



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

**MANIFESTACIONES CLÍNICO PATOLÓGICAS ASOCIADAS A
ESTOMATITIS EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS
REMOVIBLE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

AUTOR: KEVIN AUGUSTO OCHOA SUAREZ

DIRECTOR: OD. ESP. CRISTIAN DANILO URGILÉS URGILÉS

AZOGUES - ECUADOR

2021

*No me gradué en los
50 años de La Cato!*



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE ODONTOLOGÍA

MANIFESTACIONES CLÍNICO PATOLÓGICAS ASOCIADAS A ESTOMATITIS EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ODONTÓLOGO

AUTOR: KEVIN AUGUSTO OCHOA SUAREZ

DIRECTOR: OD.ESP. CRISTIAN DANILO URGILÉS URGILÉS

AZOGUES - ECUADOR

2021

*Yo me gradué en los
50 años de La Cato!*

DECLARACIÓN

Yo, Ochoa Suarez Kevin Augusto declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado la totalidad de las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento; y eximo expresamente a la UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

La UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este trabajo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y normatividad institucional vigente.



.....

Autor/a: Ochoa Suarez Kevin Augusto

C.I.: 0302267331

CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN

Od. Esp. PhD Priscilla Medina Sotomayor

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN ODONTOLOGÍA

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “MANIFESTACIONES CLÍNICO PATOLÓGICAS ASOCIADAS A ESTOMATITIS EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLE”, realizado por **Ochoa Suarez Kevin Augusto** ha sido inscrito y es pertinente con las líneas de investigación de la Carrera de Odontología, de la Unidad Académica de Salud y Bienestar y de la Universidad, por lo que está expedito para su presentación.

Fecha: mayo 2021



.....
Od. Esp. PhD. Priscilla Medina Sotomayor

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Od. Esp. Cristian Urgilés

DOCENTE DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA AZOGUES

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación denominado “MANIFESTACIONES CLÍNICO PATOLÓGICAS ASOCIADAS A ESTOMATITIS EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLE”, realizado por OCHOA SUAREZ KEVIN AUGUSTO, ha sido revisado y orientado durante su ejecución, por lo que certifico que el presente documento, fue desarrollado siguiendo los parámetros del método científico, se sujeta a las normas éticas de investigación, por lo que está expedito para su sustentación.

Fecha: mayo 2021



.....

Tutor/a: Od. Esp. Cristhian Urgilés Urgilés

DEDICATORIA:

El presente trabajo se lo dedico en primera instancia a Dios, a mi mamá Libia Ochoa, la cual supo brindarme su amor, fortaleza e integridad además de enseñarme estas virtudes las cuales me han demostrado son los valores principales que debe de tener un ser humano, a mi papá Miguel Ochoa que me enseñó que con trabajo duro, dedicación y esfuerzo se puede lograr grandes metas, a mi mamá Dolores del Carmen por su amor incondicional y lecciones de vida y a mi tía Nancy Ochoa que siempre estuvo ahí para guiarme o aconsejarme en todo momento.

EPÍGRAFE:

“Invertir en conocimientos produce siempre los mejores beneficios.”

Benjamin Franklin

AGRADECIMIENTOS:

Agradezco a toda mi familia por ayudarme de una u otra forma en esta travesía y etapa de mi vida, de igual manera al Dr. Cristian Urgiles director de la carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca sede Azogues quien me ha brindado sus conocimientos y amistad a lo largo de este trabajo de titulación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN.....	III
CERTIFICACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN	IV
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	V
DEDICATORIA:	VI
EPÍGRAFE:	VII
AGRADECIMIENTOS:.....	VIII
RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
MARCO TEÓRICO	4
METODOLOGÍA.....	21
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 GÉNERO.....	23
TABLA 2 TRAUMATISMOS Y PLACA RESIDUAL.....	23
TABLA 3 CEPAS DE CANDIDA MAS PREVALENTES.....	24
TABLA 4 RECOMENDACIÓN DE PRÓTESIS ACRÍLICA, METÁLICA Y PRÓTESIS FLEXIBLE (POLIAMIDA O NYLON).....	24
TABLA 5 TRATAMIENTO PREVENTIVO	25
TABLA 6 ESTOMATITIS GRADO I.....	25
TABLA 7 ESTOMATITIS GRADO II.....	26
TABLA 8 ESTOMATITIS GRADO III.....	26

INDICE DE ILUSTRACIONES

ILUSTRACIÓN 1 CORTE HISTOLÓGICO DE CÉLULAS NECRÓTICAS SUPERFICIALES EN SEUDOMEMBRANA CON PRESENCIA DE CANDIDA PRESENTANDO ENGROSAMIENTO DE SUPERFICIE EPITELIAL	5
ILUSTRACIÓN 2 HIFAS PRESENTES EN FROTIS CITOLÓGICO DE SEUDOMEMBRANA BLANQUECINA TEÑIDA MEDIANTE TÉCNICA DE PAS.....	5
ILUSTRACIÓN 3 ESTOMATITIS GRADO (I).....	10
ILUSTRACIÓN 4 ESTOMATITIS GRADO (II).....	11
ILUSTRACIÓN 5 ESTOMATITIS GRADO (III).....	12
ILUSTRACIÓN 6 ÚLCERAS MENORES	17
ILUSTRACIÓN 7 ÚLCERAS MAYORES	17
ILUSTRACIÓN 8 ÚLCERAS HERPETIFORMES	18
ILUSTRACIÓN 9 ESQUEMA DIAGNÓSTICO	19

TÍTULO

MANIFESTACIONES CLÍNICO PATOLÓGICAS ASOCIADAS A ESTOMATITIS EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

RESUMEN

La salud oral hoy en día es considerada deficiente a nivel mundial, originando entre otras cosas el edentulismo; La estomatitis subprotésica clasificada como lesión inflamatoria generando enrojecimiento, hinchazón y dolor en la mucosa en un 15 a 70% de los pacientes. Etiológicamente se le considera multifactorial; se clasifica mediante grados I, II y III requiriendo de diferentes tipos de tratamientos. **OBJETIVO:** El objetivo de esta revisión bibliográfica fue determinar las manifestaciones clínicas patológicas más relevantes y presentes en casos de estomatitis en pacientes portadores de prótesis removible mediante la revisión bibliográfica. **MATERIALES Y MÉTODOS:** La metodología aplicada fue una revisión bibliográfica efectuando el respectivo filtro conforme al tema; enfocando causas, factores más predisponentes y una investigación fundamentada que permitió generar protocolos de prevención y tratamiento. **RESULTADOS:** Los resultados obtenidos fueron que el género femenino posee mayor predisposición a sufrir estomatitis con un 38,9%, continuando con la placa residual factor desencadenante de esta patología con un 27,8%, por otra parte, la *C.albicans* con 25,7% es la cepa más relevante y finalmente el 22,2% recomienda el acrílico como revestimiento ideal. **CONCLUSIONES:** La aparición o generación de la estomatitis subprotésica se da en la gran mayoría por mala higiene provocada por el desconocimiento, se recalca el informar de manera más efectiva a los pacientes acerca de los cuidados que deben de aplicar; esta información no debe de pasar desapercibida, ya que la omisión puede desencadenar desde una estomatitis hasta otro tipo de patologías.

PALABRAS CLAVE: prótesis removible completa o parcial, lesiones de la mucosa oral, estomatitis protésica, candidiasis subplaca, prótesis flexible, estomatitis aftosa recurrente.

TITLE

CLINICAL PATHOLOGICAL MANIFESTATIONS ASSOCIATED WITH STOMATITIS IN PATIENTS WITH REMOVABLE PROSTHESIS BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT

This research has been done due to the oral health today is considered deficient worldwide, causing, among other things, edentulism; Subprosthetic stomatitis classified as an inflammatory lesion generating redness, swelling and pain in the mucosa in 15 to 70% of patients. Etiologically it is considered multifactorial; It is classified by grades I, II and III requiring different types of treatments. **OBJECTIVE:** The objective of this bibliographic review was to determine the most relevant and present pathological clinical manifestations in cases of stomatitis in patients with removable prostheses by means of the bibliographic review. **MATERIALS AND METHODS:** The applied methodology was a bibliographic review making the respective filter according to the topic; focusing on causes, most predisposing factors and a well-founded research that allowed generating prevention and treatment protocols. **RESULTS:** The results obtained were that the female gender has a greater predisposition to suffer stomatitis with 38.9%, continuing with the residual plaque that triggers this pathology with 27.8%, on the other hand, *C. albicans* with 25.7% is the most relevant strain and finally 22.2% recommend acrylic as the ideal coating. **CONCLUSIONS:** The appearance or generation of subprosthetic stomatitis occurs in the vast majority due to poor hygiene caused by ignorance, it is emphasized to inform patients more effectively about the care they should apply; This information should not go unnoticed, since the omission can trigger from stomatitis to other types of pathologies.

