

Comportamiento de prótesis dentales removibles como factor causal de estomatitis sub-protésica: Reporte de un caso*

Removable dentures behavior as a causal factor stomatitis prosthetics: A case report*

Martha Rebolledo Cobos ¹

Mayra Pastor Martínez ²

ABSTRACT

The presence of dentures in the mouth with conditions such as: poor adaptation and adjustment, poor oral hygiene, microorganisms, habits, vices including systemic factors, it is a causal factor for the occurrence of Denture Stomatitis (ESP). This disease entity is characterized by the presence of inflammatory lesions erythematous, asymptomatic, most prevalent in the maxilla and the female sex predilection. Their treatment is aimed at eliminating the causal factors, microbial control, sanitation and in such case, replacement with a new prosthesis. Here is a case of a female patient who comes to the dental clinic of the Fundación Universitaria San Martín, presenting poor maxillary prosthetic fitting, which was not observed in suitable conditions, while they showed similar lesions in the mucosa ESP. Comprehensive Treatment was established to improve the oral health status of the patient.

KEY WORDS

Dental prostheses, sub-prosthetic stomatitis, oral mucosa, candida albicans, habits, dentures

RESUMEN

La presencia de prótesis removibles en la cavidad bucal acompañada de condiciones como: deficiente adaptación y ajuste, poca higiene bucal, presencia de microorganismos, hábitos, vicios incluyendo factores sistémicos, corresponde un factor causal para la aparición de estomatitis sub-protésica (ESP). Esta entidad patológica se caracteriza por la presencia de lesiones inflamatorias eritematosas, asintomáticas, de mayor prevalencia en el maxilar y con predilección al sexo femenino. Su tratamiento se encamina a eliminar los factores causales, control microbiano, higienización y en dado caso, reemplazo de la prótesis por una nueva. A continuación se presenta un caso de una paciente femenina que acude a la clínica odontológica de la Fundación Universitaria San Martín, presentando deficiente adaptación protésica del maxilar, la cual no se observó en adecuadas condiciones; al mismo tiempo que se evidenciaron en la mucosa lesiones similares a ESP. Se instauró un tratamiento integral mejorando el estado de salud oral de la paciente.

PALABRAS CLAVE

Prótesis bucal, estomatitis sub-protésica, mucosa bucal, candida albicans, hábitos, prótesis.

* Reporte de caso llevado a cabo en el Departamento de medicina, patología y cirugía oral de la Fundación Universitaria San Martín, sede Puerto Colombia, Atlántico.

¹ Odontóloga F.U.S.M Sede Puerto Colombia, especialista en Estomatología y Cirugía Oral Universidad de Cartagena. Profesora — F.U.S.M sede Puerto Colombia — Universidad del Magdalena. Dirección: Fundación Universitaria San Martín Cra 51B - Kilometro 8 antigua vía a Puerto Colombia. Piso 2. Dirección electrónica: malerecol8@hotmail.com

² Odontóloga F.U.S.M Sede Puerto Colombia, especialista en Rehabilitación Oral F.U.S.M sede Puerto Colombia. Profesora Universidad del Magdalena. Coordinadora de cirugía oral FUSM. Dirección: Fundación Universitaria San Martín Cra 51B - Kilometro 8 antigua vía a Puerto Colombia. Piso 2. Dirección electrónica: chitopastor@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

La estomatitis subprotésica (en adelante ESP) está definida, por los cambios inflamatorios intrabucales caracterizados por una proliferación fibroepitelial, provocada por la interacción de la mucosa y la base de la prótesis. Es más frecuente en el maxilar superior y afecta con una alta prevalencia a individuos portadores de prótesis elaboradas con acrílico; tanto parciales removibles como totales (1,2). Autores como Kossioni coinciden en señalar que entre 25% y 65% de los pacientes portadores de prótesis dental removible presentan ESP. Esto depende en parte del tipo de paciente, así como de otros factores involucrados inherentes al paciente como la higiene bucal (3).

La ESP es una patología más frecuente en mujeres que en hombres y se observa frecuentemente, en sujetos con edades comprendidas entre 25 y 90 años; cabe destacar que la prevalencia de ESP, se incrementa a medida que aumenta la edad, ya que el paciente adquiere impericia para mantener buenas condiciones higiénicas y de hábitos (4).

Esta entidad patológica se presenta clínicamente con zonas hiperémicas localizadas, lesiones eritematosas que dibujan el contorno de la base de la prótesis y en ocasiones se presentan de forma similar a proyecciones papilares, que dan un aspecto verrugoso a la superficie del paladar (5).

