



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO**



**FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

**CAUSAS DE LA ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**

**CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**FABIOLA JUDITH JAIME TOQUIANTZIN**

**DIRECTOR: MTRO. IGNACIO VELÁZQUEZ NAVA**

*Vo. B. Ignacio Velázquez Nava*

MÉXICO D. F.

MAYO 2007

M. 708770



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

---

*Dedico este trabajo a mis padres y hermano, que han estado a mi lado desde el inicio de mi vida, apoyándome en cada decisión que he tomado y ayudándome en cada paso que di durante todos mis estudios, para poder cumplir el sueño de formarme como profesional, porque se que este no es solo mi sueño, sino también de ustedes, gracias por formar parte de el, ya que sin su comprensión, consejos, esfuerzos y todo su apoyo en general no lo hubiera logrado. Les agradezco por hacer de mi una mejor persona día con día, les estaré eternamente agradecida. Los quiero mucho.*

*Gracias a toda mi familia por confiar en mi y contribuir a que lograra cumplir una de mis metas en la vida, ya que después de este reto vienen más, los cuales lucharé y se que contare con su apoyo porque nunca me han dejado sola y siempre me han dado el mejor ejemplo.*

---

---

*Gracias a la doctora Beatriz Flores por todo su apoyo, por compartir conmigo sus conocimientos y experiencias, porque ella me enseñó que en esta vida no hay que conformarnos con solo ser uno más, sino siempre ser lo mejor y la mejor en todo, para llegar a ser una profesionista como lo ha sido ella.*

*Agradezco a todos mis amigos que confiaron en mi, por su comprensión y brindarme su apoyo en todos y cada uno de los retos que he enfrentado, gracias por estar a mi lado cuando los he necesitado, por hacerme ver mis errores y no dejarme vencer, para así concluir este camino que nunca recorrí sola gracias a su compañía y apoyo; es por ello que más que mis amigos son mis hermanos. Los quiero mucho.*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: Fabiola Judith Jaime  
Tequantezin  
FECHA: 25-04-07  
FIRMA: [Firma]

---

---

## ÍNDICE

Página

INTRODUCCIÓN .....	6
--------------------	---

### *CAPÍTULO I*

<b>ASPECTOS GENERALES DE LA ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA .....</b>	<b>8</b>
--	----------

1.1 DEFINICIÓN DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA.....	8
---	---

1.2 ASPECTOS CLÍNICOS .....	9
-----------------------------	---

1.3 CLASIFICACIÓN .....	10
-------------------------	----

### *CAPÍTULO II*

<b>ETIOLOGÍA DE LA ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA .....</b>	<b>14</b>
---	-----------

2.1 FACTORES PRIMARIOS .....	14
------------------------------	----

2.1.1 TRAUMA POR EL MAL AJUSTE PROTÉSICO .....	14
--	----

2.1.2 INFECCIÓN POR CANDIDA ALBICANS .....	18
--	----

---

---

<b>2.2 FACTORES PREDISPONENTES</b> .....	<b>21</b>
2.2.1 <i>ENFERMEDADES SISTÉMICAS</i> .....	<b>21</b>
2.2.2 <i>ANTIBIOTICOTERAPIA PROLONGADA</i> .....	<b>22</b>
2.2.3 <i>RADIOTERAPIA</i> .....	<b>23</b>
2.2.4 <i>HÁBITOS DEL PACIENTE</i> .....	<b>24</b>
2.2.5 <i>ESTOMATITIS RELACIONADA AL TIPO DE PRÓTESIS DENTAL</i> .....	<b>29</b>
 <b>CAPÍTULO III</b>	
<b>TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA</b> ---	<b>31</b>
3.1 <b>TERAPIA ANTIMICÓTICA</b> .....	<b>31</b>
3.1.1 <i>NISTATINA</i> .....	<b>32</b>
3.1.2 <i>MICONAZOL</i> .....	<b>35</b>
3.1.3 <i>FLUCONAZOL</i> .....	<b>38</b>
3.2 <b>TRATAMIENTO PROTÉSICO</b> .....	<b>40</b>
3.3 <b>EDUCACIÓN DEL PACIENTE</b> .....	<b>41</b>
 CONCLUSIONES .....	<b>45</b>
 ANEXOS .....	<b>46</b>
GLOSARIO .....	<b>47</b>
 FUENTES DE INFORMACIÓN .....	<b>50</b>

---

---

## INTRODUCCIÓN

Para lograr el bienestar físico, psicológico y social del ser humano y mantenerlo en perfecto estado de salud, las Ciencias Médicas se desarrollan cada vez más. Pero hay que recordar que para disfrutar de un alto grado de salud general es necesaria también la salud bucal.<sup>1</sup>

La cavidad bucal por su situación anatómica y su exposición permanente a agentes físicos, químicos y biológicos, puede sufrir diversas alteraciones siendo una de ellas, la pérdida de órganos dentales, lo cual lleva a un déficit en la eficacia masticatoria con consecuencias tanto funcional, orgánico, local y psicológico en el paciente. Es por ello que se aconseja reponer las piezas dentales perdidas, por medio de una prótesis dental.

El uso de una prótesis dental puede resultar (en algunas ocasiones) ser un agente agresor para la cavidad bucal; causando irritación en la mucosa y como consecuencia surgen enfermedades patógenas como: épolis figurado, úlceras traumáticas, neoplasias y la estomatitis subprotésica.

La estomatitis subprotésica (ESP) es un término que ha sido aplicado a la inflamación de la mucosa de soporte de las prótesis dentales removibles. Esta entidad describe cambios patológicos que se suscitan debido a una proliferación fibroepitelial provocada por la interacción de la mucosa con la base acrílica o metálica de la prótesis.<sup>2,3</sup>

---

---

La estomatitis subprotésica es una de las patologías que se encuentran con más frecuencia en pacientes total o parcialmente desdentados portadores de prótesis dentales removibles.

Este padecimiento tiene diferentes etiologías entre las cuales podemos encontrar diversos hábitos nocivos propios de los pacientes, como: el hábito de fumar, consumo de alimentos muy calientes con las prótesis puestas, uso continuo de las prótesis, deficiente higiene bucal y uso de sustancias irritantes para la limpieza de las prótesis, entre otros. También esta patología puede estar relacionada con el material que esta hecha la prótesis y su desajuste.

Por ello la finalidad de este trabajo es mostrarnos una perspectiva de como los diversos factores anteriormente mencionados pueden desencadenar diferentes patologías como la estomatitis subprotésica, que deterioran la salud general y bucal del paciente.

*Gracias a mi director de tesina el Mtro. Ignacio Velázquez Nava por brindarme su tiempo, apoyo y dedicarse a este trabajo para que cumpliera mis expectativas y objetivos, gracias porque sin su ayuda no habría podido culminar este gran sueño.*

*Gracias a la doctora María Luisa Cervantes Espinosa y a todos los doctores que formaron parte del seminario, por dedicar su tiempo, estar dispuestos a compartir sus conocimientos, y ser nuestro ejemplo a seguir, para así ayudarnos a desarrollarnos como mejores profesionales.*

---

---

## **CAPÍTULO I**

### **ASPECTOS GENERALES DE LA ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA**

#### **1.1 DEFINICIÓN DE ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA**

Tradicionalmente ha existido una gran controversia respecto a la denominación más correcta para la estomatitis subprotésica. La primera fue realizada por Cahn en 1936 quien la denominó "denture sore mouth", lo que puede ser traducido como boca dolorida por la dentadura. También en 1936 Pryor se refirió a la entidad como "chronic denture palatitis" con la cual hacía referencia la cronicidad del proceso y su ubicación anatómica.<sup>4,5</sup>

En 1956 Frisher la llama "stomatitis venerata", denominación que recuerda las terminologías medievales, en el latín significa venenoso o embrujado. No es hasta 1963 cuando Cawson la denomina "denture estomatitis"; esta definición es el término más aceptado en la lengua inglesa. La amplitud de la lengua en ocasiones dificulta la denominación acertada para resumir la esencia de un fenómeno, por lo que es recomendable el empleo del término estomatitis subprotésica (ESP). Esta denominación intenta resumir los aspectos esenciales de la enfermedad: la inflamación y su asociación protética.<sup>4,5</sup>

La estomatitis subprotésica se considera una de las patologías más frecuentes que afectan los tejidos bucales de los sujetos portadores de dentaduras totales y prótesis dentales parciales.

