

Diagnóstico clínico de pacientes con estomatitis subprótesis portadores de aparatología protésica

Clinical diagnosis of patients with subprosthesis stomatitis bearers of prosthetic aparatology

Dra. Gladys Aída Estrada Pereira,^I Dra. Maricel Márquez Filiu^{II} y Lic. Liliet Antonia Agüero Despaigne^I

^I Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Facultad de Estomatología, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 75 pacientes con estomatitis subprótesis de la mucosa del paladar duro portadores de aparatología protésica removible, atendidos en la consulta estomatológica del Policlínico de Especialidades del Hospital Provincial Clinicoquirúrgico Docente "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde noviembre de 2014 hasta igual mes de 2015, a fin de caracterizarles desde el punto de vista clínico. En la casuística prevalecieron el sexo femenino, el grupo etario de 60 años y más, así como la ausencia de sintomatología. La estomatitis grado I resultó la más frecuente; mientras que la prótesis desajustada, el tiempo de uso continuo y el hábito de no retirar la prótesis fueron los principales factores predisponentes en la aparición de esta enfermedad. De ahí la importancia de realizar acciones educativas que permitan disminuir la presencia de dicha afección.

Palabras clave: estomatitis subprótesis, aparatología protésica, prótesis dental, prótesis desajustada, uso continuo de prótesis dental, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive and cross-sectional study of 75 patients with stomatitis subprosthesis of the hard palate mucus bearers of removable prosthetic aparatology, assisted in the stomatological service of the Specialties Polyclinic in "Saturnino Lora Torres" Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital from Santiago de Cuba, was carried out from November, 2014 to the same month in 2015, in order to characterized them from the clinical point of view. In the case material there was a prevalence of the female sex, the 60 years and over age group, as well as the absence of symptomatology. Grade I estomatitis was the most frequent; while loosened prosthesis, the time of continuous use and the habit of not removing away the prosthesis were the main predisposing factors in the emergence of this disease. Reason why it is important to carry out educational actions that allow to diminish the presence of this disorder.

Key words: subprosthesis stomatitis, prosthetics aparatology, dental prosthesis, loosened prosthesis, continuous use of dental prosthesis, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal, por su situación anatómica, sus múltiples funciones en la vida del hombre y su exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos, tiene una peculiar significación; por ello merece la atención médica especializada, tanto en la prevención como en la detección precoz de cualquier enfermedad.¹

Ahora bien, la acción de cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis constituye para el tejido una agresión mecánica no fisiológica; los efectos de presión, tracción y empuje que ejerce puede causar acciones irritantes, pero si estos alcanzan mayor intensidad aparece un estímulo patógeno que rompe ese equilibrio y se produce una irritación tisular acompañada de sus consiguientes reacciones inflamatorias, entre las cuales se encuentran: papilomatosis, épulis fisurado, úlceras traumáticas, neoplasias y estomatitis subprótesis.^{1,2}

Con frecuencia acuden a la consulta estomatológica de la citada institución de salud pacientes con disímiles procesos inflamatorios que se localizan en la mucosa bucal, uno de ellos es la estomatitis subprótesis (ES), identificada como una zona eritematosa (roja) de superficie lisa o granular, asintomática, aunque a veces puede provocar sensación de ardor o prurito y se sitúa en el paladar duro, inducido por el uso prolongado de una prótesis total y/o parcial removible. En ocasiones, esta afección se asocia a una deficiente higiene bucal y a la *Candida albicans*. Aparece a cualquier edad del periodo de la adultez y afecta por igual a ambos sexos.³