Algunos autores como Dervis E y colaboradores, refieren que los signos clínicos de la ESP podían clasificarse según su severidad clínica, de tal manera que los ha denominado:

- **Tipo I:** Inflamación simple localizada en forma de petequias.
- **Tipo II:** Inflamación simple generalizada, en toda la superficie mucosa delimitada de la prótesis.
- **Tipo III:** Inflamación granular o papilar hiperplásica generalizada (6).

Aunque la causa de esta enfermedad es multifactorial, es atribuible principalmente al comportamiento de las rehabilitaciones protésicas totales, parciales removibles y a factores derivados de ellas como:

- Trauma mecánico ocasionado por prótesis mal ajustadas: El hecho de cubrir la mucosa masticatoria con una prótesis, constituye para el tejido blando una agresión mecánica no fisiológica. Los efectos de presión, tracción y empuje que de ella resultan, pueden causar afecciones irritantes sobre la misma; cuando estos efectos son de mayor intensidad, suponen un estímulo patógeno que rompe la solución de continuidad de las mucosas conduciendo a una irritación tisular, acompañada de sus consiguientes reacciones inflamatorias. Estas lesiones en los tejidos que deja la fricción crónica puede desencadenar complicaciones tumorales a futuro como la aparición de fibromas traumáticos que requerirán procedimientos quirúrgicos como tratamiento radical (7, 8).
- El tipo de base protésica, el tiempo de uso de la aparatologías, la presencia de oclusión inestable y de cámaras de succión en la base de la prótesis, ocasionan erosiones sangrantes en la mucosa compatibles con ESP (8).
- Deficiencia en la higiene y mantenimiento de la prótesis, su uso durante el sueño, la ingestión de alimentos muy calientes y pigmentantes, al igual que hábitos como fumar

y consumir bebidas alcohólicas, favorecen la aparición de ESP. De igual forma la resultante placa dental sub-protésica, ocasionada por deficiencias higiénicas corresponden un medio apto para la proliferación microbiana, principalmente de tipo fúngico como la *Candida albicans* las toxinas que de ella provienen (9-14).

- Dentro de los factores asociados al huésped relacionados a ESP el sexo y la edad del paciente, se evidencian implicados al igual que el estrés relacionado a actividades laborales; a su vez se exagera por factores endógenos como enfermedades sistémicas, cardiovasculares y metabólicas (10).
- Por último las causas alérgicas por algunos componentes de los materiales de fabricación de la prótesis (polímeros, monómeros y metales) también ocasionan la aparición de estas lesiones inflamatorias pero de manera inmediata (11).

TRATAMIENTO

El tratamiento de la ESP debe iniciar con la eliminación del aparato protésico o renovación del mismo. La eliminación de los factores locales y la utilización de medicamentos que favorezcan la resolución del cuadro clínico, mejoran su pronóstico. Por tal razón se recomienda higienizar la prótesis tres o cuatro veces al día; utilizar enjuagues bucales y usar terapia con antifúngicos. Últimamente se han iniciado a utilizar otras terapias como la miel de abeja, láser blando y el ozono con resultados óptimos en la resolución de la patología (12).

Ciertos autores como José A y colaboradores, Santos VR y colaboradores, informan que las prótesis removibles deberán reemplazarse al cabo de 36 a 60 meses de su colocación; como es recomendable la revisión y limpieza de la cavidad bucal cada seis meses, ya que las prótesis se comportan como cuerpos extraños desencadenando este cuadro clínico de ESP (13, 14).

Debido a estos planteamientos y a las manifestaciones clínicas de la ESP, es necesario determinar y aplicar un protocolo de manejo para esta entidad patológica, desde el punto de vista de rehabilitación y control de los factores locales, que agravan el cuadro como en el caso clínico que a continuación describimos:

REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 65 años de edad cuyo motivo de consulta se relaciona por presentar prótesis total superior, que ejerce presión en la mucosa del paladar con 13 años de evolución. Manifiesta ser fumadora convencional activa desde hace 25 años, con una intensidad de 5 cigarrillos al día; refiere usar el aparato protésico durante el sueño y no presenta antecedentes familiares y personales de relevancia clínica. Al examen clínico intraoral se observó; reborde alveolar y paladar cubierto por prótesis muy ajustada, múltiples zonas inflamatorias hiperplásicas de color rojo intenso, con áreas hiperqueratósicas en la zona central del paladar y reborde alveolar. Evidencia impronta de los límites posteriores de la prótesis, asintomático, de tiempo de evolución desconocido compatible con ESP tipo III (figura 1).



FIGURA 1.

Se observan zonas inflamatorias generalizadas, hiperplásicas de color rojo intenso con áreas hiperqueratósicas en la zona central del paladar y reborde alveolar, se evidencia impronta de los límites posteriores de la prótesis.