---

Estomatitis subprotésica es el término que se emplea para designar los cambios inflamatorios crónicos que se presentan en la mucosa que esta en íntimo contacto con una prótesis dental.

Esta entidad describe cambios patológicos con una proliferación fibroepitelial provocada por la interacción de la mucosa con la base acrílica o metálica de la prótesis dental.

## 1.2 ASPECTOS CLÍNICOS

Clínicamente la mucosa se encuentra eritematosa, es de color rojo brillante, eventualmente hemorrágica y puede presentar múltiples petequias localizadas. Además el paciente puede manifestar síntomas como: ardor, sensación de quemadura, sabor desagradable y prurito.<sup>2,6</sup>

Este padecimiento se encuentra con mayor frecuencia en el maxilar y raramente en la mandíbula.<sup>4</sup>

En cuanto a la edad, la estomatitis subprotésica se encuentra con mayor frecuencia en personas que rebasan los 55 años. Se plantea que el riesgo de presentar la enfermedad es mayor a partir de la cuarta década de vida, esto puede estar relacionado con los cambios degenerativos, normales, producidos con el aumento de la edad. Hay que recordar que el individuo a lo largo de la vida va sufriendo debilitamiento de sus funciones y deficiencias metabólicas, lo que disminuye las reservas y la resistencia ante las infecciones y los traumas. Otras investigaciones señalan que con el envejecimiento los tejidos bucales sufren alteraciones de la colágena y es probable que su capacidad de regeneración vaya menguando así como la disminución de la secreción salival.<sup>1</sup>

---

---

### 1.3 CLASIFICACIÓN

Desde el punto de vista clínico existen tres tipos de estomatitis subprotésica, dependiendo fundamentalmente del aspecto de la mucosa inflamada, la cual en el curso evolutivo de la enfermedad sufre modificaciones donde puede variar la gravedad inflamatoria e incorporarse cambios fibroproliferativos en sus etapas más avanzadas.<sup>4</sup>

Dentro de las diferentes propuestas clasificatorias de esta patología se encuentra la clasificación realizada por Newton en el año de 1962 la cual esta dividida en tres etapas de acuerdo a la apariencia de severidad clínica de los tejidos de soporte de la prótesis.

#### TIPO I: INFLAMACIÓN SIMPLE LOCALIZADA:

Caracterizada por la presencia de petequias, inflamación de pequeñas áreas delimitadas en la superficie palatina, causadas por el mal ajuste de la prótesis.<sup>2, 6, 7, 8</sup> (Fig. 1.1)<sup>9</sup>



Fig. 1.1 Estomatitis Subprotésica tipo I.<sup>9</sup>

---

## **TIPO II: INFLAMACIÓN SIMPLE GENERALIZADA:**

Inflamación difusa en toda la superficie de la mucosa de soporte de la prótesis. Esta área aparece con edema, eritema y puede presentar sangrado. Es el tipo más común de estomatitis subprotésica y es demarcada por los márgenes de la prótesis. <sup>2,6,7,8</sup> (Fig 1.2)<sup>9</sup>

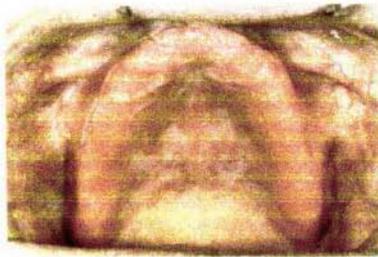


Fig. 1.2 Estomatitis Subprotésica tipo II <sup>9</sup>

## **TIPO III: INFLAMACIÓN GRANULAR O PAPILAR HIPERPLÁSICA:**

Caracterizada porque la mucosa palatina presenta un aspecto inflamatorio granular. Esta inflamación puede presentarse en toda la mucosa o solamente en la parte central del paladar. <sup>2,6,7,8</sup> (Fig. 1.3)<sup>9</sup>



Fig. 1.3 Estomatitis Subprotésica tipo II <sup>9</sup>

---

Posteriormente han surgido algunas modificaciones a la clasificación realizada por Newton, entre las cuales destacan las propuestas por Bergendal e Isacsson y la de Moreira y colaboradores.<sup>2</sup>

### CLASIFICACIÓN REALIZADA POR BERGENDAL E ISACSSON

En ella mencionan los siguientes términos:

- 1) INFLAMACIÓN LOCAL: Para referirse a la presencia de máculas rojas encontradas usualmente alrededor de las glándulas salivales menores del paladar y la cual esta asociada con trauma producido por prótesis.
- 2) ENROJECIMIENTO DIFUSO: Referido a la mucosa del paladar hiperémica, brillante y atrófica, extendiéndose debajo de toda el área de la prótesis y está asociada con el incremento de levaduras.
- 3) ESTOMATITIS SUB-PROTÉSICA DESCRITA COMO GRANULOMATOSA: Caracterizada por la presencia de una mucosa hiperémica con apariencia nodular en el centro del paladar y cuya etiología esta relacionada tanto con el trauma como con infección por Candida.<sup>2,6,8</sup>

---

## CLASIFICACIÓN PROPUESTA POR MOREIRA Y COLABORADORES

En esta clasificación realizada por Moreira y colaboradores, clasifican a la estomatitis subprotésica en tres grados de forma similar a la de Newton:

### GRADO I PUNTOS HIPERÉMICOS

Signos inflamatorios mínimos, es asintomática. Pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos. Es la lesión mínima a la inspección.

### GRADO II ERITEMA DIFUSO

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. Generalmente el paciente expresa alguna sensación subjetiva.

### GRADO III INFLAMACIÓN GRANULAR

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 éstos predominan los fenómenos proliferativos.<sup>1,4,10</sup>

---

## **CAPÍTULO II**

### **ETIOLOGÍA DE LA ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA**

Tanto dentro de la literatura como lo que plantean la mayoría de los investigadores es que la etiopatogenia de la estomatitis subprotésica no es una sola si no que es de origen multifactorial.

Catalán clasificó los factores etiológicos de la Estomatitis Subprotésica en predisponentes y primarios.<sup>6</sup>

#### **FACTORES**

##### **PRIMARIOS**

- ✓ Trauma ocasionado por el mal ajuste de la prótesis.
- ✓ Infección.

#### **FACTORES**

##### **PREDISPONENTES**

- ✓ Enfermedades sistémicas.
- ✓ Antibióticoterapia prolongada.
- ✓ Hábitos del paciente.

## **2.1 FACTORES PRIMARIOS**

### *2.1.1 TRAUMA POR EL MAL AJUSTE PROTÉSICO*

La prótesis dental descansa sobre la mucosa bucal en un equilibrio biomecánico simultaneo, es por ello que deben de tener una adecuada confección, para garantizar el correcto equilibrio entre el medio viviente y el medio artificial, para ello se requiere de que sean eficientes el soporte y la fijación, así como el que tengan una buena retención y estabilidad.<sup>11</sup> Los procedimientos de rehabilitación protésica dental en la mayor parte de los

---

---

casos clínicos podrían ser eficaces para lograr lo anteriormente señalado; pero cuando por diferentes causas como por ejemplo la toma de una mala impresión, al momento de ser procesada la prótesis dental o porque el paciente ya tiene mucho tiempo utilizando el mismo aparato protésico; alguno de estos factores se pierden, obtenemos una desadaptación de la unidad protésica, por lo que se rompe ese equilibrio; y entonces las prótesis dentales en vez de constituir un estímulo, pasan a ser un objeto agresor al medio bucal, dando como resultado la reabsorción del reborde residual; dolor, incomodidad e inflamación del tejido en relación a la prótesis; esto sumado al hecho de que el uso del aparato protésico es continuo, sin dar la oportunidad de recuperación tisular; nos enfrentaremos a una inevitable reacción por parte de los tejidos que la contactan.<sup>12</sup>