KEY WORDS: complete or partial removable prosthesis, lesions of the oral mucosa, prosthetic stomatitis, subplate candidiasis, flexible prosthesis, recurrent aphthous stomatitis.

INTRODUCCIÓN

MANIFESTACIONES CLÍNICO PATOLÓGICAS ASOCIADAS A ESTOMATITIS EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Hoy en día la salud oral se considera deficiente, esto se ve reflejado a nivel mundial, los pacientes tratados con prótesis removibles no son la excepción debido a que las personas adultas presentan prevalencias elevadas de caries, edentulismo y enfermedad periodontal.¹

Para tratar el edentulismo generalmente se busca rehabilitar al paciente con los diferentes tipos de tratamientos existentes hoy en día como la rehabilitación mediante implantes, prótesis fijas, prótesis removibles, dentro de estas encontramos las prótesis totales removibles (PTR) o en su defecto prótesis parciales removibles (PPR), las mismas que causan cambios o alteraciones con respecto a la mucosa oral como queratinizaciones, lesiones microtraumáticas.²

La estomatitis se define como una lesión caracterizada principalmente por la inflamación de la mucosa oral, esta patología surge en pacientes que han sido rehabilitados mediante prótesis.

Etiológicamente esto puede deberse a infecciones, factores mecánicos o alérgicos dependiendo de la susceptibilidad del paciente a los diferentes materiales con los cuales se elaboran las prótesis. Otro elemento de mayor relevancia es la higiene deficiente que presentan o padecen en su gran mayoría todos los pacientes que han sido tratados mediante rehabilitación protésica, esto sumado a las irregularidades de superficie, desajustes, y la presión negativa en la zona de contacto de la prótesis mucosa ocasionará un empaquetamiento de restos alimenticios formándose así el biofilm.²

La lesión más prevalente en cuanto a la mucosa es la estomatitis subprotésica (ESP) la cual se caracteriza por presentar un proceso inflamatorio que va a afectar a la mucosa de soporte protésico, el principal factor etiológico de la ESP se debe a la presencia de hongos o levaduras del género *Candida* que inicia su colonización, en forma de comensal es decir que en un principio esta no generará signos ni síntomas, pero al ocurrir un desequilibrio hospedero patógeno este se transformará en un patógeno oportunista dando origen a los signos y síntomas característicos de la estomatitis.^{3,4}

Esta investigación se lleva a cabo mediante la recopilación de artículos científicos basados en literatura de acuerdo al tema para lo cual se acudió a bases de datos como Pubmed, Science Direct, Scielo, Scimago, Elsevier, Scopus, Web of Science.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es determinar las manifestaciones clínicas patológicas más relevantes y presentes en la mayoría de casos de estomatitis en pacientes portadores de prótesis removible mediante la revisión y análisis exhaustivo de literatura experta.

MARCO TEÓRICO

El acto de cubrir o sobreponer una prótesis sobre la mucosa oral constituye para el tejido un cambio en su comportamiento interpretando a este acto como una agresión mecánica no fisiológica debido a que la prótesis va a producir efectos de empuje, presión y tracción cuando estos efectos se producen de manera no controlada ocasiona a una ruptura del equilibrio por lo tanto ocasionando una serie de respuestas como irritación tisular, reacciones inflamatorias y estas a su vez provocan complicaciones o patologías más complejas entre ellas épulis fisurado, úlceras traumáticas, neoplasias, papilomatosis y estomatitis.⁵

DEFINICIÓN

El término estomatitis se define como una lesión caracterizada por la inflamación de la mucosa oral, siendo esta una alteración característica de los pacientes tratados o rehabilitados mediante prótesis estomatológicas ya sean nuevas o viejas o en su defecto mal adaptadas. Esta condición inflamatoria se presenta del 15 al 70% de los usuarios de prótesis dentales.^{3,6}

Esta lesión presenta signos clínicos como enrojecimiento, hinchazón y dolor de la mucosa en la porción que entre en contacto directo con la prótesis.⁶

ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia se considera multifactorial estos pueden dividirse en factores exógenos y endógenos dentro de los que se consideran exógenos se encuentran la colonización de hongos por el aislamiento repetido de varias cepas de *cándida* como lo son *C. albicans*, *C. glabrata* y *C. tropicalis* que se han verificado tras aislar las muestras obtenidas de las prótesis de los pacientes, edad del paciente, higiene bucal deficiente, malos hábitos (dormir con la prótesis), ingesta de alimentos calientes, material de base protésico y no menos importante la falta de comunicación con el odontólogo.^{3,6,7}

Endógenos por otra parte tienen que ver directamente con enfermedades sistémicas, cardiovasculares o medicamentos que disminuyan la respuesta inflamatoria o inmunitaria.^{6,8}

En estudios realizados se recalca la predilección de esta enfermedad hacia el sexo femenino, especificando que esto sucede por los distintos cambios hormonales que atraviesan las mujeres a lo largo de su vida.⁸

HISTOPATOGENIA

La histopatogenia inicia a través de los microorganismos infecciosos los mismos que actúan en las células epiteliales produciendo en primera instancia una descamación de dichas células posterior a esto sucede otro de los signos característicos de esta patología, la necrosis de la pseudomembrana causada a su vez por los microorganismos infecciosos ya mencionados adquiriendo la coloración blanquecina o a su vez eritema de las mucosas signo típico de esta patología.⁹

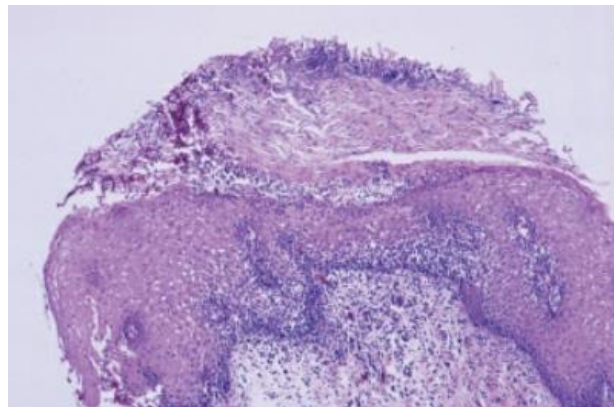


Ilustración 1 Corte histológico de células necróticas superficiales en pseudomembrana con presencia de candida presentando engrosamiento de superficie epitelial

Fuente: DeLong L, Burkhart N. Patología Oral y General en Odontología. 2nd ed. Wolters K, editor. 2015. 848–852 p.¹⁰

Todos estos residuos ya sea de la descamación y la necrosis van a estar reforzados a través de hifas las cuales son la forma alargada del hongo es decir se encuentran enmarañados y enredados de candida albicans.⁹

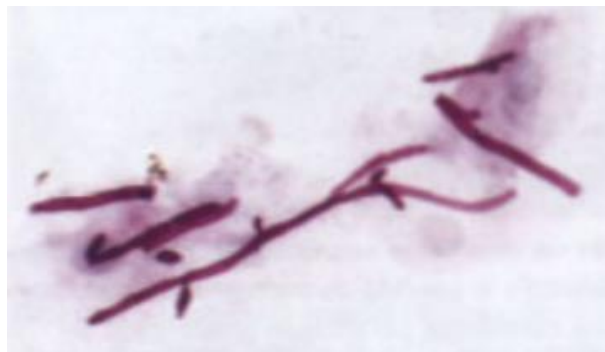


Ilustración 2 Hifas presentes en frotis citológico de pseudomembrana blanquecina teñida mediante técnica de PAS

Fuente: Philip Sapp J, Lewis R, George P. Patología oral & maxilofacial contemporánea. 2nd ed. Mosby; 2004. 228–248 p.