Tradicionalmente ha existido una gran controversia respecto a la denominación más correcta de la estomatitis subprótesis. En 1936, Cahn la nombró por primera vez *denture sore mouth*, traducido al castellano como llaga o herida. Prior, en ese mismo año, se refirió a la entidad como *chronic denture palatitis*, donde se refiere a la cronicidad del proceso y su ubicación anatómica. Posteriormente, en 1956, Fisher la designó *stomatitis venerata*, denominación que recuerda las no muy alentadoras terminologías medievales y en latín significa venenoso o embrujado. Más tarde, en 1963, Cawson la llama *denture stomatitis*, esta definición fue el término más aceptado en la lengua inglesa, pues intenta resumir los aspectos esenciales de la enfermedad: la inflamación y su asociación protética.²

La citada afección tiene en su génesis múltiples causas y tanto su estudio como su pronóstico son complejos. Se encuentran involucrados los componentes irritativos ocasionados por traumatismos debido al uso continuado de la prótesis dental, el aparato protésico desajustado y las reacciones alérgicas originadas por los materiales de la prótesis. La deficiente higiene bucal estimula la formación de placa bacteriana en la superficie interna de la prótesis, siendo este elemento el de mayor significado en la etiopatogenia de este proceso. Los factores endógenos relacionados con enfermedades sistémicas reducen las defensas del organismo, tales como inmunodeficiencias, alteraciones renales, alteraciones nutricionales por deficiencia de hierro y vitaminas, dietas ricas en carbohidratos y diabetes mellitus. La disminución de la respuesta inmunológica originada por enfermedades degenerativas, la ingestión de medicamentos (antibióticos de amplio espectro) o inmunosupresores (corticoides) disminuyen la respuesta inflamatoria y favorecen el desarrollo de hongos en la mucosa bucal.

En tal sentido, el descenso del flujo salival (xerostomía) es otra causa muy frecuente

en ancianos que ingieren varios medicamentos, lo cual produce la pérdida de la capacidad antimicrobiana de la saliva, su función de arrastre, y su contenido en péptidos de primera línea de defensa inmunológica (inmunoglobulina A, lisozimas, histatinas o lactoferrinas). Existen otras causas, entre las cuales figuran: estrés, hipoparatiroidismo, presencia de oclusión inestable, tiempo de uso de la aparatología protésica --se ha comprobado que llevar varios años con una dentadura es un factor importante que favorece lesiones irritativas en la mucosa bucal--, tipo de base protética, hábito de dormir con la prótesis puesta, tabaquismo --hábito tóxico que causa una irritación crónica de la mucosa bucal tanto por el humo como por el calor desprendido por el cigarrillo, el tabaco o pipa ya sean fumados de forma convencional o invertida--, alcoholismo --tiene un efecto cáustico y ocasiona daños en el tejido epitelial bucal-- e ingestión de alimentos muy calientes y edad del afectado.^{2,4-6}

Las características clínicas de esta enfermedad varían desde pequeñas áreas hiperémicas localizadas hasta lesiones eritematosas que dibujan los límites de la prótesis, cuya superficie, de acuerdo con la gravedad de la afección, puede modificar su aspecto clínico y origina clasificaciones clínicas particulares. En estados más avanzados, afecta principalmente las partes más horizontales del paladar duro y aparecen proyecciones papilares que dan un aspecto rugoso.^{1,4,6,7}

De acuerdo con el grado de desarrollo, esta afección fue clasificada por Moreira y Bernal en 3 tipos: grado I, son signos inflamatorios mínimos, generalmente asintomáticos, pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o pequeños puntos eritematosos en la mucosa palatina, esta lesión mínima es visible a la inspección; grado II, es una lesión francamente inflamatoria donde se observa un área eritematosa bien definida que dibuja el contorno de la prótesis, la superficie mucosa es de color rojo brillante y, a veces, está cubierta por un exudado blanco-grisáceo, generalmente el afectado refiere alguna sensación subjetiva; por último, el grado III, donde se produce una lesión más definida, compuesta por una mucosa gruesa con gránulos irregulares, los cuales se elevan superficialmente y asemejan formas papilares.⁸⁻¹⁰

