiempo de uso de las prótesis: su indicador fue atendiendo a frecuencias absolutas y relativas y se consideró el tiempo de uso de los aparatos desde el momento de su instalación; se estableció la escala de clasificación en: menor de tres años, de tres a cinco años y más de cinco años.
7. Tabaquismo: la descripción se realizó según lo expresado por el paciente.
8. Diabetes mellitus: la descripción se efectuó según padecimiento o no de la enfermedad.
9. Adulto Mayor: la clasificación se realizó según la edad del paciente, considerando Adulto Mayor al paciente con 60 y más años de edad y No Adulto Mayor al menor de 60 años.
10. Higiene bucal: se clasificó a partir del índice de higiene bucal de Love: Índice de eficiencia de higiene bucal de Love:

1. Se le explicó al examinado el procedimiento, luego se le pidió que se cepillara los dientes con la prótesis en la boca.

2-Se les explicó el uso de la sustancia reveladora para identificar la placa en los sitios en que la técnica por él no hubiese sido adecuada. Se aplicó la sustancia reveladora a los dientes y prótesis.

3-Se les mostró el resultado obtenido utilizando un depresor lingual y se le solicitó que identificara todos los sitios donde quedó placa.

4-Se marcó en el formulario con lápiz rojo las superficies teñidas (supmesiales, distales, bucales y linguales) de los dientes presentes y de las superficies teñidas de los dientes rehabilitados. No se consideraron ni las caras oclusales ni los terceros molares. Se marcaron con lápiz azul los dientes ausentes no rehabilitados.

5- Valores superiores al 20% indicaron deficiencia en el cepillado.

El cálculo se hizo de la siguiente forma:

$$\frac{\text{Número de superficies manchadas}}{\text{Número de superficies examinadas}} \times 100$$

Técnicas y procedimientos de obtención de la información

A todos los individuos se les aplicó una encuesta, que se incluyó en el formulario junto con los datos generales y las respuestas del interrogatorio.

Se formalizó la anamnesis y el examen clínico en el terreno. Con luz artificial y utilizando depresor lingual y linterna se ejecutó la observación para determinar la presencia o no de la enfermedad, así como el cálculo del índice de *Love*.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se compararon con la prueba t, previa comprobación del ajuste de los datos a la curva normal con el test de *Kolmogorov-Smirnov* y de la homocedasticidad de varianzas con el test de *Levene*.

Para comprobar la asociación entre variables categóricas se aplicó el χ^2 o la prueba de comparación de proporciones para muestras independientes (Z).

Para calcular los *Odds Ratio* (OR) y sus intervalos de confianza de 95% de los factores de riesgo, se aplicó la regresión logística simple. Se consideró como variable dependiente la ausencia (codificada con 0) o presencia de ES (codificada con 1).

Se utilizó el paquete estadístico EPIDAT 4,1. El nivel de significación escogido fue del 5%.

Aspectos éticos

Todos los pacientes dieron su consentimiento informado oral y por escrito para esta investigación, aprobada previamente por el Consejo Científico y el Comité de Ética de la Clínica Estomatológica Docente René Guzmán Pérez.

Conflictos de intereses: los autores refieren no tener conflictos de intereses.

Declaración de autoría: los autores participaron en la elaboración del proyecto de investigación, la autora principal en la recolección de los datos y todos en el análisis de los resultados y en la confección del informe final.

Resultados

La media (desviación estándar) de la edad fue 62,89 (13,67) años, con un rango de 36-94. Se encontraron diferencias significativas de la edad en los pacientes con estomatitis en relación con quienes no presentaban la enfermedad (tabla I).

Tabla I. Valores medios de la edad en años, según el sexo y la presencia de Estomatitis Subprótesis

VARIABLES	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	t	p
Sexo femenino	61,64	13,72	36	94	-0,84	0,40
Sexo masculino	63,65	13,65	36	92		
Pacientes sin estomatitis	57,11	12,69	36	88	-6,12	0,00
Pacientes con estomatitis	69,75	11,50	42	94		
Total de pacientes	62,89	13,67	36	94		

No se encontró asociación entre el sexo y los grupos de edades (tabla II).