FACTORES PREDISPONENTES

El avance de la estomatitis sin ningún tipo de tratamiento puede terminar de forma devastadora, ya que se desarrollará infecciones de tejido profundo dificultando su manejo en personas que sufran de enfermedades sistémicas como diabetes no controlada, VIH es decir en pacientes inmuno comprometidos, pacientes que hayan sido intervenidos quirúrgicamente mediante trasplante de órganos, es importante recalcar que en este tipo de pacientes se debe de realizar controles posteriores al cese de los antifúngicos debido a que se verificó que es habitual la recaída en este tipo de personas.³

Varios estudios a lo largo del tiempo han señalado que la aparición de lesiones de la mucosa oral está correlacionada con el uso de prótesis removibles ya sean prótesis totales o parciales. De acuerdo a esto las lesiones más comunes que pueden surgir son estomatitis, hiperplasia, queilitis angular y úlceras traumáticas.¹

Las patologías mencionadas anteriormente se originan a partir de factores relacionados con la prótesis, la principal causa de esto son los errores mecánicos en sus componentes desembocando así en microtraumatismos que dificultan la acción de los anticuerpos presentes en el flujo salival, esto provocará la formación de un medio ácido anaerobio facilitando así la propagación de los hongos que predisponen la aparición de candida y/o infecciones, el grado de afectación dependerá de la cantidad de tejido que tenga contacto directo con la prótesis o inclusive el tiempo de uso.^{1,8}

FACTORES LOCALES

Microorganismos y levaduras

La prótesis sirve como un agente catalizador o detonante para el inicio de la estomatitis, ya que altera el microambiente existente disminuyendo el pH, reduciendo la cantidad de saliva por lo tanto mermando la autoclisis, transformando a la cavidad oral en un reservorio de microorganismos como Staphylococcus, Streptococcus, Fusobacterium, Bacteroides, además se ha esclarecido que cerca del ochenta por ciento pertenecen a candida dentro de esta podemos encontrar candida albicans y candida no albicans dentro de esta última se hallan cepas como:^{2,11-13}

- Candida Krusei.
- Candida Parapsilosis.
- Candida tropicalis.

Trauma

El trauma generado por una mala adaptación de la prótesis y la infección por *Candida* son causas importantes para predisponer la estomatitis debido a la inestabilidad, alteraciones oclusales entre otras que causa un aumento de la dimensión vertical del individuo por eso se considera como otro factor de riesgo.¹¹⁻¹³

MATERIALES DE REVESTIMIENTO DE PRÓTESIS

Dentro de los elementos que forman parte de la prótesis se encuentra la denominada base protésica, dentro de las innumerables funciones para la cual está diseñada destaca, el proteger el reborde residual existente, conformar el contorno facial y la retención de las piezas dentales artificiales esto en cuanto a las más importantes.¹⁴

Es por eso que los materiales a seleccionar para este elemento son fundamentales para el éxito del tratamiento, las bases protésicas generalmente están confeccionadas a partir de polímeros o metales en su defecto siendo el polímero o resinas termopolimerizables el material más usado, ya que cuenta con propiedades de baja densidad y fácil manipulación.¹⁴

Este tipo de material pese a sus excelentes propiedades necesita de un cuidado diario por parte del paciente debido a que la higiene deficiente u otros factores como lo son exponer la prótesis a ciertas sustancias o medios puede verse afectado sus propiedades físicas como la porosidad la cual al ser mayor dará apertura a la acumulación de placa bacteriana y posterior a la colonización de *Candida albicans*.¹⁴

El metal es considerado una mejor opción si el paciente no posee estos hábitos de higiene estas poseen una estructura más rígida, lisa además de que su estructura es menos propensa a afectarse con otras sustancias o medios. En la actualidad se está descubriendo y analizando las propiedades antimicrobianas del metal, del mismo modo se están incorporando nanopartículas de diferentes metales como titanio, plata, óxido de zirconio, óxido de zinc entre los metales más destacados, se ha mostrado que la incorporación de estos metales a la base protésica ejerce de un efecto antimicrobiano en especies de *Candida albicans*.¹⁵

Las prótesis denominadas flexibles se encuentran en otro apartado primordialmente por su material base con el cual está elaborado se denomina resina poliamida, también conocido como nylon dicho material prioriza el confort y la estética.¹⁶ Estas pueden ser parciales es decir cuando faltan algunas piezas dentarias o completas es decir la inexistencia de piezas.¹⁷

Los diferentes artículos resaltan y enfatizan que estas a pesar de sus cualidades “ventajosas” siguen contraindicadas en el uso clínico, ya que existen muchos efectos negativos que se generan por el uso de este tipo de prótesis, en cuanto a su aplicación

se estipula que la elaboración de este tipo de prótesis va a depender de la excelente higiene del paciente y por sobre todo una opción en la cual se emplearía esta opción de tratamiento, va a ocurrir en los casos que presenten una anatomía del maxilar de difícil acceso conjuntamente con muchos requerimientos o requisitos que el paciente tiene que presentar y rara vez cumple con todos ellos. De igual manera no se recomienda este tipo de prótesis ya que se encuentran por debajo de las diferentes opciones de rehabilitación ya sean mediante prótesis deacrílico o metal debido a que uno de sus grandes inconvenientes se genera a partir de su material provocando microporosidades al poco tiempo.¹⁷

Este tipo de prótesis van a estar sujetas a indicaciones y contraindicaciones muy puntuales para su elaboración e implementación, las indicaciones se mencionan en pacientes que posean alergia a metacrilatos, comprometidos periodontalmente, torus palatino, mandibulares u exostosis óseas aberrantes, pacientes bruxomanos. En odontopediatría también se puede hallar un apartado específico para su uso en mantenedores de espacio, en pacientes cuya falta de colaboración hace imposible el uso de aparatos convencionales.¹⁸

En el caso de las contraindicaciones constan pacientes con intolerancia a bases palatinas extensas, rebordes con propiedades muy resilientes y rebordes con una reabsorción muy marcada y excesiva.¹⁸

De igual forma poseen propiedades consideradas como ventajas ya sea en su estructura al ser resistentes y su gran módulo de elasticidad, hipo alergénicas, poco peso, excelente memoria plástica, alta estética.¹⁹ El inconveniente más problemático con este tipo de prótesis y considerado como la mayor desventaja es la imposibilidad de rebasamiento y reparaciones, por otra parte al presentar microporosidades es propensa a adquirir pigmentaciones y cambio de coloraciones es por eso que la higiene tiene que ser óptima, en algunos casos en los cuales el paciente presenta gran capacidad muscular por lo tanto mordida fuerte existirá desplazamiento de los dientes artificiales provocando un rechinar en algunos casos estos pueden ser muy audibles.¹⁹

Los materiales con los cuales se revisten las prótesis contienen acondicionadores de tejidos, usados como complementos para tratar la mucosa oral traumatizada y estos a su vez se usan en conjunto con la prótesis en especial con la mandibular. Los materiales usados en la actualidad son elastómeros de silicona, polímeros plastificados de metacrilato superior, polimetacrilatos hidrófilos o fluoropolímeros.

Uno de los problemas que poseen estos materiales es la colonización de especies *Candida* tanto dentro como sobre el material, destruyendo las propiedades superficiales de revestimiento causado por las exotoxinas de los hongos.¹¹⁻¹³

PLACA RESIDUAL

Existen ciertos elementos que se encuentran presentes en la placa que permiten o favorecen la multiplicación o una mayor patogenicidad de las levaduras en este caso de la *Candida*, generado por los factores mencionados a continuación:¹²

- Mala higiene.
- Alto consumo de carbohidratos.
- Reducción del flujo salival.
- Composición de la saliva.
- Diseño de la prótesis.
- Uso continuo de la prótesis.