Al evaluar la aparatología se observa que está fuertemente adherida al maxilar, al tiempo que se evidencia desgaste en las superficies dentales artificiales de la prótesis, manchas generalizadas que varían en su color desde café a negro y en la superficie interna se muestra, acúmulo de biopelícula bacteriana (figura 2).



FIGURA 2.

La prótesis se observa adherida al maxilar al tiempo que se evidencia desgaste de las superficies dentales artificiales y manchas generalizadas.

TRATAMIENTO

El tratamiento inició con la eliminación de la prótesis presente y realización de fase higiénica periodontal de toda la cavidad bucal. Seguido de la educación y enseñanza a la paciente de hábitos de higiene oral, al igual que la concientización de retirar el hábito de fumar. Posterior a esto se optó por la administración tópica de Miconazol (Daktarin® Gel Oral laboratorio JANSSEN-CILAG S.A Bogotá- Col) 1cc por 5 minutos, 4 veces al día (después de cada comida y antes de dormir) por 15 días; previo a la higiene oral con cepillado convencional y secado de la mucosa con una gasa.

Mientras se confeccionaba la prótesis nueva, se procedió a higienizar y aliviar la prótesis, por medio de la utilización de un pimpollo de tungsteno y piedra rosada de tallo largo para pieza de baja velocidad, complementando con cepillado en las superficies internas y externas de la misma. Se indicó a la paciente la aplicación de 2,5 cc de Miconazol (Daktarin® Gel Oral) en la parte interna de la prótesis, manteniendo el medicamento en dicha superficie por 5 minutos, para luego colocarla en el paladar con el medicamento sin enjuagarla, dejándola allí hasta la siguiente aplicación. Se recomendó a la paciente no utilizar la prótesis durante las horas de sueño y en su lugar, embeberla en un vaso con agua más solución antiséptica oral, para así evitar en el aparato la deshidratación y colonización microbiana la noche.

La paciente acudió a control clínico a los 15 días pos-tratamiento e indicaciones, donde se evidenció mejoría de las lesiones en un 95%, a pesar de manifestar su dificultad de abandonar el hábito del cigarrillo (figura 3). De esta manera se procedió a adaptar una nueva prótesis dental, que al examen clínico no evidenció presión ni traumas en las superficies anteriormente afectadas.

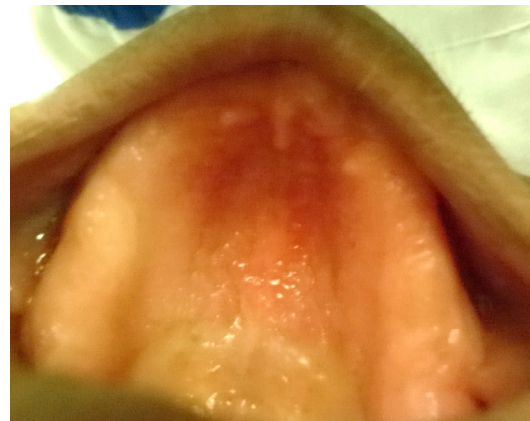


FIGURA 3.

Control clínico a los 15 días donde se evidenció mejoría de las lesiones en un 95%, ausencia de lesiones inflamatorias e hiperplásicas.

De esta manera se recomendó a la paciente mantener controles periódicos para evitar la recurrencia de las lesiones, así como acudir a interconsulta con médico y psicólogo para tratar y controlar el hábito de fumar.

DISCUSIÓN

La ESP es el proceso inflamatorio más frecuente ocasionado por la deficiente adaptación de una prótesis bucal y sus factores concomitantes con la presencia de estas aparatologías. La frecuencia de aparición de esta entidad patológica según Kossioni AE, es de 65% de los pacientes que usan prótesis totales, en el maxilar superior y con predilección del sexo femenino; Información que es semejante al caso reportado en este informe, donde la ubicación de la lesión se evidenció por una prótesis total superior en una paciente de sexo femenino (3).

Aunque la etiología de la ESP es multicausal, Emami E y Uludamar A et al, lo atribuyen con frecuencia al trauma mecánico ejercido por la prótesis sumándose factores inherentes al paciente como el estrés laboral, enfermedades sistémicas, hábitos y vicios; en los cuales se incluye fumar, consumir bebidas alcohólicas y un regular mantenimiento de higiene oral. De esta manera se favorece el comportamiento oportunista de hongos como la Cándida del género *Albicans*, situación que fue evidenciada en este caso (8,12).