El diagnóstico de esta enfermedad es principalmente clínico, y en dependencia del grado de desarrollo de la estomatitis puede presentarse una superficie poco queratinizada, eritematosa y edematizada con áreas hiperplásicas de aspecto granular, bien delimitadas. Generalmente el paciente no refiere sintomatología, pero en ocasiones puede aparecer sensación de quemazón o prurito. El dolor o el sangrado es raro y a veces se encuentra asociado a queilitis angular o glositis.^{2,5,7,8}

Resulta importante señalar que, a escala mundial, la frecuencia de esta enfermedad oscila entre 25-65 % en personas de 25 a 90 años con prótesis estomatológica.¹⁰⁻¹²

Los aparatos artificiales (prótesis dental) constituyen un cuerpo extraño dentro de la cavidad bucal, guardan relación armónica con los tejidos de contacto y crean una respuesta beneficiosa al individuo que le permite el restablecimiento de las funciones principales, tales como masticación, fonética y estética facial,⁴ lo cual eleva la autoestima del paciente, aunque en ocasiones se producen una serie de acciones negativas que pueden ser perjudiciales.⁹⁻¹²

Teniendo en cuenta toda esta problemática y la creciente complejidad de la ES en los servicios estomatológicos, los autores de este artículo realizaron un estudio de esta enfermedad, con el objetivo de identificar sus manifestaciones clínicas y de esta manera lograr prevenir su aparición, así como detectar precozmente diversos factores de riesgo que favorecen su presencia y su sintomatología clínica en pacientes

portadores de prótesis dental superior total y/o parcial removible, destinados en su conjunto a proteger, conservar y restaurar la salud bucal del individuo.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal de 75 pacientes con edades comprendidas entre 20 y más de 60 años, quienes usaban prótesis dental superior total y/o parcial removible y presentaban estomatitis subprótesis, los cuales fueron atendidos en la consulta estomatológica del Policlínico de Especialidades del Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde noviembre de 2014 hasta igual mes de 2015, con vistas a evaluar los resultados del diagnóstico clínico mediante el examen exhaustivo de la cavidad bucal. Los integrantes de la casuística fueron examinados clínicamente, se les explicó el propósito de la investigación y se obtuvo su consentimiento informado.

La información se obtuvo de las historias clínicas individuales. Además, se confeccionó una encuesta que incluía las siguientes variables de interés: edad (cumplida en años), sexo (masculino y femenino), estado de la mucosa palatina (alterada o patológica, con zonas rojizas, y signos de inflamación), grados clínicos de la estomatitis subprótesis (si al examen bucal se observaba en la mucosa palatina puntos hiperémicos, un eritema difuso bien definido o un epitelio de forma verrugosa en la superficie), hábito de uso de la prótesis: temporal (uso discontinuo del aparato protésico, ya sea diurno o nocturno) y permanente (uso continuo de la dentadura, solo se retiraba para su higiene), estado de la prótesis: no desajustada (buena estabilidad) y desajustada (cuando se desplazaba durante el habla y/o al acto de la masticación), tiempo de uso de dicha prótesis (se tomó en cuenta el número de años que presentaba la dentadura) y síntomas clínicos de la estomatitis subprotésica (presencia o ausencia de sintomatología clínica).

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra que el grupo de 60 años y más presentó la mayor frecuencia de afectación con 28 pacientes (37,3 %). En relación con el sexo se observó que en todos los grupos de edades hubo un predominio de las féminas. De 75 afectados, 45 fueron mujeres para 60, 0 % de la totalidad de los casos que presentaron la enfermedad.