TEXTURA SUPERFICIAL Y PERMEABILIDAD DE LA BASE DE LA PRÓTESIS

Ante la mala higienización de la prótesis la *Candida* puede penetrar, adherirse y agregarse con mayor facilidad a la superficie de la misma, estas presentan generalmente micropits o microporosidades dificultando así la eliminación ya sea por los métodos mecánicos como el cepillado y los métodos químicos.¹³

PREVENCIÓN

En los programas de salud actuales es indispensable el incluir la prevención de la estomatitis entre todos los trabajadores de la salud para lo cual el programa ideal preventivo debe de incluir una revisión bucal a detalle inclusive si las lesiones son asintomáticas, una higiene adecuada tanto para la prótesis como de la cavidad oral, instrucciones de uso de la prótesis direccionado al paciente entre una de las indicaciones más necesarias es retirar la prótesis alrededor de 6 a 8 horas al día, esto se puede realizar a la hora de irse a dormir, por último en el caso de las PPR se debe de tener controles periódicos de placa por parte del profesional odontólogo.^{12,20}

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico se basa específicamente en el reconocimiento de las lesiones, generalmente el paciente no presenta sintomatología alguna, en ciertos casos el paciente refiere picazón o ardor, es por eso que se debe de realizar una revisión clínica

minuciosa tanto a la cavidad bucal como a la prótesis en el caso de esta se evaluarán varios aspectos tanto de higiene, retención o apoyo.²¹

Existen varios tipos de estomatitis las cuales se pueden clasificar de acuerdo a su gravedad.²¹⁻²³

Protocolos de diagnóstico

Estomatitis grado I ²⁴

1. Realizar la respectiva historia clínica del paciente.
2. Higienizar la cavidad oral mediante buches de clorhexidina u otro colutorio.
3. Proceder a la anamnesis de forma integral.
4. Inspeccionar la cavidad bucal dentro de esto debemos de observar a detalle mucosas, paladar duro, rebordes gingivales.
5. Posterior examinar la prótesis en su totalidad específicamente en las áreas que tengan contacto directo con la mucosa del paciente.
6. En el caso de encontrar inconsistencias a nivel oral como pueden ser signos inflamatorios mínimos, áreas hiperémicas localizadas o a su vez pequeños puntos en la mayoría de casos estos se dan con mayor prevalencia en la mucosa palatina. Se ha destacado que en un gran número de casos en los cuales sucede esto la prótesis ha presentado movilidad.



Ilustración 3 Estomatitis grado (I)

Fuente: Barragan X. Tratamiento de la estomatitis subprótesisica en el adulto mayor. 2019. ²

Estomatitis grado II²⁴

1. Realizar la respectiva historia clínica del paciente.
2. Higienizar la cavidad oral mediante buches de clorhexidina u otro colutorio.
3. Proceder a la anamnesis de forma integral.
4. Inspeccionar la cavidad bucal en su totalidad concretamente observar mucosas, paladar duro, rebordes gingivales.

5. Posterior examinar la prótesis en su totalidad en las áreas que tengan contacto directo con la mucosa del paciente.
6. A diferencia de la estomatitis grado I se debe diferenciar inconsistencias a nivel oral como lesiones inflamatorias, área eritematosa bien definida, en esta clase de estomatitis surge algo muy característico dicha área va a tener el contorno de la prótesis dibujada sobre la mucosa, otro signo muy común es la coloración rojo brillante que desarrollan las mucosas afectadas. Se podría dar en algunos casos excepcionales que exista un exudado blanco grisáceo, como manera de síntoma el paciente puede tener una sensación subjetiva.



Ilustración 4 Estomatitis grado (II)

Fuente: Rocafuerte M, Zelada Z, Huamani J. Estomatitis subprotésica: a propósito de un caso clínico. Kiru. 2014;11(2):180-3.

Estomatitis grado III²⁴

1. Realizar la respectiva historia clínica del paciente.
2. Higienizar la cavidad oral mediante buches de clorhexidina u otro colutorio.
3. Proceder a la anamnesis de forma integral.
4. Inspeccionar la cavidad bucal en su totalidad, lo más importante es observar mucosas, paladar duro, rebordes gingivales.
5. Posterior examinar la prótesis en su totalidad en las áreas que tengan contacto directo con la mucosa del paciente.
6. En esta estomatitis que de hecho es sumamente agresiva con diferencia de las dos, existen signos muy puntuales y que se pueden observar a simple vista como lo son: lesión sumamente mas definida, la mucosa en este caso no solo estará variada su coloración sino además se encontrará engrosada con gránulos irregulares. Estos gránulos provocaran elevaciones superficiales que se asemejan a formas papilares.



Ilustración 5 Estomatitis grado (III)

Fuente: Soto A. Incidencia, diagnóstico y prevención de estomatitis subprotésica en los adultos mayores portadores de prótesis totales del barrio "Víctor Emilio Valdivieso" del Cantón Loja, periodo junio-noviembre 2011. Universidad Nacional De Loja; 2011.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se basa en la observación de las lesiones o placas blancas de la mucosa oral las cuales se pueden confundir debido a que son clínicamente indistinguibles con:²⁶

- Liquenoide oral.
- Liquen plano.

Dentro de las consideraciones que pueden causar el Liquenoide oral destacan la alergia por contacto, por medicamentos, en el caso que este se desarrolle por contacto las lesiones se encontrarán cerca del alérgeno y a su vez estas lesiones no estarán presentes si el alérgeno no está presente.²⁶

Con respecto al liquen plano se las puede diferenciar, por lo general se presentan de forma bilateral y simétrica ubicados de igual forma con predilección en los bordes de la lengua y la mucosa bucal.²⁶

En último de los casos se recomienda realizar una citología exfoliativa por la facilidad de interpretación contraria a la biopsia.²⁷

TRATAMIENTO

Existen múltiples tratamientos que estarán basados principalmente en las causas, iniciando en retirar o eliminar el agente causal, enseñar al paciente los cambios y medidas adecuadas de que debe tener en cuanto a higiene oral, evitar irritantes dentro de estos están consideradas las pastas dentales, colutorios a base de alcohol y adhesivos para prótesis.^{20,26}

Con respecto a la prótesis eliminar bordes afilados, superficies rugosas y remediar el inadecuado ajuste de la misma.^{8,26}

Es muy importante recalcarle al paciente que debe de dormir sin la prótesis y como complemento colocar la misma en un vaso con Clorhexidina ya sea al 0.2 o al 2% otra solución que puede indicarse es el uso de hipoclorito de sodio en concentraciones del 0.5 a 2% el uso de este último está recomendada para el uso exclusivo de prótesis que no tengan un componente metálico.²⁰

Los antifúngicos se deben de prescribir en casos que se corra riesgo de infección faríngea o sistémica, ante sintomatología de dolor, sensación de calor o ardor. Estos pueden administrarse de manera tópica o sistémica y que se ha concluido que tienen la misma efectividad por las dos vías. Los antifúngicos más usados dentro de los poliénicos como la nistatina, imidazoles como Clotrimazol y dentro de los triazoles tenemos el fluconazol.²⁰

Para complementar todo este sistema o plan terapéutico se pueden realizar vitaminoterapia y prescripción de colutorios.²⁰

Protocolos de tratamiento

Dentro de la llamada estomatitis encontramos varios tipos que pueden surgir por diferentes factores, es así como tenemos:

Estomatitis Grado I²⁸

1. Como primer paso indicar técnicas de higiene adecuadas tanto para la cavidad oral como para la prótesis.
2. Realizar la limpieza de las mucosas, rebordes y paladar con una gasa humedecida.
3. Secarse el paladar con una gasa.
4. Lavar la prótesis con jabón neutro o con cepillo de cerdas suaves para evitar dañar la estructura creando microporosidades.
5. Retirar prótesis en la noche, si es posible dejarla en un vaso de agua simple o mezclada con Clorhexidina al 0.2 o 2% o solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
6. Recomendar enjuagues con clorhexidina u agua ionizada o peróxido de hidrogeno, con el fin de disminuir la carga bacteriana en boca.

7. En cuanto al tratamiento farmacológico o antimicótico se debe de prescribir el antifúngico adecuado basado enteramente en el grado de estomatitis, en el caso de la estomatitis grado I se prescribe la Nistatina este posee una actividad fungistática y fungicida enfocadas a la *Candida albicans* como a otras especies de la misma.
8. En el caso de la Nistatina existe varias presentaciones a utilizar, como tópico esta se debe de aplicar de 2 a 4 veces al día, en suspensión oral la dosis es de 5 a 15 ml por día realizar enjuagues de un minuto y posterior deglutir esto cada 6 horas, para su presentación en comprimidos está establecido el disolver en boca de 1 a 3 comprimidos al día durante tres semanas.