Las prótesis dentales removibles, al actuar mecánicamente sobre los tejidos, los estimulan originando cambios de diversa índole, que están relacionados con la capacidad de reacción de éstos y la forma de agresión que ejerza la prótesis dental. Estos cambios pueden ir desde una ligera hiperqueratinización de la mucosa y aumento de la actividad enzimática; pero estos cambios son considerados simples modificaciones fisiológicas de adaptación; después de este periodo de adaptación y si no se efectúan los controles pertinentes en forma periódica, se producirán cambios atróficos en la mucosa subyacente llevando a una inflamación patológica de esta. La irritación mecánica posiblemente juega un rol predisponente para el incremento de la transformación o cambios en las células epiteliales, de ahí que la función protectora de dichas células se reduce y aumenta la posibilidad de penetración de un antígeno microbiano.<sup>1,10</sup>

---

El desajuste de una prótesis constituye al tejido una agresión mecánica; los efectos de presión, tracción y empuje que con ella se producen pueden causar acciones irritantes sobre la misma. Cuando estos efectos son de mayor intensidad, suponen un estímulo patógeno que rompe ese equilibrio y conduce a una irritación tisular, acompañada de reacciones inflamatorias llegando a ocasionar la estomatitis subprotésica.<sup>1</sup>

### CAUSAS DEL DESAJUSTE PROTÉSICO

Como se mencionó anteriormente hay diversos factores que ocasionan el desajuste de la prótesis dental entre los que podemos encontrar:

- Toma de una mala impresión
- Error en el procesado de la prótesis dental
- Por un largo periodo de uso de la misma prótesis

#### *Toma de una mala impresión*

En aquellos casos en los que la extensión de la impresión es excesiva encontraremos interferencias de la prótesis con la musculatura de la mejilla que provocarán la ulceración de la mucosa, fenómeno que con gran frecuencia se observa en la zona del fondo del vestíbulo. A su vez una incorrecta impresión con zonas de presión selectiva ocasionada, en muchos casos, por la cucharilla individual, así como un vaciado incorrecto con poros en el modelo, conducirá inevitablemente a la aparición de lesiones que podrían desarrollarse en cualquiera de las zonas de superficie mucosa de soporte. Por otro lado, aquellas impresiones en las que no se permite fluir

---

---

libremente el material mientras se va llevando la cucharilla a su lugar de asiento, producirán alteraciones del metabolismo celular, que se traducirán en enrojecimientos generalizados de la zona, compatibles con estomatitis subprotésica Grado II.

#### Error en el procesado de la prótesis dental

Las prótesis dentales pueden quedar desajustadas, por un mal procesado, ya que al ser enmufladas se puede ocasionar alteraciones en las estructuras metálicas que conforman el aparato protésico al ser prensado.

#### Por un largo periodo de uso de la misma prótesis

La mayoría de las veces la presencia de prótesis desajustadas se asocia a una paulatina reabsorción de los rebordes alveolares hasta su total desaparición y convierte a los portadores en personas casi totalmente impedidas para realizar la masticación.<sup>10</sup> Se ha comprobado que mientras mayor es el tiempo de uso de la prótesis dental removible, la probabilidad de su desajuste en la boca se hace más evidente, llevando a que se deteriore gradualmente su utilidad, debido a cambios que sufren las estructuras que le sirven de soporte a la aparatología, y a cambios de la dimensión vertical.

El desajuste y desadaptación de la prótesis dental por su uso prolongado puede estar dado por la reabsorción del hueso. Es por ello que algunos investigadores postulan que la reabsorción del reborde residual es una "atrofia por desuso" inevitable, pero otros investigadores postulan que la reabsorción del reborde residual es una resorción ósea por "abuso" debida a las fuerzas excesivas transmitidas a través de las dentaduras, al considerar

---

esta fuerza se debe de tomar en cuenta no solo la cantidad de fuerza, sino también su frecuencia, duración y dirección, la zona sobre la cual se distribuye la fuerza (fuerza por unidad de área) y el efecto amortiguador del tejido subyacente.<sup>13</sup>

Para que el desajuste protésico por resorción del reborde residual, sea menor, el diseño de las prótesis dentales deben cumplir ciertas características que tienen el objetivo de reducir la cantidad de fuerza hacia el reborde. Estos factores incluyen:

- ✓ Cobertura de una zona ancha.
- ✓ Disminución en el número de unidades dentales.
- ✓ Disminución en la amplitud bucolingual de los dientes y una forma mejorada de los dientes.
- ✓ Evitar los planos inclinados.
- ✓ Centralización de los contactos oclusales.
- ✓ Proporcionar un espacio adecuado a la lengua.
- ✓ Una distancia interoclusal adecuada durante la relación mandibular de reposo.<sup>13</sup>

## 2.1.2 INFECCIÓN POR CANDIDA ALBICANS

El simple hecho de portar la prótesis dental ya es un factor predisponente para presentar alguna patología, ya que se crea un ambiente más anaerobio, entre la prótesis colocada en la boca y la mucosa, con lo cual se favorece el crecimiento de las *Candidas*, pudiendo pasar las mismas de ser un hongo comensal en la mucosa a ser un parásito que infecte la mucosa.<sup>10</sup>

---

## DEFINICIÓN

La candida albicans es unicelular. En estado saprófito se encuentra en forma de levadura, célula redondeada u ovalada de 2 a 4 micras con paredes finas.

La forma filamentosa del hongo (hifa), se define como una estructura microscópica tubular, la cual contiene múltiples unidades celulares divididas por septos y puede surgir a partir de hifas o blastoesporas existentes, estas últimas pueden variar de ovoide a elongada o esférica.<sup>6</sup>

El genero Candida comprende más de 150 especies, cuya principal característica es la ausencia de forma sexual. Pero solamente algunas de estas pueden ser patógenas para el hombre, entre otras podemos mencionar:

- ✓ Candida albicans.
- ✓ Candida tropicalis.
- ✓ Candida parapsilosis.
- ✓ Candida glabrata.
- ✓ Candida Kefyr.
- ✓ Candida krusei.
- ✓ Candida parakrusei.
- ✓ Candida guillermondii.
- ✓ Candida rugosa.
- ✓ Candida Zeylanvides<sup>6</sup>

---

A lo largo de numerosas y amplias investigaciones, los expertos han concluido que la *Candida albicans* es la micosis que se encuentra con mayor frecuencia presente en la cavidad bucal de las personas portadoras de una prótesis dental removible, y esta se encuentra alojada principalmente en la superficie interna de las bases protésicas por lo que es considerada como el factor primordial para que aparezca la estomatitis subprotésica.

La razón de que la base de la prótesis es colonizada por este hongo es porque el material con la que esta elaborada presenta espacios o nichos que permiten la acumulación de alimentos, células muertas, así como la proliferación de microorganismos, constituyéndose así la formación de la placa microbiana y sobre esta misma es donde se adhiere el hongo dándonos como resultado una producción de diversas toxinas extremadamente irritantes <sup>6</sup> la cual genera un medio propicio para que se desarrolle la estomatitis subprotésica.

Debido a que la presencia de la placa dentobacteriana juega un papel extremadamente importante en la aparición de estomatitis subprotésica es conveniente definirla. Dicha placa dentobacteriana es considerada una acumulación microbiana no mineralizada que se adhiere firmemente a las superficies dentarias, restauraciones y prótesis dentales, principalmente en la superficie de estas y luego avanza en profundidad y está se encuentra íntimamente relacionada con la composición y cantidad de los materiales empleados , así como el tiempo de uso de la misma, la placa dentobacteriana se muestra como una organización estructural de forma filamentosa predominante, y compuesta por una matriz orgánica derivada de glicoproteínas salivales y productos microbianos extracelulares, la cual no puede ser removida por presión del agua.

---

---

De acuerdo con la sugerencia de Bartai, las dentaduras pueden guardar especies de microorganismos patógenos tales como *Candida Albicans*, en contacto con la mucosa por largos periodos de tiempo que permiten que los productos metabólicos microbianos inicien una respuesta inflamatoria.<sup>14</sup>

Las proteínas sericas derivadas del exudado inflamatorio asociado a estomatitis subprotésica incrementa la adherencia de *Candida* a resinas acrílicas.