Tabla II. Distribución de pacientes según sexo y grupo de edades

Grupo de edades (años)	Sexo femenino		Sexo masculino		Total		χ^2/p
	n	%	n	%	n	%	
≤49	10	37,04	17	62,96	27	19,29	0,07/0,96
50-69	25	39,06	39	60,94	64	45,71	
≥70	18	36,73	31	63,27	49	35	
Total	53	37,86	87	62,14	140	100	

La prevalencia de ES y factores de riesgo asociados se muestra en la tabla III.

Tabla III. Prevalencias de pacientes con Estomatitis Subprótesis y sus factores de riesgo asociados

Variables	No estomatitis		Estomatitis Subprótesis		Total		Estadígrafo	p
	n	%	n	%	n	%		
≤49 años	24	88,89	3	11	27	19,29	$\chi^2=22,37$	0,01
50-69 años	36	56,25	28	43,75	64	45,71		
≥70 años	16	32,65	33	67,35	49	35		
Sexo femenino	27	50,94	26	49,06	53	37,86	Z=3,94	0,01*
Sexo masculino	49	56,32	38	43,68	87	62,14		
No diabetes	59	60,82	38	39,18	97	69,29	$\chi^2=5,44$	0,02
Diabetes mellitus	17	39,53	26	60,47	43	30,71		
Higiene bucal eficiente	62	82,67	13	17,33	75	53,57	$\chi^2=52,43$	0,01
Higiene bucal deficiente	14	21,54	51	78,46	65	46,43		
No tabaquismo	49	66,22	25	33,78	74	52,86	$\chi^2=9,00$	0,01
Tabaquismo	27	40,91	39	59,09	66	47,14		
Prótesis parcial	46	70,77	19	29,23	65	46,43	$\chi^2=13,28$	0,01
Prótesis total	30	40	45	60	75	53,57		
Tiempo confección <3 años	35	79,55	9	20,45	44	31,43	$\chi^2=18,99$	0,01
Tiempo confección 3-5 años	20	52,63	18	47,37	38	27,14		
Tiempo confección > 5 años	21	36,21	37	63,79	58	41,43		
No adulto mayor	50	79,37	13	20,63	63	45	$\chi^2=29,03$	0,01
Adulto mayor	26	33,77	51	66,23	77	55		
Total de pacientes	76	54,29	64	45,71	140	100	Z=0,84	0,40

* Con relación al sexo masculino

En la tabla IV se muestra la distribución de frecuencia de acuerdo con el grado de ES; se destaca que la mayoría de los pacientes afectados presentaron estomatitis de grados I y II.

Tabla IV. Prevalencias de pacientes según el grado de Estomatitis Subprótesis

Variables	No estomatitis		Estomatitis						Total	
			Grado I		Grado II		Grado III			
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	**
≤49 años	24	88,89	1	3,70	2	7,41	0	0	27	24
50-69 años	36	56,25	14	21,88	11	17,19	3	4,69	64	45,71
≥70 años	16	32,65	16	32,65	13	26,53	4	8,16	49	35
Sexo femenino	27	50,94	14	26,42	10	18,87	2	3,77	53	37,86
Sexo masculino	49	56,32	17	19,54	16	18,39	5	5,75	87	62,14
No diabetes	59	60,82	18	18,56	14	14,43	6	6,19	97	69,29
Diabetes mellitus	17	39,53	13	30,23	12	27,91	1	2,33	43	30,71
Higiene bucal adecuada	62	82,67	4	5,33	7	9,33	2	2,67	75	53,57
Higiene bucal deficiente	14	21,54	27	41,54	19	29,23	5	7,69	65	46,43
No tabaquismo	49	66,22	14	18,92	9	12,16	2	2,70	74	52,86
Tabaquismo	27	40,91	17	25,76	17	25,76	5	7,58	66	47,14
Prótesis parcial	46	70,77	12	18,46	5	7,69	2	3,08	65	46,43
Prótesis total	30	40	19	25,33	21	28	5	6,67	75	53,57
Tiempo confección <3 años	35	76,55	8	18,18	1	2,27	0	0	44	31,43
Tiempo confección 3-5 años	20	52,63	13	34,21	5	13,16	0	0	38	27,14
Tiempo confección > 5 años	21	36,21	10	17,24	20	34,48	7	12,07	58	41,43
No adulto mayor	50	79,37	10	15,87	3	4,76	0	0	63	45
Adulto mayor	26	33,77	21	27,27	23	29,87	7	9,09	77	55
Total de pacientes	76	54,29	31	22,14	26	18,57	7	5	140	100

* Porcentaje calculado en filas.