Estomatitis grado II²⁸

1. Indicar técnicas de higiene adecuadas tanto para la cavidad oral como para la prótesis.
2. Realizar la limpieza de las mucosas, rebordes y paladar con una gasa humedecida.
3. Secarse el paladar con una gasa.
4. Lavar la prótesis con jabón neutro o con cepillo de cerdas suaves para evitar dañar la estructura creando microporosidades.
5. Retirar prótesis en la noche, si es posible dejarla en un vaso de agua simple o mezclada con Clorhexidina al 0.2 o 2% o solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
6. Enjuagues con clorhexidina u agua ionizada o peróxido de hidrogeno, con el fin de disminuir la carga bacteriana en boca.
7. En cuanto al tratamiento farmacológico o antimicótico se debe de prescribir el antifúngico adecuado en el caso de la estomatitis grado II al poseer un área mucho más definida e inconsistencias inflamatorias avanzadas que la estomatitis grado I se prescribe Fluconazol al ser un antifúngico sintético actúa sobre un gran rango de especies de *Candida albicans*.
8. La posología de este es de 50mg una vez al día por 7 a 14 días, este tratamiento se debe de emplear en conjunto con los pasos anteriores para mejores resultados.

Estomatitis grado III²⁸

En este grado de estomatitis en concreto los protocolos anteriores no aplican debido a que la prescripción de los antifúngicos no es efectiva, en estos casos se procede a realizar técnicas quirúrgicas para la eliminación de los gránulos o papilas todos estos procedimientos deben de estar acompañados por un estudio anátomo patológico para identificar la especie de candida involucrada con esto se prescribirá el antifúngico más adecuado.

ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) considerada como la enfermedad más común que se da en la cavidad bucal y específicamente en la mucosa, se le denomina también aftosis oral, se caracteriza por ser una enfermedad inflamatoria crónica distinguida por evidenciar numerosas pequeñas úlceras recurrentes presentan las siguientes características.

- Redondas u ovoides.
- Poseen márgenes circunscritos.
- Halos eritematosos.
- Pisos amarillos o grises.²⁹⁻³²

Epidemiología

Según estudios afecta alrededor del 5% o hasta el 60% de la población en general con una predilección hacia el sexo femenino, se ha especificado que la aparición de esta enfermedad se manifiesta en un rango de edad de 10 a 19 años pudiendo persistir a lo largo de toda la vida.³²

Etiopatogenia

Su patogenia es desconocida, aunque se ha llegado a definir como una enfermedad multifactorial dentro de estos tenemos:

- Factores genéticos.
- Factores inmunológicos.
- Factores hormonales.
- Traumatismos locales.
- Factores bacterianos y virales.
- Estrés.
- Alergias alimentarias y déficits vitamínicos.
- Enfermedades sistémicas subyacentes.^{32,33}

Otro elemento que se suma a este tipo de lesiones son las úlceras aftosas estas son extremadamente dolorosas la razón es la interferencia que existe con la comida y el habla esta etapa dura aproximadamente de 4 a 5 primeros días después de su aparición.²⁹

Formas clínicas

Estas descritas tres tipos de variantes de úlceras que se pueden manifestar; úlceras menores (MiRAS), úlceras mayores (MaRAS) y herpetiformes (HeRAS).²⁹

- MiRAS es la forma más recurrente de la enfermedad que afecta al un 80% de los pacientes con EAR, las lesiones miden <5mm de diámetro de aspecto redondo u ovalado con presencia de seudomembrana de color gris blanco con

halo eritematoso, el área de aparición predilecta son las superficies no queratinizadas que comprende mucosa labial, bucal y piso de la boca.



Ilustración 6 Úlceras menores

Fuente: Sánchez J, Conejero C, Conejero R. Aftosis oral recidivante. Actas Dermosifiliogr. 2020;111(6):471–80.

- MaRAS también llamadas como periadenitis mucosa necrótica recurrente esta es una forma severa de EAR debido a que exceden los 10 mm de diámetro pueden estar presentes hasta las 6 semanas o en algunos casos puede excederse a meses debido a esta condición se les considera como crónicas, otra característica de esta es que dejan cicatrices al sanar; el sitio de evolución en el que se dan son el paladar blando, labios y fauces. Los pacientes con VIH son comunes con MaRAS.



Ilustración 7 Úlceras mayores

Fuente: Sánchez J, Conejero C, Conejero R. Aftosis oral recidivante. Actas Dermosifiliogr. 2020;111(6):471–80.

- HeRAS es la tercera forma en la cual se puede presentar en el 1.1% de los pacientes con EAR, los signos son úlceras pequeñas >5mm de diámetro dolorosas localizadas en el piso de la boca y superficie ventral de la lengua.



Ilustración 8 Úlceras herpetiformes

Fuente: López S, Bologna R. Estomatitis aftosa recurrente mayor tipo C: reporte de un caso. Rev la Asoc Dent Mex. 2011;68(4):192-5.⁴²

Diagnóstico

El diagnóstico se llegará con base en la historia clínica y la exploración clínica, además se procederá a descartar alguna causa sistémica subyacente esto cuando se evidencia la aparición de las aftas por primera vez, sin embargo, se complementará con los respectivos exámenes hematológicos, microbiológicos, biopsia y estudios histopatológicos de las aftas.³²

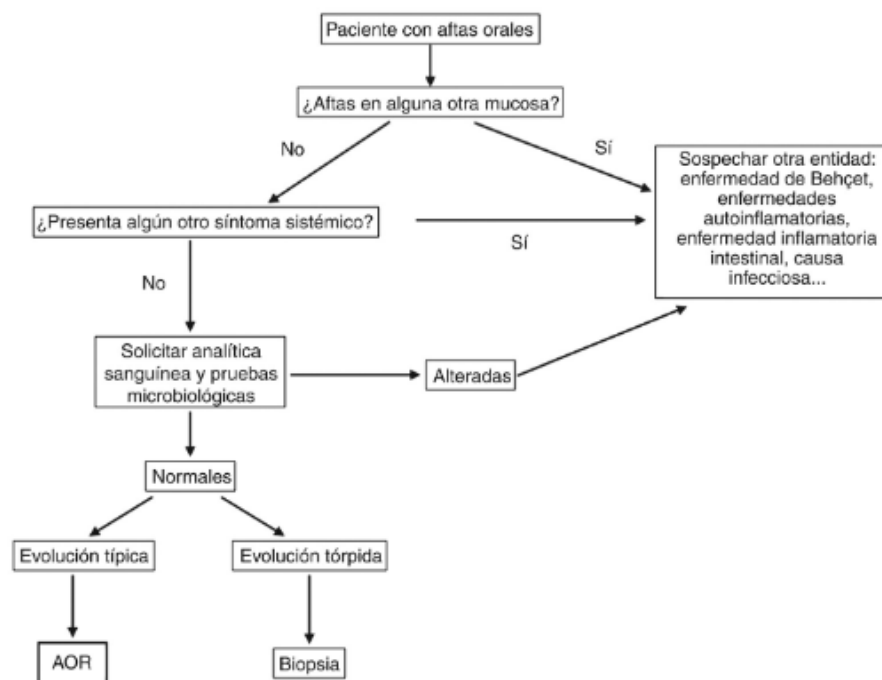


Ilustración 9 Esquema diagnóstico

Fuente: Sánchez J, Conejero C, Conejero R. Aftosis oral recidivante. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(6):471–80.

Tratamiento

El principal objetivo del tratamiento se enfocará en mitigar o aliviar el dolor, acelerar la curación de las úlceras dado que a día de hoy no existe una terapia o cura definitiva; para esto en los casos más leves es decir que el paciente sufra de episodios aislados de úlceras menores que duran pocos días se procede a la remisión de analgésicos tópicos conjuntamente con instrucciones generales de higiene.³²

La terapia sistémica consta de corticoides orales acompañados del tratamiento tópico está indicada en pacientes que sufren múltiples episodios constantes, úlceras mayores o herpéticas en las cuales existen dolor intenso, dificultad para alimentarse y en algunos casos en los cuales la medicación tópica no tenga resultados.³²

En otro apartado se encuentra la posibilidad de tratar esta enfermedad con productos naturales de uso tópico los cuales tienen efectos analgésicos, estos han sido probados en estudios pertinentes, uno de esos productos es la crema Vimang la cual obtuvo un resultado de hasta el 100% en el control del dolor en úlceras menores.³⁵

Se ha planteado que el hábito del consumo de tabaco puede ejercer un efecto protector ante la aparición de estas lesiones, el resultado del estudio observó una relación significativa entre el cese del tabaco y la manifestación de estas lesiones de tipo menor.³⁶

El mecanismo por el cual el tabaco ocasiona esta respuesta no se ha esclarecido por completo, la hipótesis que tiene la mayor aceptación de la comunidad científica es que por el consumo habitual de tabaco provoca hiperqueratinización de la mucosa protegiéndola de diferentes factores desencadenantes en especial los factores que tienen un origen traumático.³⁶

METODOLOGÍA

La presente investigación se desarrolló mediante material bibliográfico referente a manifestaciones clínico patológicas asociadas a estomatitis en pacientes portadores de prótesis removible a nivel general, este estudio será una guía para que los odontólogos puedan acceder a este análisis como fuente confiable.