Parece que la presencia de *Candida* en la base de la prótesis dental afecta adversamente la función de la mucosa bucal y reduce el efecto protector de la saliva en la superficie de la mucosa.<sup>14</sup>

## **2.2 FACTORES PREDISPONENTES**

### *2.2.1 ENFERMEDADES SISTÉMICAS*

Existe un conjunto de enfermedades sistémicas que disminuyen las defensas del organismo, entre ellas la Diabetes, Anemias, Inmunodeficiencias, entre otras.

#### DIABETES MELLITUS

Hay algunas observaciones que indican que la diabetes mellitus prevalece de un 10 a un 30 % en adultos mayores asociada a estomatitis subprotésica.

---

La diabetes mellitus es considerada un factor predisponente de la estomatitis subprotésica debido a que en los pacientes diabéticos la adherencia de la *Candida* sobre la superficie de la mucosa bucal es mayor, la razón es la acumulación de glucosa en las células epiteliales ocasionando altos niveles de glucógeno que se infiltran en la mucosa.<sup>14</sup>

### DEFICIENCIA DE VITAMINAS

Diferentes deficiencias nutricionales tales como bajos niveles en Hierro, Acido fólico o Vitamina B12 y vitamina A, también han sido considerados como factores predisponentes, para la proliferación de patologías bucales como la estomatitis subprotésica entre otras.

Ha sido reportado que la falta de vitamina A puede jugar un rol en la estomatitis subprotésica con la posible alteración del proceso de queratinización. Hay una amplia evidencia que la vitamina A es necesaria para mantener integro el tejido epitelial, para las respuestas inmunológicas. Esta también es requerida para el óptimo funcionamiento del sistema inmunológico y para el efecto antiinflamatorio.<sup>15</sup>

### *2.2.2 ANTIBIOTICOTERAPIA PROLONGADA*

La flora bucal normal por si misma inhibe la colonización de bacterias patógenas sobre los tejidos bucales, pero cuando en situaciones donde esta flora es suprimida por antibióticos, como por ejemplo cuando un paciente padece una enfermedad y es necesario que se mantenga bajo un tratamiento con antibióticos por un periodo prolongado, la flora bucal se ve alterada y

---

---

esto favorece la colonización de la cavidad bucal por hongos oportunistas que pueden causar la estomatitis subprotésica, o cuando esta ya se encuentra presente se vuelve más grave.

Un estudio de 96 hombres durante 6 meses quienes recibieron continuas terapias con tetraciclina mostraron una mayor prevalencia de estomatitis comparados con los que recibieron un tratamiento placebo.

La antibioticoterapia probablemente juega un papel de menor importancia comparado con el factor de higiene oral y los hábitos del paciente de uso de la prótesis dental para la formación de estomatitis.<sup>14</sup> Pero esto, no quiere decir que no se le debe de tomar en cuenta.

### 2.2.3 *RADIOTERAPIA*

Durante la radioterapia hay mayor riesgo de presentar una infección, debido a que el tratamiento, ocasiona cambios en los pacientes dentro de los cuales podemos encontrar la xerostomia, la cual hace que los portadores de prótesis dentales removibles sean más susceptibles a presentar estomatitis subprotésica.

Los pacientes portadores de prótesis dental completa y parcial que recibieron tratamiento de radioterapia presentaron mayores factores de riesgo para ser infectados que aquellos que no son portadores de prótesis dental.<sup>14</sup>

---

#### 2.2.4 HÁBITOS DEL PACIENTE

##### HÁBITO DE FUMAR

Numerosos estudios han encontrado que el fumar, ya sea o no acompañado con otros hábitos del paciente, es un importante factor predisponente para la infección fúngica oral.<sup>16</sup>

El hábito de fumar se ha comprobado que puede producir inflamación en el paladar, disminución transitoria del potencial óxido-reducción de la boca y, también, deteriora la función leucocitaria. Estos perjuicios se deben a los componentes nocivos del humo del cigarro, tales como el alquitrán, que no es una sustancia única porque engloba aproximadamente 500 componentes con alto nivel cancerígeno; la nicotina, que es uno de los alcaloides más tóxicos que se conocen, el monóxido de carbono, el cual entorpece el transporte de oxígeno al combinarse con la hemoglobina en lugar del oxígeno; de modo que pasa menos cantidad de este elemento importante para la realización de las funciones de los tejidos. Los subproductos de la combustión, el aumento de la temperatura y los cambios del pH, producidos por el recambio gaseoso, irritan la mucosa bucal y causan cambios hiperplásicos, lo cual explica la aparición de lesiones en ella. Si a esto le agregamos otros hábitos nocivos personales del paciente, como una higiene bucal deficiente, así como de la prótesis, o alguna enfermedad se crean las condiciones para el desarrollo de la estomatitis subprotésica.<sup>1,10</sup>

Otros autores consideran el hábito de fumar como un factor local importante, el cual puede actuar predisponiendo a la enfermedad o agravando más el cuadro clínico.<sup>10</sup>

---

---

## USO CONTINUO DE LA PRÓTESIS

El uso continuo de la prótesis puede favorecer la estomatitis subprotésica por varios motivos. Por una parte va a provocar un incremento de las lesiones locales y, por otro lado, aumenta el tiempo de exposición de la mucosa a la placa dentobacteriana que se adhiere a la prótesis dental.<sup>1</sup> Es por ello que esta es considerado como uno de los hábitos más relacionados con esta patología, encontrándose como uno de los tres hábitos más frecuentes.<sup>10</sup>

Se ha demostrado que éste hábito nocivo provoca degeneración de las glándulas salivales y, a su vez, bloqueo mecánico de sus conductos excretores, lo cual disminuye de esta forma la secreción salival y su pH, ésta se torna viscosa y todo esto favorece la acumulación de placa dentobacteriana, tanto en la prótesis dental como en los dientes y tejidos blandos que la soportan.<sup>1, 10</sup>

La saliva es importante para mantener la salud bucal de la mucosa, ya que esta contiene sustancias que retardan el crecimiento de bacterias y levaduras, tales sustancias son las lisosimas, lactoferrinas, peroxidasa, histidinas, amilasas y ácido sialico. Cuando la secreción de saliva decrece predispone la adhesión de levaduras, colonizando tanto la cavidad bucal como la prótesis dental.

Por esto, es muy importante decirle a los pacientes que deben dejar descansar la mucosa que está en contacto con la prótesis durante el horario del sueño, con el fin de permitir que los tejidos bucales se oxigenen, se recuperen y proporcionar a la lengua y los labios la oportunidad de realizar su acción de auto limpieza.<sup>1</sup> Se plantea este horario para no afectar la

---

---

aparición estética de los pacientes, pero si estos se rehúsan a quitarse sus prótesis dentales, hay que mencionarles que por lo menos deben de retirárselas entre seis y ocho horas diarias, y se les recomienda estimular la mucosa mediante cepillado y masaje, para evitar o disminuir las lesiones bucales.<sup>10</sup>

En diversas investigaciones se ha demostrado que la estomatitis subprotésica se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, debido a que por vanidad se niegan a retirarse sus prótesis para dormir.<sup>2,4</sup>

## CONSUMO DE ALIMENTOS

### ❖ CONSUMO DE ALIMENTOS MUY CALIENTES

El consumo de alimentos muy calientes con las prótesis puestas es un hábito sumamente perjudicial, ya que la acción mantenida del calor actúa como irritante de los tejidos que le dan asiento al aparato protésico. El calor es un irritante de gran magnitud, debido fundamentalmente a que durante el período de las comidas el tiempo de exposición es mayor, y se conjugan otros factores como las presiones masticatorias y una mayor fricción.<sup>1</sup> Estos elementos, unidos en su acción al tipo de prótesis en uso, hábitos higiénicos deficientes, tiempo de uso de la prótesis, pueden aumentar notablemente la probabilidad de que la mucosa se afecte.