** Porcentaje contra total de pacientes (n=140).

En la Tabla V se muestran los factores de riesgo significativamente asociados a la ES en la regresión logística simple. Sin embargo, solo constituyeron factores de riesgo independientes la higiene bucal deficiente, la prótesis total y el tiempo de confección prolongado.

Tabla V. Factores de riesgo asociados significativamente a la Estomatitis Subprótesis en la regresión logística simple y múltiple.

Factores	OR	Intervalo de confianza de 95% del OR		Curva ROC		
				Área bajo la curva	Error estándar	Intervalo de confianza del 95%
Grupo 50-69 años	6,22	1,70	22,78	0,71	0,04	0,62; 0,80
Grupo ≥70 años	16,50	4,32	63,05			
Diabetes mellitus	2,37	1,13	4,95	0,59	0,05	0,49; 0,68
Tabaquismo	2,83	1,42	5,63	0,62	0,04	0,53; 0,72
Higiene bucal deficiente	17,37 (21,51)	7,49 (6,54)	40,28 (70,80)	0,80	0,73	0,88
Prótesis total	3,63 (3,26)	1,79 (1,03)	7,36 (10,23)	0,65	0,02	0,86; 0,96
Tiempo confección 3-5 años	3,50 (8,42)	1,33 (2,02)	9,24 (34,98)	0,70	0,05	0,61; 0,79
Tiempo confección > 5 años	6,85 (7,09)	2,77 (2,00)	16,98 (34,98)	0,70	0,05	0,61; 0,79
Adulto mayor	7,54	3,48	16,32	0,72	0,64	0,81

Entre paréntesis los resultados de la regresión logística múltiple

Discusión

En esta investigación se encontró una prevalencia significativamente superior de ES en el sexo femenino, lo que coincide con la mayoría de otros estudios realizados en Manizales,¹⁸ Holguín,¹⁶ Cienfuegos,¹⁰ Santiago,¹² Las Tunas¹⁹ y Camagüey.⁽²⁰⁾ Sin embargo, un estudio pinareño¹¹ encontró una prevalencia superior (62,7%) en hombres.

La mayor prevalencia de ES en el sexo femenino se atribuye a que en las mujeres es más frecuente la fragilidad capilar a partir de la tercera década de la vida, al estrés y las alteraciones durante la menopausia, que influyen sobre los tejidos bucales, al alterar la irrigación, la salivación y los anticuerpos circulantes. También por su mayor preocupación por la estética, pues acuden con mayor frecuencia a solicitar tratamientos rehabilitadores.⁽¹⁰⁾

Algunos autores refieren que probablemente la mucosa palatal masculina es más resistente al uso de la prótesis que la de las mujeres.⁽¹²⁾

La prevalencia en este trabajo es menor que el 66% en mayores de 40 años encontrados en un hogar de ancianos de Holguín¹⁶ que el 71,4% en pacientes con reparación protésica de una clínica holguinera¹⁷ y 80,3% en adultos mayores holguineros.⁽¹¹⁾ Un estudio en un área de salud pinareña encontró una prevalencia de ES similar al de esta investigación.⁽²¹⁾

En relación con el grupo de edades, estos resultados coinciden con otros estudios que han encontrado una prevalencia superior de ES a medida que se incrementa la edad de los pacientes,^(10,16) aunque una investigación en Pinar del Río encontró una mayor prevalencia en el grupo de 60-69 años.⁽¹¹⁾

Esta afección se incrementa con el avance de la edad, debido que el individuo a lo largo de la vida sufre la acción del ambiente, lo cual conlleva al envejecimiento de su parénquima, al debilitamiento de sus funciones y a deficiencias metabólicas, tales como hipovitaminosis, hipoproteinemias y anemias, además de disminuir las reservas y resistencia ante las infecciones y los traumas.⁽¹²⁾