La recolección de información se realizó mediante la búsqueda en fuentes primarias bibliográficas, Google académico (scholar.google.es), artículos científicos de bases de datos, ScienceDirect, PUBMED, Scielo, Scimago, Elsevier, Scopus, Web of Science, conjuntamente se tomaron artículos en español e inglés, para lo cual se determinaron los buscadores fehacientes en la web referentes al área odontológica, con el propósito de identificar y clasificar las manifestaciones clínico patológicas asociadas a estomatitis en pacientes portadores de prótesis removible, así mismo se adquirió información de artículos científicos o tesis publicados en diferentes revistas, universidades e inclusive casos clínicos realizados en centros médicos de distintos países, de igual manera se recopiló información de diferentes libros publicados con un alto valor académico relacionados con la temática.

Con respecto a la información obtenida mediante el escrutinio en fuentes bibliográficas se seleccionaron los estudios más relevantes sobre el tema de estudio, que cumplan con los requerimientos específicos, enfocándose primordialmente a las causas que originan la estomatitis en pacientes portadores de prótesis removibles.

Existen aproximadamente 16.882 publicaciones de artículos indexados referentes a la temática de investigación.

Se valoraron aproximadamente 76 artículos de los cuales se seleccionaron 36 publicaciones referentes a las manifestaciones clínico patológicas asociadas a estomatitis en pacientes portadores de prótesis removible, registradas en diferentes bases de datos tomando en cuenta la relevancia científica de cada uno de ellos.

Criterios de inclusión

- Artículos científicos relacionados concretamente con estomatitis.
- Artículos científicos publicados por revistas a nivel mundial sobre manifestaciones clínico patológicas asociadas a estomatitis en pacientes portadores de prótesis removible.
- Libros de patología bucal publicados en los cuales se encuentren capítulos referentes a la estomatitis y sus causas.

Criterios de exclusión

- Artículos que no poseían información acerca del tema de estudio.
- Artículos publicados en los años anteriores a los 2000.
- Artículos con información poco relevante.
- Libros que no se encuentren dentro del apartado de patología oral.

RESULTADOS

Aparición de la estomatitis en función del género en pacientes con prótesis removible.

Tras el análisis de los diferentes artículos se puede evidenciar que la estomatitis afecta al género femenino en un 38.9% con respecto al género masculino, parte de las publicaciones recalca que la causa probable de esta predilección es debido a los cambios hormonales constantes que atraviesan las mujeres en su ciclo menstrual o etapas peri menopáusicas o en su defecto postmenopáusicas.^{1,2,4-6,11,21,23,24,27,31,32,34,36}

Tabla 1 Género

Género	Publicaciones	Porcentaje
Femenino	14	38,9%
Masculino	3	8,3%
No determinan	19	52,8%
Total	36	100%

Fuente: Revisión bibliográfica
Realizado por: Kevin Ochoa

Factores predisponentes para la aparición de estomatitis

La mayoría de artículos concluía que el factor que más predispone y genera la aparición de la estomatitis en pacientes que utilizan prótesis removibles es la placa residual con un 27,8%, demostrando así que una mala higiene es la principal precursora de esta enfermedad, a pesar de ese porcentaje hay que tener en cuenta que los traumatismos por desajuste de las prótesis también tenían una importante incidencia con un 19,4%.^{1,6,8,11,13,20,22,23,27,28}

Tabla 2 Traumatismos y placa residual

Factores	Publicaciones	Porcentaje
Traumatismos	7	19,4%
Placa residual	10	27,8%
Total	17	47,2%

Fuente: Revisión bibliográfica
Realizado por: Kevin Ochoa

Cepas de Candida más prevalentes en estomatitis

Los autores establecen que la cepa que se presenta con más prevalencia en pacientes que sufren de estomatitis es la *Candida albicans* con un 25,7%, en comparación con las

distintas cepas de *Candida no albicans* que no tuvieron mayor relevancia en las 36 publicaciones analizadas en esta revisión bibliográfica.^{2,5-9,12,28,32}

Tabla 3 Cepas de *Candida* más prevalentes

Microorganismos	Publicaciones	Porcentaje
<i>Candida albicans</i>	9	25,7%
<i>Candida Krusei</i>	1	2,9%
<i>Candida Parapsilosis</i>	1	2,9%
<i>Candida tropicalis</i>	1	2,9%
Total	12	34,3%

Fuente: Revisión bibliográfica
Realizado por: Kevin Ochoa

Revestimiento de la prótesis

En cuanto al revestimiento de la prótesis existe mucho debate acerca del material más acertado e indicado para la elaboración de las mismas, ya que en muchos artículos priorizan la durabilidad, la resistencia, distribución de fuerzas y la retención como puntos principales que debe de tener una prótesis caso contrario algunos odontólogos no recomiendan la elaboración de las prótesis flexibles por los problemas más comunes que presentan las mismas como pigmentaciones, mala distribución de fuerzas e inclusive la principal desventaja las microporosidades. Es por esto que el material mayormente utilizado y que se sigue recomendando su elaboración son las bases de acrílico y metal con un 22,2% en lo que concierne a los estudios revisados.^{4,6,13,14,17-20}

Tabla 4 Recomendación de prótesis acrílica, metálica y prótesis flexible (poliamida o nylon)

M. revestimiento de prótesis	Publicaciones	Porcentaje
Acrílica y/o metálica	8	22,2%
Flexible	4	11,1%
Total	12	33,3%

Fuente: Revisión bibliográfica
Realizado por: Kevin Ochoa

Prevención

Los pacientes que son portadores de prótesis removibles deben cumplir con la correcta higienización, para eso deben de seguir una serie de pasos para higienizar tanto la prótesis como la cavidad oral por lo cual se ha establecido un protocolo para precautelar la aparición de la estomatitis.^{12,20,26}

Tabla 5 Tratamiento preventivo

N°	PASOS A SEGUIR
1	Limpiar la prótesis con cepillo de cerdas suaves o en algunos casos cepillos más pequeños como el utilizado para higiene de uñas.
2	Proceder a la higienización con jabón neutro o jabón especial para prótesis.
3	En caso de las prótesis flexibles se deberá higienizarse con cepillo de cerda suave conjuntamente con jabón líquido.
4	La limpieza tiene que enfocarse en las partes que tienen contacto con la mucosa además en el caso de una parcial también enfocarse en la estructura metálica, en los retenedores y apoyos.
5	A la hora de dormir se recomienda retirarse la prótesis por lo menos de 6 a 8 horas para la recuperación de la mucosa.
6	De igual manera una vez retirada la prótesis en la noche se colocará la misma en un vaso con agua o en su defecto Clorhexidina al 2% o hipoclorito de sodio del 0.5% o 2 %, este último se utilizará cuando la prótesis no cuente con componentes metálicos.
7	Al día siguiente volver a higienizar la prótesis antes de su uso.
8	Controles periódicos con el odontólogo.