Otros estudios plantean que el calor como factor irritante puede influir sobre la aparición de las formas más severas, una vez aparecida la lesión, siendo mayor el riesgo de padecerla, quienes ingieren alimentos calientes con las prótesis puestas.<sup>10</sup>

---

## ❖ INGESTA ELEVADA DE CARBOHIDRATOS

De acuerdo a los estudios, una dieta alta de carbohidratos puede facilitar la adhesión, de la *Candida* a la superficie de acrílico de la prótesis, así como facilita la proliferación de los microorganismos de la placa dentobacteriana en dicha superficie. Los carbohidratos también incrementan la resistencia de los microorganismos presentes en la cavidad bucal o en la prótesis dental.<sup>14</sup>

Los hidratos de carbono son un excelente caldo de cultivo para la proliferación de los microorganismos ya mencionados por lo que este tipo de ingesta es un factor agravante de la estomatitis subprotésica.

## HIGIENE BUCAL DEFICIENTE

La higiene bucal deficiente no sólo incluye la limpieza de los dientes remanentes (en el caso de que existan), sino también la limpieza del aparato protésico con un cepillo especial y los tejidos blandos que se encuentran en contacto con la prótesis<sup>1, 10</sup>, estos también se deben de limpiar y se puede hacer por medio de una gasa húmeda enredada en el dedo índice, esto sirve para dar masaje a los tejidos y favorecer la circulación sanguínea de estos.

La higiene bucal deficiente tiene un papel muy importante en el desarrollo de la estomatitis subprotésica, pues con frecuencia, los pacientes, al sentir las prótesis tan cómodas, como si fuesen sus dientes naturales, no se las retiran para realizar una limpieza adecuada, que incluye la parte interna del aparato protésico, así como de sus retenedores por dentro y por fuera (en caso de una prótesis dental parcial). Esto trae como consecuencia el depósito de

---

---

placa dentobacteriana, ocasionando la formación de calculo y zonas de pigmentación en el interior de la base protésica, sobre todo en aquellas prótesis que no están bien adaptadas, y origina que se desarrollen microorganismos oportunistas como la *Candida albicans*, incluso, pueden proliferar estreptococos y estafilococos, a causa de la descomposición de los alimentos, y agravar así el cuadro, pues además de la acción mecánica constante ejercida por el aparato protético contra los tejidos, se adquiere una infección. Varios investigadores coinciden en que el riesgo de padecer estomatitis subprotésica aumenta en la medida que disminuye la higiene tanto bucal como de la prótesis dental.<sup>1, 10</sup>

En otros estudios, se observó que el grado de la lesión va aumentando a medida que la higiene disminuye y que una higiene deficiente es capaz de provocar irritaciones a los tejidos por la producción de ácidos a causa de la descomposición de alimentos, lo que crea el medio propicio para la proliferación de hongos.<sup>10</sup>

La placa dental que se forma sobre la superficie interna de las prótesis, constituye como tal un factor etiológico local altamente significativo en la patogenia de la estomatitis subprotésica.<sup>6</sup>

#### ❖ USO DE SUSTANCIAS IRRITANTES

Cuando se habla del uso de sustancias irritantes, nos referimos a aquellos productos químicos utilizados por los pacientes para realizar la limpieza de sus prótesis, y que no son los indicados para este fin; entre ellos se encuentran los detergentes (líquidos o polvos), jabón, e incluso

---

---

desinfectantes, entre otros. El no enjuagar correctamente las prótesis después de haber utilizado alguno de estos productos implica el riesgo de que hayan quedado restos de éstos en la base de la prótesis, y se pueda producir alguna reacción alérgica o de otra índole, al ponerse en contacto con la mucosa bucal sana, y, si se encuentra ya afectada, puede provocar más irritación de la que pudiera estar presente.<sup>1,10</sup>

#### 2.2.5 ESTOMATITIS RELACIONADA AL TIPO DE PRÓTESIS DENTAL

Algunas investigaciones señalan que las bases acrílicas, proporcionan mayor alojamiento de colonias de hongos y bacterias, es por ello que el riesgo de tener estomatitis subprotésica es dos veces mayor en los pacientes portadores de prótesis dental de base acrílica, que en los portadores de aparatos protésicos de base metálica.<sup>10</sup>

Se ha encontrado en la realización de diversos estudios, que existe mayor cantidad de pacientes afectados que portan prótesis total de base acrílica, sobre todo, las superiores. Esto puede guardar relación con la mayor área de mucosa cubierta por este material; además, las bases de metacrilato de metilo proporcionan alojamiento de colonias de hongos y bacterias, debido a que se han encontrado en este tipo de bases porosidades microscópicas de este material, así como grietas.<sup>1</sup>

---

## ALERGIA AL MATERIAL DE ELABORACIÓN DEL APARATO PROTÉSICO

La estomatitis subprotésica por alergia al material se puede crear por un contacto de la resina protésica y sus productos de liberación como monómero y formaldehído, con la superficie mucosa, por contacto de ésta con aleaciones metálicas del aparato protésico y también por antígenos liberados por microorganismos y una respuesta exagerada del huésped.<sup>2, 5</sup>

---

## **CAPÍTULO III**

### **TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS SUBPROTÉSICA**

Como ya se ha visto la estomatitis subprotésica representa en la actualidad un motivo de consulta, por esta razón es importante precisar el correcto y eficaz tratamiento para poder erradicar esta enfermedad, pero sin dejar de tomar en cuenta un factor muy importante que es la etiología del padecimiento que presente cada paciente y así poder también eliminar el agente causal.

El tratamiento de la estomatitis subprotésica se puede dividir de la siguiente manera:

- ✓ Terapia antimicótica: nistatina, miconozol y fluconazol.
- ✓ Tratamiento protésico.
- ✓ Educación del paciente.<sup>8</sup>

#### **3.1 TERAPIA ANTIMICÓTICA**

La terapia local con diferentes agentes antifúngicos es de uso frecuente en el tratamiento de la estomatitis subprotésica. Este tratamiento es muy usado porque se produce una significativa reducción de la inflamación de la mucosa bucal, y síntomas orales asociados en la estomatitis grado I y II. En cambio en la estomatitis hiperplásica a pesar del tratamiento persiste la inflamación.

---

Los antifúngicos pueden ser agentes poliénicos (nistatina y amfotericina B), imidazoles (clotrimazol, miconazol y ketoconazol) o triazoles (fluconazol e itraconazol).<sup>6</sup>

El tratamiento antifúngico más antiguo en la estomatitis subprotésica es la nistatina, aunque la actualidad este también se puede realizar por medio de azoles de uso tópico como el miconazol y de uso sistémico como el fluconazol.

### 3.1.1 NISTATINA

La nistatina se originó del *Streptomyces noursei*, y el nombre de este antimicótico deriva de New York State (Nystatin).

Jonson y cols en 1989 realizaron un estudio donde comprobaron que la administración de Nistatina en tabletas que se disuelven en boca, constituía una medida terapéutica eficaz para erradicar a *Candida* cuando este hongo se encontraba asociado a estomatitis subprotésica.<sup>2</sup>

#### Actividad antifúngica

La nistatina tiene actividad fungistática y fungicida. Esta actúa contra *Candida albicans* (moniliasis) y otras especies de *Candida*.

La nistatina es poco sensible a los cambios de pH, con relación a otros antifúngicos, no tiene efecto sobre las bacterias, protozoos, ni virus. Debido a que esta droga resulta demasiado tóxica para ser administrada por vía parenteral, se utiliza principalmente para el tratamiento tópico.<sup>17</sup>

---

### Mecanismo de acción

La actividad antimicótica de la nistatina depende de la unión al esteroles, principalmente ergosterol, presente en la membrana de los hongos susceptibles. Debido a la interacción con los esteroides de las membranas plasmáticas, los polienos parecen formar poros o conductos. Esto como resultado provoca un aumento de la permeabilidad de la membrana provocando alteraciones en el microorganismo, ya que ocasiona la salida de componentes intracelulares, no tiene actividad apreciable en contra de bacterias, protozoarios o virus.<sup>17</sup>

### Indicaciones

Esta indicado en el tratamiento de candidiasis oral y estomatitis subprotésica, en infecciones fúngicas en las mucosas vaginal e intestinal, así como en el tratamiento de infecciones micóticas cutáneas.

### Contraindicaciones

Contraindicado en pacientes con historia de hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes.

### Dosis

Crema:

Aplicar en las áreas afectadas 2 a 4 veces al día.