Tabla 1. Pacientes con estomatitis subprótesis según edad y sexo

Grupos etario	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	2	2,6	2	2,6	4	5,3
30-39	3	4,0	5	6,7	8	10,7
40-49	5	6,7	9	12,0	14	18,7
50-59	8	10,7	13	17,3	21	28,0
60 y más	12	16,0	16	21,3	28	37,3
Total	30	40,0	45	60,0	75	100,0

Respecto al hábito de uso de la prótesis dental y los grados clínicos de la estomatitis subprótesis (tabla 2), se encontró que 80,0 % de los afectados nunca se retiraban la prótesis, únicamente para cepillarla, y de ellos, 36,0 % presentaron estomatitis grado I, pues le aparecieron puntos hiperémicos en la mucosa palatina; sin embargo, una

minoría (20,0 %) solamente la usaban en determinadas horas del día (temporal) y se las quitaban antes de dormir.

Tabla 2. Pacientes según uso de la prótesis dental y grados clínicos de la estomatitis subprótesis

Hábito de uso de la prótesis dental	Grados clínicos de la estomatitis subprótesis							
	Grado I		Grado II		Grado III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Permanente	27	36,0	20	26,7	13	17,3	60	80,0
Temporal	9	12,0	4	5,3	2	2,6	15	20,0
Total	36	48,0	24	32,0	15	20,0	75	100,0

Con relación al estado de la prótesis dental y los grados clínicos de la estomatitis subprótesis (tabla 3), la mayoría de los afectados refirieron movilidad del aparato protésico (72,0 %) a la hora de hablar y/o en el acto de la masticación, y de ellos, 32,0 % presentaron estomatitis grado I con pequeños puntos eritematosos localizados en el epitelio mucoso del paladar duro.

Tabla 3. Pacientes según estado de la prótesis dental y grados clínicos de la estomatitis subprótesis

Estado de la prótesis dental	Grados clínicos de la estomatitis subprótesis							
	Grado I		Grado II		Grado III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Desajustada	24	32,0	18	24,0	12	16,0	54	72,0
No desajustada	12	16,0	6	8,0	3	4,0	21	28,0
Total	36	48,0	24	32,0	15	20,0	75	100,0

Al evaluar el tiempo de uso de la prótesis dental y el grado clínico de la enfermedad (tabla 4), se halló que 40,0 % de los pacientes llevaban varios años con aparatología protésica (20 años y más), cifra significativa, de los cuales, 17,3 % mostraron al examen clínico estomatitis grado I; sin embargo, un pequeño porcentaje (8,0 %) presentaron grado III, con gránulos irregulares o papilas en la superficie mucosa.

Tabla 4. Pacientes según tiempo de uso de la prótesis dental y grados clínicos de estomatitis subprótesis

Tiempo de uso de la prótesis dental (en años)	Grados clínicos de la estomatitis subprótesis							
	Grado I		Grado II		Grado III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1-5	2	2,6	1	1,3			3	4,0
6-10	3	4,0	1	1,3	2	2,6	6	8,0
11-15	7	9,3	3	4,0	2	2,6	12	16,0
16-20	11	14,6	8	10,7	5	6,7	24	32,0
20 y más	13	17,3	11	14,6	6	8,0	30	40,0
Total	36	48,0	24	32,0	15	20,0	75	100,0

Como se muestra en la tabla 5, 60,0 % de los afectados refirieron ausencia de síntomas subjetivos, y de ellos, 32,0 % revelaron al examen clínico predominio de

estomatitis grado I con puntos eritematosos, aunque un pequeño porcentaje (14,6 %) sintió ardor y prurito, mutuamente.

Tabla 5. Pacientes según síntomas subjetivos y grados clínicos de estomatitis subprótesis

Síntomas subjetivos	Grados clínicos de la estomatitis subprótesis							
	Grado I		Grado II		Grado III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ninguno	24	32,0	15	20,0	6	8,0	45	60,0
Ardor	3	4,0	2	2,6	2	2,6	7	9,3
Prurito	3	4,0	3	4,0	2	2,6	8	10,7
Ardor y prurito	5	6,7	3	4,0	3	4,0	11	14,6
Quemazón	1	1,3	1	1,3	2	2,6	4	5,3
Total	36	48,0	24	32,0	15	20,0	75	100,0