También se incrementó en este estudio la prevalencia de ES a medida que se incrementaba el tiempo de uso de la prótesis, lo que coincide con otros estudios.^(6,11,12,16) Estos resultados pueden deberse al desajuste de la prótesis, debido a los cambios que sufren las estructuras que sirven de soporte y en los propios aparatos protésicos, al convertirse en artefactos de mala calidad, por no estar conservadas como es debido y de esta forma contribuye a lesiones en los tejidos bucales.⁽¹¹⁾

El uso de prótesis por largos periodos provoca degeneración de las glándulas salivales y bloqueo mecánico de sus conductos excretores, lo cual disminuye la secreción y pH salival y se favorece con ello la acumulación de la placa dentobacteriana y de los microorganismos que contribuyen a la aparición de la enfermedad.⁽¹¹⁾

Estos resultados coinciden con un estudio en un hogar de ancianos holguinero ⁽¹⁶⁾ y Santiago de Cuba. ⁽¹²⁾ Sin embargo, una investigación en Chile evidenció un relativamente elevado porcentaje de casos con grado III. ⁽⁶⁾

En Cuba, la mayor frecuencia de ES en estadios leves se debe a las actividades de educación para la salud que se realiza en Estomatología, que enseña al paciente la forma de realizar el autoexamen bucal, los cuidados que deben tener con las mucosas y la correcta higiene de las prótesis y dientes remanentes. También, es importante destacar la cobertura y accesibilidad que ofrece el Sistema Nacional de Salud a la población, en particular con el Plan de Detección Precoz del Cáncer Bucal. ⁽²²⁾

El hábito de fumar puede producir inflamación del paladar, disminución transitoria del potencial óxido-reducción de la boca y, también, deterioro de la función leucocitaria. Esto se debe a los componentes nocivos del humo del cigarro, como el alquitrán, que no es una sustancia única, porque engloba aproximadamente 500 componentes con alto nivel cancerígeno; la nicotina, uno de los alcaloides más tóxicos, y el monóxido de carbono, el cual entorpece el transporte de oxígeno al combinarse con la hemoglobina en lugar del oxígeno. ⁽²²⁾

La mayoría de los autores ⁽¹⁰⁾ consideran la higiene bucal deficiente como un importante factor de riesgo asociado a la ES, pues se favorece el crecimiento de microorganismos patógenos que provocan cambios en el epitelio de la mucosa bucal.

Muchos pacientes portadores de ES son de edad avanzada y en ocasiones su alimentación es deficitaria; a ello se le suma su habilidad manual disminuida, que impide una correcta higiene de la prótesis. Se debe insistir en la correcta higienización de los aparatos protésicos e instruir sobre la importancia de una dieta balanceada, para evitar diferentes deficiencias nutricionales, como bajos niveles en hierro, ácido fólico o vitamina B₁₂ también considerados como factores predisponentes.

Una higiene deficiente es capaz de provocar irritaciones a los tejidos por la producción de ácidos a causa de la descomposición de los alimentos, lo que crea el medio propicio para la proliferación de hongos.⁽¹⁰⁾

La presencia de prótesis totales aumenta el riesgo de ES, porque son más propensas a desajustes y pueden provocar procesos inflamatorios bucales. Otros autores plantean que la estomatitis guarda relación con la prótesis total de base acrílica, por la mayor área de mucosa cubierta por este material, las que proporcionan, además, alojamiento a las colonias de hongos y bacterias en sus porosidades microscópicas.⁽¹⁶⁾

Un trabajo en Sancti Spíritus encontró como principal factor de riesgo de ES a la higiene bucal deficiente (82% de los pacientes), el hábito de fumar (47%) y solo con diabetes mellitus el 5,6%.⁽¹³⁾

En este estudio el riesgo de ES resulta 3 veces mayor en los pacientes con prótesis totales, lo que se atribuye a la mayor área de la mucosa cubierta por la prótesis, cuyas bases de acrílico proporcionan una superficie que facilita el alojamiento de hongos y bacterias y por la presencia en este tipo de bases de porosidades y grietas que favorecen la adhesión de la placa microbiana.⁽²³⁾ Además, se le suma la acción mecánica de la prótesis, debido a que las cargas se transmiten al hueso a través de la mucosa, su único soporte, con lo cual se provoca continuamente un roce sobre la mucosa, que causa irritación.