Suspensión:

Infantes. La dosis recomendada es de 1 a 2ml 4 veces al día

Suspensión infantil (gotas) de 1 a 2 ml. 4 veces al día.

---

En infantes y niños pequeños, aplicar la mitad de la dosis en cada lado de la boca.

Grageas: la dosis recomendada es de 1 a 2 grageas 3 a 4 veces al día.<sup>17, 18</sup>

Para el tratamiento de estomatitis subprotésica:

Se puede utilizar su presentación en crema:

- 1- Efectuar la limpieza de la mucosa oral con una gasa humedecida.
- 2- Secarse el paladar con una gasa.
- 3- Aseo de la prótesis dental con cepillo y jabón, y debe ser enjuagada perfectamente.
- 4- Colocar nistatin crema en la mucosa bucal como en la prótesis dental removible.

Lo anterior se debe de realizar de 3 a 4 veces al día, por 5 minutos, durante dos o tres semanas.<sup>2</sup>

suspensión oral (100.000 U/ml)

previo a la higiene oral, la dosis es de 5 a 15 ml. por día, en enjuagues de un minuto y deglutir, esto se debe de realizar cada 6 horas. Durante 2 a 3 semanas.<sup>10</sup>

Comprimidos (200.000 U/comp.)

Disolver en la boca de 1 a 3 comprimidos al día durante 2 a 3 semanas.

Si los signos o síntomas empeoran o persisten (por más de 14 días de tratamiento) se debe reevaluar al paciente y considerar otro tipo de tratamiento.

---

---

### Presentaciones

Crema: tubo con 60 gm

Grageas: frasco con 30 grageas

Infantil suspensión gotas: frasco con 60 ml.

Suspensión: frasco con 30 dosis<sup>17</sup>



Fig 3.1 y 3.2 Presentaciones comerciales de nistatina <sup>19</sup>

### 3.1.2 MICONAZOL

#### Actividad antifúngica

Los azoles poseen una actividad antifúngica de amplio espectro y son efectivos en forma tópica para casi todos los hongos de interés clínico. Además estos agentes son efectivos contra ciertas bacterias y protozoos, pero de ninguna manera reemplazan el tratamiento habitual para estos microorganismos.<sup>17, 19</sup>

Algunos de los azoles disponibles son clotrimazol, miconazol, ketoconazol, econazol, etc; siendo el miconazol la primera elección para el uso odontológico.

---

### Mecanismo de acción:

En general todo el grupo de los azoles actúa inhibiendo la formación del ergosterol micótico. Esta inhibición se logra por fijación del fármaco e interferencia con la función del grupo *heme* en las oxidasas del citocromo p450. La oxidasa p450 micótica que es más sensible a la inhibiciones la 14-lanosterol desmetilasa. El bloqueo de la formación de ergosterol conduce a alteraciones en la forma y función micótica.

### Indicaciones Terapéuticas:

Infecciones de la piel y de las uñas debidas a los dermatófitos, levaduras y otros hongos, como:

- *Tinea capitis, corporis, manuum, pedis* (pie de atleta), *barbae, cruris*.
- *Tinea unguium*.
- Pitiriasis versicolor.
- Candidiasis de la piel y de las uñas.
- Estomatitis angularis.

Dado que miconazol posee un efecto bactericida sobre las bacterias grampositivas, puede utilizarse en micosis secundariamente infectadas por tales bacterias.<sup>17</sup>

---

## Dosis

Media medida 4 veces al día. (Equivale a la cantidad de ½ cuchara).

Para el tratamiento de la estomatitis subprotésica; aplicar miconazol gel o jalea oral 3 o 4 veces al día, sobre la mucosa y prótesis dental previamente limpias y secas.<sup>3</sup> El gel no debe deglutirse, debe permanecer al menos 2 minutos en la boca y la duración mínima del tratamiento son 7 días. Las prótesis deben ser removidas durante la noche y escobilladas con el gel.

## Presentaciones Comerciales

Daktarín gel oral → laboratorio Janssen-Cilag. Posee 20 mg de miconazol por cada gramo de gel.<sup>17, 18</sup>

## Efectos secundarios

Al realizar estudios para comprobar la eficacia del Miconazol Gel o Jalea Oral, algunos pacientes medicados señalaron principalmente que el medicamento era muy dulce, que tenían ardor leve y momentáneo en garganta y paladar, “adormecimiento de la boca como cuando se come menta”, mucha salivación, pérdida del gusto, y sensibilidad dentaria. Otros efectos más raros dolor estomacal y estreñimiento.<sup>3</sup>



Fig. 3.3 Presentación comercial de miconazol<sup>19</sup>

---

### 3.1.3 FLUCONAZOL

Fluconazole (Diflucan™) es un agente anti-hongos sintético que se puede utilizar para el tratamiento de una variedad de *Candida albicans* y de otras infecciones fúngicas.<sup>17,18</sup>

#### Mecanismo de acción

Como otros antifúngicos, el fluconazole, inhibe la síntesis de los esteroides en los hongos. Esta inhibición previene la conversión del lanosterol al ergosterol, un componente esencial de la membrana citoplásmica fúngica. Las propiedades farmacocinéticas de fluconazol son similares después de su administración por vía intravenosa y oral.<sup>17,19</sup>

#### Indicaciones

Fluconazole se indica para el tratamiento y la profilaxis de las infecciones fúngicas donde otros antifúngicos han fallado o no se toleran.

Recientes estudios realizados sobre el efecto de la administración oral de fluconazol demuestran una reducción significativa del eritema y la concentración de levaduras en pacientes con candidiasis asociada con estomatitis subprotésica.<sup>17, 20</sup>

#### Efectos secundarios

El fluconazol tiene pocos efectos adversos sistémicos que incluyen: dolores de cabeza, salpullido superficial, vómito, dolor abdominal y diarrea.<sup>19, 20</sup>

---

---

## Dosis

Para el tratamiento de la estomatitis subprotésica la dosis habitual es de 50 mg una vez al día por 7 a 14 días. Administradas en forma concomitante con medidas antisépticas específicas para la placa.<sup>17</sup>

\*Cuando se emplea fluconazol también se debe realizar lo siguiente

Enjuagues orales con solución de gluconato de clorhexidina al 0,2% y con solución de gluconato de clorhexidina al 2% para tratar la prótesis. Este tratamiento produce una reducción de la inflamación y del número de levaduras en la mucosa palatina al igual que en la prótesis.

## TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS TIPO III

Para la estomatitis grado tres en la cual predominan los fenómenos proliferativos. Los tratamientos anteriormente nombrados no son efectivos; en estos casos resulta imprescindible recurrir a técnicas quirúrgicas para la eliminación de las correspondientes papilas y sus respectivos estudios anátomo-patológicos.

---

### 3.2 TRATAMIENTO PROTÉSICO

Diversos investigadores quienes consideraban el trauma como un factor etiológico significativo de la estomatitis subprotésica señalan que la construcción de prótesis dentales nuevas pueden mejorar las condiciones del tejido subyacente.

Budtz-Jørgensen y Bertram demostraron que, eliminando el trauma las lesiones de estomatitis subprotésica localizada pueden eliminarse parcial o totalmente. También establecieron que para tener una cura permanente es esencial radicar la Candida, tanto de la mucosa bucal como de la prótesis.

No obstante, la alternativa de remover las prótesis, aun que pueden mejorar la inflamación, no es la más aceptable ya que los pacientes estarían renuentes a mantenerse por tiempo prolongado sin sus prótesis dentales. Por ello mientras es confeccionado el nuevo aparato protésico, se coloca a la prótesis existente un acondicionador de tejidos con el fin de que los tejidos se recuperen sin privar al paciente del uso de su aparato protésico.<sup>2,8</sup>

Los acondicionadores de tejidos son materiales de rebasado, blandos, que pueden aplicarse sobre la superficie de adaptación de las prótesis. Se utilizan para proporcionar una almohadilla provisional. Este material al ser blando permite una redistribución más uniforme de las fuerzas ejercidas por la prótesis sobre el tejido subyacente. Es por ello que puede ser empleado en el tratamiento de la estomatitis subprotésica relacionada al trauma protésico ya que mejoran la adaptación de las prótesis dentales a los relieves, disminuyendo su movilidad y evitando roces y compresiones inadecuadas sobre la mucosa, obteniendo un contacto más íntimo con el

---

---

tejido blando y la acción física de un masaje al tejido durante la compresión del material blando y el consiguiente relajamiento durante la función. Provocando un alivio de las cargas ejercidas sobre los tejidos, aumentando el flujo sanguíneo y linfático que circula por los tejidos maltratados y con ello la disminución y eliminación con más rapidez del edema y los demás síntomas del proceso inflamatorio; logrando finalmente una recuperación de la configuración normal de éstos tejidos.<sup>13</sup>

La duración de la suavidad y de la elasticidad de la mayoría de los acondicionadores de tejido es aproximadamente de una semana, después de la cual el material empieza a endurecer resultando irritante por eso debe ser recambiado cada 4 a 5 días.