DISCUSIÓN

En esta investigación se obtuvo una alta incidencia de la estomatitis subprótesis en las féminas, así como una hegemonía del grupo etario de 60 años y más, por cuanto se consideró que esta entidad alcanza su mayor ocurrencia entre la sexta y séptima décadas de la vida. Este criterio se asemeja al de varios autores,^{3-5,12} quienes notificaron que la pérdida de los dientes en las mujeres ocasiona transformaciones en la morfología facial y en su apariencia, por tanto, afectan su estética personal; por esta razón acuden más a la consulta estomatológica para su rehabilitación protésica. También refieren que en la tercera edad hay un aumento de la fragilidad capilar, cambios en las mucosas, frecuentes alteraciones psicossomáticas, tanto las producidas por el estrés como las que aparecen durante y después del climaterio, las cuales tienen influencia sobre los tejidos bucales al alterar la irrigación del flujo salival y la tasa de anticuerpos circulantes. Asimismo plantearon que probablemente la mucosa palatal masculina es más resistente al uso de la prótesis que la de las mujeres.

Otros investigadores^{2,6,7} igualmente señalan que esta afección se incrementa con el avance de la edad, puesto que el individuo a lo largo de la vida sufre la acción del ambiente y los años, lo cual conlleva al envejecimiento de su parénquima, al debilitamiento de sus funciones y a deficiencias metabólicas, tales como hipovitaminosis, hipoproteinemias y anemias; además, disminuye las reservas y resistencia ante las infecciones y los traumas.

Por otra parte, en este estudio se demostró que mientras mayor es el tiempo de uso de la prótesis dental, más evidente es la posibilidad de su desajuste en la mucosa bucal, estimulada por transformaciones que sufren las estructuras del hueso y el epitelio, las cuales le sirven de soporte al aparato protésico. Cuando esta prótesis actúa mecánicamente sobre los tejidos bucales origina diferentes cambios que pueden ir desde simples modificaciones fisiológicas de adaptación hasta profundas alteraciones patológicas causadas por la agresión del aparato protésico y desarrollan una estomatitis subprótesis.^{6,7,11} Además, se pudo comprobar que a medida que aumenta el periodo (años) de uso del aparato protésico, disminuye su ajuste y se destruye gradualmente su utilidad, lo cual trae consigo cambios de forma en los tejidos que la soportan y alteraciones de la dimensión vertical; tales resultados concuerdan con los obtenidos por otros autores.^{8,9,12}

De hecho, en esta investigación el uso de prótesis dental de forma continuada fue uno de los hábitos más ligados a esta afección, el cual según se ha demostrado ocasiona degeneración de las glándulas salivales y, simultáneamente, bloqueo mecánico de los conductos excretores; de esta forma se reduce su secreción, su pH y la función *buffer* de la saliva que favorece la acumulación de placa dentobacteriana entre la base de la prótesis y la mucosa bucal, atribuible al entorno ácido y anaeróbico que se produce al disminuir la circulación sanguínea y la presión ejercida por la prótesis.^{2,9,10} De ahí la importancia de dejar descansar la mucosa cubierta por la prótesis durante el horario de sueño, con la finalidad de permitir que los tejidos se oxigenen, recuperen y proporcionen a la lengua y los labios la oportunidad de realizar su acción de autolimpieza.^{6,9,10,12}

Por otro lado, la prótesis dental desajustada resultó la más frecuente en pacientes con estomatitis grado I. Hallazgos similares fueron encontrados por Noguera *et al*,² Sánchez *et al*,⁶ y Expósito *et al*,⁷ quienes constataron que cuando existe un desequilibrio oclusal del aparato protésico se produce la inestabilidad de este durante la masticación, con el consiguiente paso de comida al espacio entre la mucosa y la prótesis; así como roces o lesiones del epitelio bucal al tratar de recapturar dicha prótesis durante los movimientos masticatorios.