En esta investigación el mayor tiempo de confección y uso de la prótesis constituyeron factores de riesgo independientes de ES. Mientras mayor es el tiempo de uso de la prótesis, la probabilidad de su desajuste en la boca es más evidente, por los cambios que sufren las estructuras que le sirven de soporte, así como los que se producen en los mismos aparatos protésicos.

Es necesario insistir en los pacientes sobre uso, higiene y cuidado de sus prótesis, enfatizar en la importancia de acudir con periodicidad a la revisión sistemática de su estado, para comprobar su retención, el soporte, la estabilidad, el mantenimiento de la dimensión vertical y su cambio, cuando es necesario, ya que al garantizar una vigilancia periódica pueden anticiparse alteraciones y remediarlas a tiempo. El estomatólogo debe inducir a la población a sentir como sus necesidades los aspectos relacionados con su estado de salud bucal, para lo cual es fundamental una efectiva participación comunitaria.

Conclusiones

No existieron diferencias significativas en la media de la edad entre mujeres y hombres, aunque los pacientes con ES presentaron mayor edad que aquellos que no tenían esa condición.

No se encontró asociación entre el sexo y los grupos de edades en los pacientes estudiados.

Se hallaron elevadas prevalencias de factores de riesgo en personas adultas ≥ 60 años.

Predominaron las tasas de prevalencia de ES grados I y II.

Higiene bucal deficiente, prótesis total, el tiempo de confección 3-5 años y > 5 años constituyeron factores de riesgo independientes asociados a la ES.

Se recomienda un estudio de cohorte que valore la evolución de estos pacientes a largo plazo.

Referencias Bibliográficas

1. Bermúdez Alemán R, Martínez Bermúdez GR, Ibáñez Cabrera R. Evaluación de conocimientos sobre estomatitis subprotésica en pacientes y profesionales de la Clínica Docente de Especialidades. Medicentro Electrónica. 2015 [citado 25 mar 2018]; 19(4): 244-247. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432015000400006

2. Corona Carpio MH, Ramón Jimenez R, Urgellés Matos W. Lesiones de la mucosa bucal en adultos mayores con prótesis dentales totales. Medisan. 2017 [citado 15 may 2018]; 21(7): 813-818. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700006&lng=es

3. Jorge Figueredo E, del Toro Chang K, Torres Silva MC, Pérez García MC, Gilbert Orama Y, Rico Chapman M. Efectividad del oleozón en el tratamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes mayores de 60 años. CCM. 2017 [citado 15 may 2018]. Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2665>

4. Churata Oroya DE, Ramos Perfecto D, Moromi Nakata H, Martínez Cadillo E, Castro Luna A, Garcia de la Guarda R. Efecto antifúngico de Citrus paradisi “Toronja” sobre cepas de *Candida albicans* aisladas de pacientes con estomatitis subprotésica. Rev Estomatol Herediana. 2016 [citado 16 may 2018];26(2): 78-84. <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/2869>

5. Castillo Saucedá DM, Concepción Tello Zavala M, Sánchez Vargas LO, Gómez Gutiérrez MB, Nava Zárate N, Aranda Romo S. Susceptibilidad in vitro de *Candida albicans* y no albicans Aisladas de Prótesis Dentales de Pacientes con Estomatitis Protésica a Tres Sustancias de Desinfección. Int J Odontostomat. 2015[citado 16 may 2018];9(3):373-377. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

6. Gutiérrez C, Bustos Medina L, Sanchez M, Zaror Cornejo L, Zambrano ME. Estomatitis Subprotésica en Pacientes de la IX Región, Chile. Int J Odontostomat.2013 [citado 16 may 2018];7(2): 207-213. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000200008&lng=en&nrm=iso&tlng=en