Al mismo tiempo que es utilizado el acondicionador de tejido, cada 15 días, debe colocar la prótesis dental en agua con clorhexidina al 5% (1 cucharadita en un vaso de agua).<sup>8</sup>

### 3.3 EDUCACIÓN DEL PACIENTE

El cirujano dentista debe comprender la importancia de enseñar al paciente la mejor forma de prevenir y si es que por alguna circunstancia se llegase a presentar alguna enfermedad buco-dental, debe de instruirlo en el manejo de dicho padecimiento.

---

Cabe señalar que también es trascendental la colaboración del paciente para la realización y éxito del tratamiento, ya que como se ha mencionado anteriormente los factores desencadenantes de muchas patologías bucales, entre ellas la estomatitis subprotésica, esta fuertemente relacionada con los hábitos nocivos y costumbres de los pacientes, como por ejemplo: dormir con sus prótesis, fumar, comer alimentos muy calientes y diferentes hábitos de higiene etc. Por ello es que nunca debe pasarse por alto la importancia que tiene educar e instruir a los pacientes acerca de las medidas necesarias que debe de tomar para poder mantener su salud tanto bucal como general.

Debemos recordar que entendemos por salud "El estado de bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad" Harris. <sup>21</sup>

Es responsabilidad del especialista de prótesis y Estomatología General Integral la creación de hábitos higiénicos correctos en los pacientes que tengan la necesidad de utilizar prótesis dentales.<sup>10</sup>

Además del uso de antimicóticos, así como las otras alternativas de tratamiento mencionadas anteriormente, es importante señalar que:

- 1- El tratamiento habitual de la estomatitis subprotésica debe incluir también el control de la placa dental.
- 2- La importancia de la toma de conciencia por parte del paciente sobre la necesidad de remover las prótesis en la noche antes de dormir y que estas tienen una vida funcional por lo que hay que cambiarlas para que se conserven los tejidos en su mejor estado.

- 
- 3- La higiene de la prótesis es primordial ya que hay que tomar en cuenta que la Candida se aloja tanto en la mucosa oral por lo que ambos deben ser tratados ya que si hay curación del paladar sin erradicar el hongo de la prótesis, el paladar puede reinfectarse.<sup>8</sup>

Existen diferentes formas de educar y prevenir enfermedades en los pacientes dependiendo de su edad, personalidad e idiosincrasia, etc. Por ejemplo en los adultos se presenta el problema de educar a este tipo de pacientes, ya que en el transcurso de su vida probablemente van adquiriendo hábitos perniciosos para su salud general y bucal. Por lo que la tarea del cirujano dentista es instruir al paciente y esto lo debe de hacer explicándole detalladamente que beneficios o perjuicios presentan sus actividades, hábitos de higiene, enfermedades que puede presentar, así como la importancia de seguir las indicaciones y tratamientos como se sugiere para prevenir y corregir padecimientos. En los adultos mayores el principal problema en el que se tiene que poner mayor énfasis es en la actitud del paciente hacia los cambios, debido al esfuerzo mental y físico que esto implica. La actitud de vida del adulto mayor depende de muchos años de experiencia y no es fácil de cambiar o modificar en cierto grado.

#### CONTROL DE PLACA

La importancia del control eficaz de la placa dentobacteriana es definitivo para el mantenimiento de la salud bucal y para la colocación de cualquier tratamiento restaurativo, por lo que es de relevancia que los pacientes no solo tengan información y destreza, sino también motivación para realizar un control regular de la placa dentobacteriana. El nivel de motivación de un

---

---

paciente en relación a un buen control depende de su conducta perseverante. Para ello es necesario mostrar y explicar la forma en la que la salud bucal, protésica, involucrando salud, función y estética.

Las instrucciones de la forma para limpiar correctamente las prótesis dentales son tan importantes como su construcción y deben considerarse parte integral del tratamiento en las fases activas del tratamiento puede lograrse un nivel satisfactorio del control de placa dentobacteriana por medio de una correcta técnica de higiene dental, es necesaria la revisión profesional periódica de los progresos y técnicas del paciente para realizar dicha limpieza para así poder tener resultados a largo plazo.

#### RETIRO DURANTE LA NOCHE

Uno de los motivos para retirar la prótesis durante la noche, es de que, se le da la oportunidad a los tejidos blandos subyacentes a la prótesis para descansar y recuperarse de la compresión constante que se produce entre la prótesis y el hueso. Sino se alivia esta tensión, se puede producir en primera instancia una irritación de los tejidos blandos y posteriormente avanzar y desencadenar diversas patologías como por ejemplo la estomatitis subprotésica.

---

## CONCLUSIONES

1. La prótesis dental es un cuerpo extraño que se coloca en la cavidad bucal y transmite a los tejidos un estímulo mecánico. Es por ello que las prótesis dentales deben ser confeccionadas con los principios biomecánicos de estabilidad y soporte para obtener un equilibrio entre la mucosa bucal y el aparato protésico.
2. El colocar una prótesis en la cavidad bucal, produce una alteración de las condiciones ambientales ya que impide el efecto mecánico de limpieza realizado por la lengua y el flujo libre de la saliva que permite la eliminación de bacterias favoreciendo la formación de depósitos de microorganismos que se acumulan en forma de biopelícula tanto en la prótesis como en la mucosa bucal adyacente y conduce a una irritación tisular acompañada de reacciones inflamatorias entre las cuales se halla la estomatitis subprotésica.
3. Las reacciones de los tejidos bucales en presencia de una prótesis dental depende de los hábitos de higiene y del estado de salud del paciente.
4. Es importante que el odontólogo realice un examen clínico minucioso de la cavidad bucal y tener el conocimiento de las características clínicas de la estomatitis subprotésica, así como de su tratamiento.

---

# ANEXOS

---

## GLOSARIO

**ANTÍGENO:** Sustancia que, introducida en el organismo, estimula la formación de anticuerpos, es decir, que provoca una reacción del sistema inmunológico que destruye dicha sustancia. Un antígeno es una molécula generalmente una proteína o un polisacárido y, más raramente, los ácidos nucleicos.<sup>22</sup>

**ATROFIA:** Disminución en el volumen de un órgano, como consecuencia del desuso, inadecuado aporte circulatorio, o estado patológico.<sup>22</sup>

**CANDIDA:** hongo que produce irritaciones e infecciones, especialmente en las membranas mucosas del cuerpo como la boca, la vagina y el ano.<sup>22</sup>

**EDEMA:** Acumulación anormal de líquido en los espacios intercelulares de los tejidos o en distintas cavidades corporales (peritoneo, pleura, articulaciones, etc).<sup>22</sup>

**ERITEMA:** Coloración rojiza de la piel ocasionada por vasodilatación capilar.<sup>22</sup>

**EXUDADO:** Es el conjunto de elementos extravasados en el proceso inflamatorio, que se depositan en el intersticio de los tejidos o cavidades del organismo.<sup>22</sup>

**FIBROEPITELIAL:** Se refiere al conjunto tejido fibroso conectivo y el epitelio que lo cubre. El tejido conectivo es una clase de tejido caracterizado por la presencia de gran cantidad de colágeno y elastina, entre otras moléculas

---

---

entre las células que lo componen, el tejido epitelial por otra parte es una clase de tejido compuesto por células unidas unas contra otras y poco espacio interpuesto que además a diferencia del tejido conectivo no tiene irrigación sanguínea directa, es decir se nutre a partir del tejido conectivo con el que contacta.<sup>22</sup>

**FUNGICIDA:** Son pesticidas utilizados para destruir o evitar el desarrollo de los hongos. Son altamente tóxicos.<sup>22</sup>

**GLÁNDULA:** Estructura del organismo, especializada en la producción de sustancias, que pueden ser volcadas hacia el torrente sanguíneo ( glándulas endocrinas), o hacia una superficie mucosa o cutánea (glándulas exocrinas). La saliva, el sudor, el moco, son ejemplos de productos de glándulas exocrinas. Las hormonas tiroideas, la insulina, los estrógenos, de secreción endocrina.<sup>22</sup>

**HIPEREMIA:** La hiperemia o congestión es el aumento del contenido hemático dentro de los vasos a causa de una alteración del flujo sanguíneo causada por aumento del flujo sanguíneo o por la dilatación vascular.<sup>22</sup>

**MÁCULA:** Es una mancha en la piel que habitualmente es plana. Mancha oscura, puede ser irregular.<sup>22</sup>

**NÓDULO:** Es una lesión infiltrativa profunda, que representa la inflamación de todo el folículo y la dermis circundante, recubierta por piel normal, que evoluciona lentamente hacia la inflamación y la resolución, y es que es responsable de la mayoría de cicatrices.<sup>22</sup>

---

---

**PETEQUIA:** Pequeña mancha por efusión sanguínea que no desaparece con la presión del dedo.<sup>22</sup>

**PLACEBO:** tratamiento control que se aplica al paciente y que presenta una apariencia similar a los tratamientos médicos bajo estudio pero sin tener actividad farmacológica específica. Un control placebo puede ser farmacológico (por ejemplo en forma de tableta), físico (por ejemplo, algún tipo de manipulación) o incluso psicológico (por ejemplo, una conversación con el paciente).<sup>22</sup>

**PROTOZOOS:** Los protozoos son organismos microscópicos, unicelulares, heterótrofos, que viven en medios líquidos y que se reproducen por bipartición.<sup>22</sup>

**PRURITO:** Picazón, sensación cutánea desagradable que provoca el deseo de rascarse o frotarse la piel para obtener alivio.<sup>22</sup>

**SAPRÓFITO:** Un *saprófito* (del griego σαρρός, *saprós*, "podredumbre" y φυτός, *fitos*, "planta") es un organismo heterótrofo vegetal que obtiene su energía de materia orgánica muerta o de los detritos desechados por otros seres vivos, de los cuales extrae los compuestos orgánicos que requiere como nutrientes. El término es sólo aplicable a organismos osmótrofos, tradicionalmente tratados como vegetales, aunque rara vez son plantas en sentido estricto, siendo más a menudo protistas, y sobre todo bacterias u hongo.<sup>22</sup>

**XEROSTOMIA:** Sequedad de la boca que puede ser causada por disfunción de glándulas salivales. Puede ocurrir en diabetes, por terapia con fármacos y radiación y por Síndrome de Sjögren.<sup>22</sup>

---

---

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Herrera IB, Osorio M. Revisión bibliográfica sobre estomatitis subprotésica. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Estomatología. [http://www.gtmo.inf.cu/revista%20electronica/numero32/comunicacion\\_escortas/evaluación.html](http://www.gtmo.inf.cu/revista%20electronica/numero32/comunicacion_escortas/evaluación.html)
  2. Lazarde J. Estomatitis Subprotésica. Acta Odontológica Venezolana 2001; 39: 9-17
  3. Cardozo E. I., Pardi G., Perrone M., Salazar E. Estudio de la eficacia del miconazol tóxico (Daktarin jalea oral) en pacientes con Estomatitis Sub-Protésica inducida por candida. AOV 2000; 39: 45-53.
  4. Noguera G. A., Fleitas A. T. Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales. Revista Odontológica de los Andes. 2006;1: 20-27 [http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubeelectronicas/rev\\_odontologica/num1/articulo2.pdf](http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubeelectronicas/rev_odontologica/num1/articulo2.pdf)
  5. Céspedes DA, Pupo JC, Puig A. Estomatitis Subprótesis en desdentados totales. Clínica "Manuel Angulo Farrán" enero-diciembre del 2005. Facultad de ciencias Médicas "Mariana Grajales Cuello" Unidad Docente Estomatológica. <http://www.escriptoriojueves/facart.htm>
  6. Pardi G., Cardozo E. I., Perrone M., Salazar E. Detección de especies de Candida en pacientes con Estomatitis Sub-Protésica. AOV 2000; 39: 32-44
  7. Manfredi M, Vascovi P, Sabia A, Fassi M. Le Candidosi Orali Aspetti Clinici e Diagnostica. Dental Cadmos 2000, 68: 43-58.
  8. Pardi G., Cardozo E.I. Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la estomatitis subprotésica de origen infeccioso. Acta Odontológica Venezolana 2002 [http://www.actaodontologica.com/40\\_3\\_2002/tratamiento\\_estomatitis\\_sub\\_protésica.asp](http://www.actaodontologica.com/40_3_2002/tratamiento_estomatitis_sub_protésica.asp)
-

- 
9. Gering A, Kundert M. Atlas de Prótesis Total y Sobredentaduras. Editorial Salvat Pp 116
  10. Herrere IB, Osorio M. Subprótesis en mayores de 45 años. Comportamiento de la estomatitis. Instituto superior de Ciencias de la Habana Cuba.  
[http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol4\\_num41rhcm/4405htm](http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol4_num41rhcm/4405htm)
  11. Hernández F.,Paultre S. Evaluación de las Lesiones Causadas por Prótesis Dentales en la consulta del Programa de Detección del Cáncer Bucal: Cuaternario 2000-2003.  
[http://www.gtmo.inf.cu/revista%20electronica/numero\\_32/comunicaciones\\_cortas/evaluacion.html](http://www.gtmo.inf.cu/revista%20electronica/numero_32/comunicaciones_cortas/evaluacion.html)
  12. Quiroga R. Acondicionador de tejidos. Facultad de Odontología Universidad Mayor  
<http://www.medmayor.cl/odontologia/cuarto/integraladulto1/acondicionadordetejidos.doc>
  13. Winker S. Prostodoncia Total. Ciudad de México: Editorial Limusa, 2004. Pp 60-63
  14. Butz J. Ecology of Candida-associated Denture Stomatitis. Microbial Ecology in Disease 2000,12: 170-185
  15. Shulmanjd, Rivera F, Beach MM. Risk Factors associated with Denture Stomatitis in the United Estaticed. J Oral Pathol Med 2005,34: 340-346 <http://www.blackwellmunksgaard.com/hopm>
  16. Soysa NS, Llepola ANB. The impact of cigarrrete/tobacco smoking on oral Candidosis and overview. Oral Diseases 2005,11: 268-273 <http://www.blackwellmunksgaard.com>
  17. Thomson, PLM:2007, Pp 2197-2198, 2199-2200,1517.
  18. Rodríguez R. Vademécum Academico de Medicamentos 2ª ed. Editorial interamericana 1995 Pp. 605-606, 568-569, 609-610
  19. <http://www.medmayor.cl/odontologia/cuarto/integraladulto1/trabajoestomatitissubprotesis.doc>
-

- 
20. KorayM, AKG, KurkluE, Issever H, Tanyeri H, Kulukeyi Guç U.  
Fulconazole and/or hexetidine for mangemen of oral Candidiasis  
Associated with Denture-inducen Stomatitis. Oral Diseases 2005,11:  
309-313 <http://www.blackwellmunksgaard.com>
  21. Harris N. Odontologia Preventiva Primaria Manual Moderno 1ª ed.  
2001
  22. Dorland. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina 17ª ed.  
Editorial Interamericana Mc Graw-Hill 1997 Pp 197, 124, 188, 270,  
532, 597, 663, 695, 740, 766, 898, 1033, 1211, 1335, 1354, 1419,  
1465, 1585, 1889.

N° de Cuenta 40009581-5

Tel - 52-55-10-92

Correo- dizzigor@hotmail.com