Fuente: Revisión bibliográfica

Realizado por: Kevin Ochoa

Tratamiento estomatitis

El tratamiento a utilizar para este tipo de enfermedad depende del tipo o grado de estomatitis que presente cada paciente para lo cual se ha elaborado un protocolo para cada una de ellas.²⁸

Tabla 6 Estomatitis grado I

N°	PROTOCOLO
1	Indicar técnicas de higiene adecuadas tanto para la cavidad oral como para la prótesis, realizar la limpieza de las mucosas, rebordes y paladar con una gasa humedecida.
2	Lavar la prótesis con jabón neutro o con cepillo de cerdas suaves, retirar prótesis en la noche, si es posible dejarla en un vaso de agua simple o mezclada con Clorhexidina al 0.2 o 2% o solución de hipoclorito de sodio al 0.5%.
3	Enjuagues con clorhexidina, con el fin de disminuir la carga bacteriana en boca. En cuanto al tratamiento farmacológico o antimicótico prescribir en el caso de la

	estomatitis grado I Nistatina genera actividad fungistática y fungicida enfocadas a la <i>Candida albicans</i> .
4	Nistatina existe varias presentaciones a utilizar, como tópico esta se debe de aplicar de 2 a 4 veces al día, en suspensión oral la dosis es de 5 a 15 ml por día realizar enjuagues de un minuto y posterior deglutir esto cada 6 horas, para su presentación en comprimidos está establecido el disolver en boca de 1 a 3 comprimidos al día durante tres semanas.

Fuente: Revisión bibliográfica
Realizado por: Kevin Ochoa

Tabla 7 Estomatitis grado II

N°	PROTOCOLO
1	Realizar la limpieza de las mucosas, rebordes y paladar con una gasa humedecida, lavar la prótesis con jabón neutro y con cepillo de cerdas suaves.
2	Retirar prótesis en la noche, dejarla en un vaso de agua simple o mezclada con Clorhexidina al 0,2 o 2% o solución de hipoclorito de sodio al 0.5 al 2%, conjuntamente con enjuagues con clorhexidina.
3	Antimicótico o antifúngico adecuado que se debe de prescribir en el caso de la estomatitis grado II Fluconazol antifúngico sintético actúa sobre un gran rango de especies de <i>Candida albicans</i> . Ayudará ya que este grado de estomatitis posee un área mucho más definida e inconsistencias inflamatorias avanzadas.
4	La posología de este es de 50mg una vez al día por 7 a 14 días.

Fuente: Revisión bibliográfica
Realizado por: Kevin Ochoa

Tabla 8 Estomatitis grado III

N°	PROTOCOLO
1	En este grado de estomatitis en concreto los protocolos anteriores no aplican debido a que la prescripción de los antifúngicos no es efectiva en la mayoría de los casos.
2	Empleará técnicas quirúrgicas para la eliminación de los gránulos o papilas todos estos procedimientos deben de estar acompañados por un estudio anatómo patológico para identificar la especie de candida involucrada con esto se prescribirá el antifúngico adecuado.

Fuente: Revisión bibliográfica
Realizado por: Kevin Ochoa

DISCUSIÓN

La estomatitis es una lesión inflamatoria de la mucosa que cuyo porcentaje de aparición es de un 15 a 70% de los pacientes con prótesis removible, desarrollándose a partir de diversos factores que favorecen la aparición de la misma, en esta revisión se logró evidenciar la existencia de predilección del surgimiento de la estomatitis en el género femenino en los estudios analizados el cual fue del 38,9%, concordando así con los diversos artículos citados.^{1,2,31,32,34,36,4-6,11,21,23,24,27}. Quienes destacan que cierta característica puede deberse a que las mujeres presentan cierta fragilidad capilar a partir de los 30 años de edad, sumándose otro factor que se detalla debido al surgimiento de ciertas alteraciones psicósomáticas, que se asemejan a las sustancias que producen el estrés tanto en el periodo del climaterio como posterior, esta serie de procesos va a generar injerencia directa sobre los tejidos orales en cuanto a la irrigación y flujo salival. La estética es otro de los factores que se asocian debido a que las mujeres se preocupan mucho por la estética creando así períodos muy prolongados de uso en los cuales no se respeta los tiempos de recuperación de la mucosa repercutiendo directamente en la mucosa oral. Por otra parte, se obtuvo un porcentaje del 52,8% de los artículos los cuales no mencionaban ninguna predilección con relación a que el género femenino poseía mayor riesgo de sufrir estomatitis.

La estomatitis ya sea grado I, II y III, en su estructura engloba muchos microorganismos y levaduras, con respecto a las levaduras se encontraron diferentes cepas como *Candida albicans*, *Candida Krusei*, *Candida Parapsilosis* y *Candida tropicalis* existentes en un mayor porcentaje, la cepa a la que se atribuye y se ha hallado una mayor existencia en los pacientes con estomatitis es la *C. albicans*^{2,5-9,12,28,32} coincidiendo así con la información obtenida ya que el porcentaje de *Candida albicans* fue de 25,7% siendo la cepa más mencionada y encontrada en los diferentes artículos y casos clínicos que constan en esta revisión.

Existen muchos factores predisponentes que facilitan la aparición de la estomatitis ya que esta es una enfermedad considerada multifactorial la cual no se ha podido encontrar o verificar su origen definitivo, las causas aceptadas van desde los traumas generados por la mala adaptación de la prótesis, placa residual proveniente del déficit de higiene por parte del paciente hasta el material de revestimiento de la prótesis las cuales pueden ser de acrílico, metal y flexibles. En cuanto a la placa residual se encontró que en un porcentaje del 27,8% de los artículos revisados atribuyen a la mala higiene de los

pacientes como el mayor causante de la estomatitis en comparación a los traumas que obtuvieron un 19,4%. Encontrando coincidencia con las investigaciones que enfatizaron y concluyeron que la placa resultante es el factor ideal y predisponente por excelencia.^{1,6,8,11,13,20,22,23,27,28} Sin embargo otra de las predisposiciones discutidas y que en algunos de los casos se considera aún más importante que la placa residual son los materiales de revestimiento de las prótesis, la mayoría de estudios concluyen que las bases de acrílico y metal respectivamente poseen mejores propiedades en cuanto a resistencia, mejor distribución de fuerza, no desarrollan pigmentaciones y la más relevante con el paso del tiempo no generan microporosidades que pueden causar la colonización de microorganismos y levaduras, en comparación con las flexibles o también conocidas como nylon, ya que estas al contrario no poseen las mismas cualidades debido al material, encontrando así concordancia con esta revisión la cual obtuvo un 22,2% de aceptación hacia las bases acrílicas y metálicas.^{4,6,13,14,17-20}

CONCLUSIONES

La aparición o generación de la estomatitis subprotésica se da en la mayoría de los casos por la mala higiene y desconocimiento total de los cuidados que deben de tenerse en cuenta de acuerdo al tipo de prótesis, se recalca el informar de manera mas efectiva a los pacientes acerca de estos cuidados, entre los mayormente indispensables son el lavado de la prótesis con un cepillo adecuado de cerdas suaves con jabón neutro o de preferencia uno específicamente para prótesis, recomendar el no dormir con la prótesis en boca, sumergir la misma en Clorhexidina al 2% o hipoclorito de sodio al 2% para erradicar los microorganismos esta información no debe de pasar desapercibida ya que al dejar de lado los mismos pueden ir desde una estomatitis grado I hasta un grado III o inclusive producir otro tipo de patologías.

El diagnóstico mediante la exploración clínica tanto de la cavidad oral como de la prótesis es un apartado de vital importancia ya que si se realiza de manera correcta con las consideraciones explicadas y detalladas anteriormente se asegurará el diagnóstico correcto ya que muchas de las veces existen patologías cuya apariencia son similares entre estas tenemos el liquenoide oral y liquen plano, con esto se garantizará la remisión completa de la estomatitis, además de que el tratamiento variará de acuerdo al grado de estomatitis subprotésica que presente el paciente ya todos los grados se tratan de distinta manera.

Los grados de estomatitis más comunes en los artículos son los de grado I y II respectivamente ya que estos se encuentran asociados a los factores predisponentes como placa residual, traumatismo y el tipo de prótesis, el grado III por otro lado se encuentra en menor cantidad ya que para que se genere es necesario que el paciente detalle que ya ha sufrido varios episodios de estomatitis o un periodo largo de tiempo con la patología conjuntamente se debe de verificar la existencia de alguna complicación sistémica asociada a inmunosupresión o en su defecto que sea VIH positivo.