7. Lee X, Gómez L, Vergara C, Astorga E, Cajas N, Ivankovic M. Asociación entre presencia de levaduras del género *Candida* y factores del paciente adulto mayor con y sin estomatitis protésica. Int J Odontostomat. 2013 [citado 16 may 2018];7(2): 279-285. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2013000200018
8. González Beriau Y, Dumenigo Soler A, Fuguet Boullón JR. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis dental superior. Medisur. 2017 [citado 15 may 2018]; 15(1).Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3201>
9. Casado Tamayo D, Quezada Oliva LM, Casado Méndez PR, Santos Fonseca RS, Méndez Jiménez O, Pérez Villavicencio AM. Efectividad del tratamiento con oleozón versus crema de aloe en la estomatitis subprotésica. AMC. 2017 [citado 15 may 2018];21(2): 202-212. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000200005&lng=es
10. Vázquez de León AG, Palenque Guillemí AI, Morales Montes de Oca TJ, Bermúdez Morales DC, Barrio Pedraza TJ. Caracterización de pacientes portadores de estomatitis subprótesis. Medisur.2017 [citado 15 may 2018];15(6):792-799. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000600007&lng=es
11. Cardentey García J, González García X. Caracterización de la estomatitis subprótesis en adultos mayores en la Clínica Estomatológica Ormani Arenado Llonch. AMC.2017 [citado 15 may 2018];21(5): 602-611. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000500006&lng=es
12. Estrada Pereira GA, Márquez Filiu M, Agüero Despaigne LA. Diagnóstico clínico de pacientes con estomatitis subprótesis portadores de aparatología protésica. Medisan.2017 [citado 15 may 2018];21(11):3180-3187. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001100006&lng=es

13. Expósito Sánchez JE, González Olazabal M, Ruiz Calabuch H. Factores de riesgos de la estomatitis subprótesis en los pacientes del municipio de Taguasco. 2008-2009. Gacet Méd Espirituana. 2010 [citado 20 sep 2016];12(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.%282%29_03/p3.html
14. García Rodríguez B, Romero Junquera CR. Estomatitis subprótesis en mayores de 40 años del Hogar de ancianos Jesús Menéndez de Holguín. CCM. 2012 [citado 15 may 2018];16(3).Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/215>
15. Romero Junquera CR, García Rodríguez B, Genicio Ortega S. Estado prostodónico y salud bucal en pacientes que solicitaron reparaciones protésicas. CCM. 2015 [citado 15 may 2018]. Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1763>
16. Cobos Castro I, Gutiérrez Segura M, Paterson Serrano E, Zamora Guevara N. Intervención educativa sobre estomatitis subprótesis en el adulto mayor. CCM. 2015 [citado 15 may 2018];19(3).Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2066>
17. Gutiérrez Segura M, Sánchez Ramírez Y, Castillo Santiesteban Y. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. CCM. 2013 [citado 15 may 2018];17(4). Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/565>
18. Joya Rodríguez LD, Quintero LE. Caracterización de la salud bucal de las personas mayores de 65 años de la ciudad de Manizales, 2008. Hacia Promoc Salud.2015 [citado 15 may 2018];20(1):140-152. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n1/v20n1a10.pdf>
19. García Cubillas MC. Estomatitis subprótesis en pacientes atendidos en el policlínico “Guillermo Tejas Silva”. Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2015 [citado 15 may 2018];40(5).Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/66>

20. Nápoles González I, Díaz Gómez SM, García Nápoles CI, Pérez Sarduy D, Nápoles Salas AM. Caracterización de la estomatitis subprótesis en pacientes del policlínico "Julio Antonio Mella". Rev Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016 [citado 15 may 2018];41(2). Disponible en: <http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/392>

21. Hernández Linares L, Marimón Torres ME, Linares Guerra EM, González Crespo E. Salud oral y hábitos dietéticos en los adultos mayores no institucionalizados. RCAN. 2017[citado 15 may 2018];27(1):29-48. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/revcubalnut/can-2017/can171d.pdf

22. Mondelo López I, Guarat Casamayor M, Avilés Mondelo D, Avilés Mondelo I, Ricardo Mondelo L. Caracterización de pacientes adultos mayores con estomatitis subprótesis. Rev Inf Cient. 2015[citado 15 may 2018];93(5):35-46. Disponible en: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/175>

23. Espasandín González S, Reyes Suárez VO, Soler Gil M, Pérez Acosta K. Factores de riesgo asociados a la aparición de la estomatitis subprótesis. Medimay .2015 [citado 15 may 2018];21(1). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/709>