Autores como Kivovics P et al, reportan que factores que se relacionan con el comportamiento de una prótesis dental, es el tiempo y frecuencia de uso por parte del paciente; ya que mantener más de 12 horas al día en boca un cuerpo extraño como una prótesis, puede ser un factor de riesgo latente en la aparición de lesiones compatibles con ESP. Cabe resaltar que la paciente en este caso dormía, utilizando la prótesis, lo cual representó una de las causas principales de la aparición de sus lesiones (7).

La presentación clínica reportada informa, que las lesiones por ESP tipo III se evidencian con inflamación granular o papilar hiperplásica generalizada así como son de idénticas características al presente caso (5).

El tratamiento que la mayoría de autores reportan como José A, Coco BJ y Santos VR y colaboradores, se basan en la eliminación de factores irritantes, aplicación de antimicóticos y fabricación de prótesis flexibles y atraumáticas, los cuales se tuvieron en cuenta en las terapéuticas aplicadas en este caso y que dieron buenos resultados (13,14).

Debido a estos argumentos, es indispensable por parte del rehabilitador oral y/o estomatólogo verificar periódicamente la forma en que se comporta un aparato protésico tanto removible como fijo, ya que es evidente las complicaciones inflamatorias que de ellos deriva, al igual que en que forma el paciente se encuentra satisfecho o no con su tratamiento rehabilitador. Estos controles clínicos trimestrales, semestrales y anuales evitan no solo el desarrollo de lesiones como ESP, si no la posible aparición de cuadros pre-neoplásicos y neoplásicos.

REFERENCIAS

1. GENDREAU L, LOEWY ZG. Epidemiology and Etiology of Denture Stomatitis. *J Prosthodont*. 2011;20(4):251-60.
2. ALBRECHT D, REGINA MS, ZIX J. Only a denture sore? Causes of a possible denture sore from a maxillary complete denture. *SchweizMonatsschrZahnmed*. 2010;120(8):675-89.
3. KOSSIONI AE. The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population. *Gerodontology*. 2011;28(2):85-90.
4. AL-DWAIRI ZN. Prevalence and risk factors associated with denture-related stomatitis in healthy subjects attending a dental teaching hospital in North Jordan. *J Ir Dent Assoc*. 2008;54(2):80-3.
5. MACEDO L, DIAS J, GUIMARÃES LA. Study of denture-induced fibrous hyperplasia cases diagnosed from 1979 to 2001. *Quintessence Int*. 2005;36(10):825-9.

6. [DERVIS E](#). Clinical assessment of common patient complaints with complete dentures. *Eur J Prosthodont Restor Dent*. 2002 Sep;10(3):113-7.
7. [KIVOVICS P](#), [JÁHN M](#), [BORBÉLY J](#), [MÁRTON K](#). Frequency and location of traumatic ulcerations following placement of complete dentures. *Int J Prosthodont*. 2007;20(4):397-401.
8. [EMAMI E](#), [DE GRANDMONT P](#), [ROMPRÉ PH](#), [BARBEAU J](#), [PAN S](#), [FEINE JS](#). Favoring trauma as an etiological factor in denture stomatitis. *J Dent Res*. 2008 May;87(5):440-4.
9. [ZOMORODIAN K](#), [HAGHIGHI NN](#), [RAJAEI N](#), [PAKSHIR K](#), [TARAZOOIE B](#), [VOJDANI M](#), [ET AL](#). Assessment of *Candida* species colonization and denture-related stomatitis in complete denture wearers. *MedMycol*. 2011;49(2):208-11.
10. [SCULLY C](#), [PORTER S](#). Oral mucosal disease: recurrent aphthous stomatitis. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008;46(3):198-206.
11. [GÖKÇEN-RÖHLIG B](#), [SARUHANOĞLU A](#), [CİFTER ED](#), [EVLIOĞLU G](#). Applicability of zirconia dental prostheses for metal allergy patients. *Int J Prosthodont*. 2010;23(6):562-5.
12. [ULUDAMAR A](#), [GÖKHANÖZYEŞİL A](#), [OZKAN YK](#). Clinical and microbiological efficacy of three different treatment methods in the management of denture stomatitis. *Gerodontology*. 2011;28(2):104-110.
13. [JOSE A](#), [COCO BJ](#), [MILLIGAN S](#), [YOUNG B](#), [LAPPIN DF](#), [BAGG J](#), [ET AL](#). Reducing the incidence of denture stomatitis: are denture cleansers sufficient?. *J Prosthodont*. 2010;19(4):252-7.
14. [SANTOS VR](#), [GOMES RT](#), [DE MESQUITA RA](#), [DE MOURA MD](#), [FRANÇA EC](#), [DE AGUIAR EG](#), [ET AL](#). Efficacy of Brazilian propolis gel for the management of denture stomatitis: a pilot study. *Phytother Res*. 2008;22(11):1544-7.