En algunas bibliografías consultadas^{7,9,11,12} se comprobó que la estomatitis grado I fue la de mayor porcentaje en los pacientes examinados, pues se observó un punteado rojizo localizado sobre la mucosa palatina, generalmente asintomática con un mínimo infiltrado inflamatorio; además, esta lesión se encuentra asociada a varios hábitos nocivos propios del paciente, de los cuales los más frecuentes son: deficiente higiene bucal, fumar, consumo de alimentos calientes con las prótesis puestas, uso de sustancias irritantes para la limpieza de la dentadura, uso continuo de esta, desajuste y tiempo de uso.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos es válido recalcar que todos los integrantes de esta serie presentaron al examen clínico una alta ocurrencia de estomatitis subprótesis en la mucosa palatina, causada por el uso de prótesis dental total y/o parcial removible, con una alta incidencia en el género femenino y el grupo etario de 60 años y más; la mayoría de los afectados no presentaron manifestaciones bucales. El uso continuado del aparato protésico, su desajuste y el mayor tiempo de su uso fueron los hábitos que más se vincularon a esta enfermedad; siendo la estomatitis grado I la de mayor relevancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Francisco Local AM, González Beriau Y, Vázquez de León AG. Estomatitis subprótesis en pacientes portadores de prótesis dental superior. Medisur. 2009 [citado 8 oct 2016]; 7(1).
2. Noguera G, Fleitas AT. Frecuencia de estomatitis subprótesis en pacientes portadores de dentaduras totales. Rev Odontol Los Andes. 2006 [citado 8 oct 2016]; 1(1).
3. Santana Garay JC. Principales enfermedades infecciosas generales con complicaciones bucales. En: Atlas de Patología del complejo bucal. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010.p. 208.

4. Ley Sifontes L, Silva Martínez Y, Puig Capote E, De Jesús Nápoles I, Díaz Gómez SM. Comportamiento de la estomatitis subprótesis. AMC. 2010 [citado 20 Sep 2016]; 14(1).
5. Plana Domínguez R, Perurena Lancha M. Tratamiento de la estomatitis subprótesis en atletas y ex atletas con propomiel y nistatina. Rev Cub Med Dep Cul Fís. 2011 [citado 20 Sep 2016]; 6(3).
6. Sánchez Oliva R, Betancourt Telleía CE, García Carballo JC, Sixto Iglesias MS. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes del Policlínico Hermanos Cruz. Rev Univ Med Pinareña. 2013 [citado 20 Sep 2016]; 9(2).
7. 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. Gaceta Médica Espirituana. 2010 [citado 20 Sep 2016]; 12(2).
8. Creagh Castillo Y, Oliveros Noriega-Roldán S, Franco Montero G. Árnica montana como tratamiento homeopático en pacientes con estomatitis de grados I y II. MEDISAN. 2014 [citado 20 Sep 2016]; 18(6).
9. Tamayo Fernández N. Consideraciones clínico-epidemiológicas de la estomatitis subprótesis. Rev Electrónica de Portales Médicos. 2011[citado 12 Oct 2016].
10. Radford DR, Challacombe SJ, Walter JD. Denture plaque and adherence of *Candida albicans* to denture-base material in vivo and in vitro. Crit Rev Oral Biol Med. 1999; 10(1):99-116.
11. Herrera IB, Osorio Núñez M. Revisión bibliográfica sobre estomatitis subprótesis. Rev Habanera Ciencias Méd. 2005 [citado 12 Oct 2016]; 4(3).
12. López-Labady JV, Gómez F, Herrera J, Romaris ME, Toro D. Prevalencia de estomatitis subprotésica en un grupo de pacientes venezolanos. Estudio clínico transversal. Acta Odont Venez. 2013[citado 12 Oct 2016]; 51(4).

Recibido: 15 de febrero de 2017.

Aprobado: 10 agosto de 2017.

Gladys Aída Estrada Pereira. Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: gladys.estrada@sierra.scu.sld.cu