Las prótesis flexibles se caracterizan por ser blandas ya que su material base es la resina poliamida o conocida como nylon, este tipo de prótesis poseen indicaciones muy puntuales para su elaboración o aplicación como pacientes con enfermedad periodontal, anatomía de difícil acceso, además de poseer buena estética, son confortables para el paciente, de igual manera presentan contraindicaciones la más importantes es, en pacientes con una higiene deficiente, por otra parte posee ciertas características que las hacen propensas a generar estomatitis esto debido a su gran capacidad de generar microporosidades en las cuales se pueden impregnar microorganismos o levaduras de la genero candida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ercalik S, Özcan M. Association between Oral Mucosal Lesions and Hygiene Habits in a Population of Removable Prosthesis Wearers. *J Prosthodont.* 2015;24(4):271–8.
2. Muñoz X, Cajas N, Gómez L, Vergara C, Ivankovic M, Astorga E. Ocurrencia de levaduras del género *Candida* y estomatitis protésica antes y después del tratamiento rehabilitador basado en prótesis removible. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral.* 2015;8(1):31–7.
3. Yarborough A, Cooper L, Duqum I, Mendonça G, McGraw K, Stoner L. Evidence Regarding the Treatment of Denture Stomatitis. *J Prosthodont.* 2016;25(4):288–301.
4. Ávila G, Rojas S, Pelaéz R, Rodríguez H, Prado A. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes de la Clínica Estomatológica “Héroes de Bolivia.” *Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta.* 2014;39(7).
5. Velazquez A, Florentín G, Defazio D. Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de prótesis dentales removibles. *Rev Fac Ciencias la Salud UDES.* 2017;4(1):45.
6. Gendreau L, Loewy ZG. Epidemiology and Etiology of Denture Stomatitis. *J Prosthodont.* 2011;20(4):251–60.
7. Moosazadeh M, Akbari M, Tabrizi R, Ghorbani A, Golkari A, Banakar M, et al. Denture Stomatitis and *Candida Albicans* in Iranian Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Dent Shiraz Univ Med Sci.* 2016;17(3):283–92.
8. Rocafuerte M, Zelada Z, Huamani J. Estomatitis subprotésica: a propósito de un caso clínico. *Kiru.* 2014;11(2):180–3.
9. Philip Sapp J, Lewis R, George P. *Patología oral & maxilofacial contemporánea.* 2nd ed. Mosby; 2004. 228–248 p.
10. DeLong L, Burkhart N. *Patología Oral y General en Odontología.* 2nd ed. Wolters K, editor. 2015. 848–852 p.
11. Soto A. Incidencia, diagnóstico y prevención de estomatitis subprotésica en los adultos mayores portadores de prótesis totales del barrio “Víctor Emilio Valdivieso” del Cantón Loja, periodo junio-noviembre 2011. Universidad Nacional De Loja; 2011.
12. Sharma D, Sharma N. Denture stomatitis: a review. *IJO CR Jan.* 2015;3(1):1–5.
13. Calvert D. Denture induced stomatitis , patient and denture related factors . 2017.
14. Castro C. Efecto inhibitorio del extracto etanólico de propóleo al 10%, 20% y 40%

- sobre bloques de resina acrílica contaminados con *Cándida albicans* estudio in vitro. Universidad Central del Ecuador; 2016.
15. Ahmad N, Jafri Z, Khan ZH. Evaluation of nanomaterials to prevent oral Candidiasis in PMMA based denture wearing patients. A systematic analysis. *J Oral Biol Craniofacial Res.* 2020;10(2):189–93.
 16. Echezarreta, R, Echezarreta Y. ARTÍCULO DE REVISIÓN Prótesis flexible. Alternativa de restauración protésica Flexible prosthesis. Alternative of prosthetic restoration Rosany M Denis Echezarreta. 2019;2019(3):1–9.
 17. Béltran K. Resistencia a la compresión de bases protésicas elaboradas con polimetilmetacrilato de metilo y a base de nylon termoplástico. 2016.
 18. Campos A, Osorio C, Ramírez J. Prótesis sin metal Valplast, una alternativa para prótesis parciales removibles convencionales. Universidad de El Salvador; 2004.
 19. Naranjo A. El tratamiento con prótesis removibles flexibles en pacientes edentulos parciales [Internet]. Universidad de Guayaquil; 2014. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6265/1/NARANJOariel.pdf>
 20. Ayuso R, Torrent J, López J. Estomatitis protésica: puesta al día. *RCOE.* 2004;9(6):657–62.
 21. García M. Estomatitis subprótesis en pacientes atendidos en el policlínico “Guillermo Tejas Silva.” *Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta.* 2015;40(5):4.
 22. Cardentey J, González X. Caracterización de la estomatitis subprótesis en adultos mayores en la Clínica Estomatológica Ormani Arenado Llonch. *Arch Médico Camagüey.* 2017;21(5):602–11.
 23. González Y, Dumenigo A, Fuguet J. Comportamiento de la estomatitis subprótesis en pacientes con prótesis dental superior. 2017;15(1):36–41.
 24. Estrada G, Márquez M, Agüero A. Diagnóstico clínico de pacientes con estomatitis subprótesis portadores de aparatología protésica. *Medisan.* 2017;21(11):3180–7.
 25. Barragan X. Tratamiento de la estomatitis subprótesica en el adulto mayor. 2019.
 26. Cifuentes M, Davari P, Rogers R. Contact stomatitis. *Clin Dermatol.* 2017;35:435–40.
 27. Mayán G, Ramos L, Parejo D, Morales L, Álvarez Y, Rojas M, et al. Estomatitis subprótesis en el adulto mayor. Reporte de 2 casos Sub pro. 2019;11(3).
 28. Toquiantzin F. Causas de la estomatitis subprotésica. Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.
 29. Giannetti L, Murri Dello Diago A, Lo Muzio L. Recurrent aphtous stomatitis. *Minerva Stomatol.* 2018;67(3):125–8.

30. Sahebamee M, Basir S, Asadi G, Neishabouri K. Predisposing Factors associated with Denture Induced Stomatitis in Complete Denture Wearers. *Shiraz Univ Dent*. 2011;11:35–9.
31. Catelnaux M, Jiménez A, Navarro J, González Y, Rodríguez Z. Estomatitis aftosa recurrente según factores locales y generales. *Medisan*. 2013;17(9):5028–34.
32. Sánchez J, Conejero C, Conejero R. Aftosis oral recidivante. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111(6):471–80.
33. Boza Y, Rugama M. Recurrent Aphthous Stomatitis and Nutritional Deficiencies: Report of Three Cases with Literature Review. *Odvotos - Int J Dent Sci*. 2019;21(3):33–43.
34. López S, Bologna R. Estomatitis aftosa recurrente mayor tipo C: reporte de un caso. *Rev la Asoc Dent Mex*. 2011;68(4):192–5.
35. Rodríguez A, Ramires Y, Crespo M, Ocaña C, López A. Eficacia de la crema Vimang en el tratamiento de la estomatitis aftosa recurrente. *Medisan*. 2012;16(5):710–6.
36. Eguía del Valle A, Martínez R, López J, Uribarri A, Aguirre JM. Consumo de tabaco entre pacientes con estomatitis aftosa recurrente. *Av Odontoestomatol*. 2011;27(3):161–5.

PERMISO DEL AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, OCHOA SUAREZ KEVIN AUGUSTO portador (a) de la cédula de ciudadanía Nro. 0302267331, en calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “MANIFESTACIONES CLÍNICO PATOLÓGICAS ASOCIADAS A ESTOMATITIS EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS REMOVIBLE REVISIÓN BIBLIOGRAFICA” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de Los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos, Así mismo; autorizo a la Universidad para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Azogues, 14 de mayo de 2021.



F:

EL BIBLIOTECARIO DE LA SEDE AZOGUES**CERTIFICA:**

Que, **OCHOA SUAREZ KEVIN AUGUSTO**. Con cédula de ciudadanía **Nro. 0302267331** de la carrera de **ODONTOLOGIA**.

No adeuda libros, a esta fecha.

Azogues, 19 de abril del 2021.



SR. BYRON ALONSO TORRES ROMO

BIBLIOTECARIO

Biblioteca Universitaria
#ONS: "FROILAN POZO QUEVEDO"

control similitud Kevin Ochoa

INFORME DE ORIGINALIDAD

8%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Catolica De Cuenca

Trabajo del estudiante

6%

2

repositorio.ug.edu.ec

Fuente de Internet

1%

3

J. Sánchez, C. Conejero, R. Conejero.
"Recurrent Aphthous Stomatitis", Actas
Dermo-Sifiliográficas (English Edition), 2020

Publicación

1%

4

www.revmultimed.sld.cu

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado