

Estomatitis Subprotésica en Adultos Mayores Portadores de Prótesis Removible

Isla Carolina F¹, Pescio Jorge J¹, Villacorta Cesar A²

¹Prótesis II B. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

²Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba

RESUMEN

La estomatitis subprotésica se considera una de las patologías más frecuentes que afectan los tejidos bucales de los sujetos portadores de prótesis removibles. Conocer la prevalencia de esta lesión permitirá establecer acciones preventivas y curativas adecuadas. El propósito del estudio fue determinar la frecuencia de estomatitis subprotésica en adultos mayores de 60 años portadores de prótesis dental removible y evaluar posibles variables causales. **Materiales y Métodos.** Se realizó un estudio descriptivo en una población de de ambos sexos (n=66), portadores de prótesis dental removibles, durante un periodo de dos años. Se efectuó la exploración clínica en forma visual utilizando espejos bucales. Después de retirada la prótesis se examinó la mucosa palatina y se determinó la presencia de estomatitis subprotésica. Se evaluaron hábitos de uso de la prótesis, sintomatología, adaptación, higiene, tipo y material de la prótesis; además los grados clínicos de la enfermedad. **Resultados:** se incluyeron en la muestra 66 personas entre 60 a 93 años, 24 varones y 47 mujeres; 34 personas hasta 70 años y 32 mayores de 70 años. El 41% de la muestra presentó estomatitis subprotésica, la cual fue encontrada con mayor frecuencia en el género femenino, disminuyendo según aumenta la edad. Siendo mayor la aparición en personas que manifestaron que usaba el aparato protésico día y noche, en forma continua. **Conclusión.** La alta frecuencia de la estomatitis subprotésica podría estar relacionada con la presencia de factores como: malos hábitos de uso, irregularidades en la adaptación y en la higiene de la prótesis.

Palabras Clave: Prótesis dental removible, estomatitis subprotésica, adulto mayor, prevalencia.

ABSTRACT

Stomatitis is considered one of the most common diseases that affect the oral tissues of subjects with removable dentures. To determine the prevalence of this lesion will establish appropriate preventive and curative actions. The purpose of the study was to determine the frequency of stomatitis in adults over 60 using dental prostheses and to evaluate possible causal variables. **Materials and Methods.** A descriptive study was conducted in a population of men and women (n = 66) with removable dental prostheses for a period of two years. Clinical visual examination was performed using mouth mirrors. After removing the denture the palatal mucosa was examined and the presence of stomatitis was determined. Prosthesis use habit, symptomatology, adaptive, prosthetic hygiene, prosthesis type and material, plus clinical grades corresponding to the disease were evaluated. **Results.** There were 66 people in the sample from 60 to 93 years, 24 males and 47 females; 34 people up to 70 years and 32 over 70 years. 41% of the sample had stomatitis, which was found more often in females, decreasing with increasing age. With higher occurrence in people who said they used the prosthesis day and night continuously. **Conclusion.** The high frequency of stomatitis may be related to the presence of factors such as: bad habits of use, bad hygiene and irregularities in prosthesis adaptation.

Key Words: Removable dentures, denture stomatitis, elderly, prevalence.

Introducción

El conocimiento de la Gerodontología es muy incipiente, existiendo escasas investigaciones sobre la salud oral de

los adultos mayores con prótesis removibles. Las personas mayores, con frecuencia, sufren la pérdida de piezas

dentarias, siendo el uso de un aparato protésico una solución para rehabilitar la función del sistema estomatognático, a nivel funcional y estético (1).

Factores diagnósticos y/o económicos hacen que el profesional odontólogo, en conjunto con el paciente, elijan como opción del tratamiento rehabilitador el uso de prótesis removibles (1). Estas pueden estar confeccionadas por distintos materiales como:

a) Metal: cromo-níquel, que poseen excelentes cualidades de resistencia, delgadez, tolerabilidad de los tejidos y conductibilidad térmica.

b) Resinas acrílicas: utilizada principalmente en prótesis completas, son estéticas y permite reajuste. También, son utilizadas en prótesis parcial removible combinadas con metal.

El aparato protésico, en la cavidad bucal, puede comportarse como un cuerpo extraño que actúa dando reacciones de naturaleza mecánica, química, térmica y bacteriológica. Es importante advertir que con el uso de una prótesis dental removible se pueden desarrollar distintas patologías para protéticas en el portador.

Entre las lesiones estomatológicas más comunes relacionadas a la utilización de prótesis removibles se encuentra la estomatitis subprotésica o subplaca (E.S.P.). En la literatura se halla bajo diferentes denominaciones como: mucosa inflamada subprotésica, palatitis subprotésica crónica, estomatitis venenata, candidiasis atrófica crónica, estomatitis con relación a prótesis, estomatitis protésica (2,3,4).

La E.S.P. es un proceso inflamatorio de la mucosa oral, vinculada con una prótesis removible, cuya localización habitual es el paladar duro, más raro en el maxilar inferior, de los pacientes que utilizan prótesis dentales. Los dos parámetros fundamentales de esta enfermedad son la inflamación de la mucosa y la prótesis. Clínicamente se observa como una lesión inflamatoria de la mucosa de soporte que se muestra enrojecida, lisa y brillante.

Dependiendo del autor, en los reportes, el nivel de afectación oscila entre el 11% y el 67%,(5). Los estudios epidemiológicos realizados en Dinamarca por Budtz Jorgensen (4), la describen entre un 40% y un 60% presentes en la población examinada. Catalán y colaboradores (6) mencionan un 40% en Chile, citando otro estudio con un 43% en Japón. En una investigación desarrollada en Cuba se encontró una frecuencia de un 46,8% de los cuales un 70,5% correspondió al sexo femenino y el 29,4% al masculino (7).

Desde el punto de vista clínico existen varios tipos de E.S.P., dependiendo fundamentalmente del aspecto de la mucosa inflamada. Esta sufre modificaciones, variando la gravedad inflamatoria e incorporando cambios fibroproliferativos en sus etapas más avanzadas.

Dentro de las diferentes propuestas clasificatorias de la enfermedad, la de Newton (8) ha sido una de las más aceptadas. Con algunas modificaciones Moreira y col. (7) propone la misma en 3 grados. Grado I: signos inflamatorios mínimos, generalmente asintomáticos. Pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas o en forma de pequeños puntos eritematosos. Es la lesión mínima visible a la inspección. Grado II: lesión inflamatoria. Puede verse el dibujo de los contornos de la prótesis, la superficie mucosa es de color 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: Lesión cons-

tituida por una mucosa gruesa, con gránulos irregulares que, a veces, toman aspectos 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.

La mayoría de los autores (1, 3,7, 9, 10,11) consideran que la etiopatogenia de la E.S.P. es multifactorial. Aunque se reconocen causas como: el trauma protésico provocado por el desajuste del aparato protésico y el uso continuo de la prótesis, mala higiene de la prótesis (incluyendo reacción a la acumulación de placa dental), posibles reacciones alérgicas e irritación causada por los materiales que componen la prótesis, infección candidiásica, enfermedades sistémicas predisponentes.

La estomatitis subprotésica es un trastorno que por su alta frecuencia resulta cada vez más preocupante para el profesional encargado de la salud bucal ya que, además de los problemas propios de la enfermedad en su terapéutica, debe contemplarse el reemplazo de las dentaduras y por consiguiente la planificación y el empleo de recursos adicionales.

El descubrimiento a tiempo de cualquier lesión significará prolongar la esperanza y la calidad de vida de las personas de la tercera edad, esto representa una responsabilidad para el profesional más allá de un examen común. Debido a la importancia clínica de esta afección y los escasos estudios conocidos en Argentina y en la provincia de Córdoba, el propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de estomatitis subprotésica en pacientes mayores de 60 años portadores de prótesis dental removibles y evaluar posibles variables causales.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo de una población de ambos sexos (n= 66), mayores de 60 años, que asistieron al consultorio Odontológico de la Mutual de la Asociación Española de Socorros Mutuos, de la ciudad de Córdoba.

Los datos demográficos y odontológicos de las personas se obtuvieron mediante la confección de una encuesta semiestructurada y la ficha clínica, diseñadas a los efectos de la investigación. Se relevaron sexo, edad, hábito(s) de uso, sintomatología, adaptación de la prótesis, higiene protésica, tipo y material de la prótesis; además los grados clínicos que correspondían a la enfermedad.

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo. La muestra estuvo constituida por el 20% (n=66) de las personas que concurrieron al Servicio de Odontología de la Mutual de la Asociación Española de Socorros Mutuos y que reunieron los criterios de inclusión: personas con edades mayores o iguales a 60 años, portadores de prótesis removibles, aparentemente sano, buen estado nutricional e hidratación, sin signos de malestar, orientado en tiempo, espacio y persona, con lenguaje coherente y fluido. Colaborador con el examen y sin enfermedades como: diabetes, SIDA, síndrome de Sjögren, demencia senil, Alzheimer.

Se realizó la exploración clínica en forma visual utilizando espejos bucales planos número 5, sin aumento, baja lengua, gasa, lámpara dental, donde se evaluó la cavidad bucal, la prótesis dental y estado de la misma, adaptación, ajuste y oclusión. Una vez concluida la inspección

bucal se retiró la prótesis y se realizó el examen clínico de lesiones en tejidos blando basados en criterios OMS (12). Se les dio a conocer el propósito del estudio, con el fin que dieran su consentimiento informado, para participar en el mismo.

Los datos fueron expresados como frecuencias relativas en porcentaje. Se utilizó como medida de centralización la mediana para las variables discretas evaluadas.

Resultados

Del total de personas mayores de 60 años que son atendidos anualmente (350) en el servicio de Odontología de la Mutual de la Asociación Española de Socorros Mutuos, se incluyeron en la muestra 66 personas con edad entre 60 a 93 años (34 de 60 a 70 años y 32 mayores de 70 años), de los cuales 24 eran varones y 47 mujeres. (Figura 1).

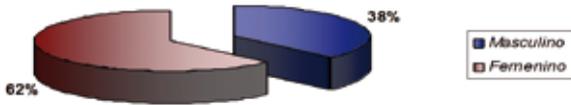


Figura 1. Porcentaje de individuos mayores de 60 años según sexo, total de encuestados.

Prevalencia de alteraciones bucales según frecuencia en la población bajo estudio (66 personas): E.S.P. 31 (41%), Hiperplasia para protética 24 (30%), Ulcera traumática 14 (18%), Candidiasis en 7 (8%), Seudopapiloma 2 (3%), (Figura 2).

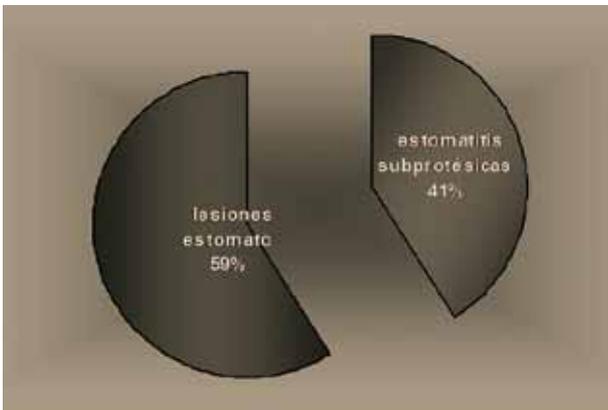


Figura 2. Porcentaje de frecuencia de lesiones. Se encontraron otras lesiones estomatológicas, como: hiperplasia para protética, ulcera traumática, candidiasis y pseudo-papiloma.

Se observó una mayor frecuencia de E.S.P. en pacientes con edades comprendidas entre 60 – 70 años, (74,2%). El 67,74 % de ellos correspondió al sexo femenino. De los pacientes con E.S.P., 93,5% manifestó que usaba el aparato protésico día y noche, en forma continua, 12,9% de los mismos sufrían ardor y dolor. En el 70% con E.S.P. se observó la desadaptación de las prótesis (Figura 3).

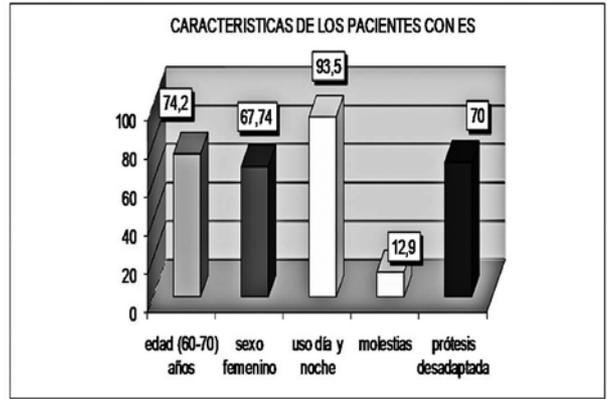


Figura 3. Porcentaje de frecuencia de E.S.P. según edad, sexo, hábito de uso, molestias y adaptación de la prótesis dental removible.

Del total de pacientes con presencia de E.S.P. el 58% mostraron tener una mala higiene de sus prótesis.

Todas las personas examinadas (66) eran portadoras de prótesis removible, 47 personas con prótesis de acrílico y 19 de cromo níquel.

La relación entre la aparición de la E.S.P. y la composición del material de base de la prótesis muestra que el 68% de los que usan con base acrílica la presentan. Hubo una frecuencia mayor (67,8 %) en personas portadoras de prótesis parcial (acrílico y cromo), en relación con los que usaban prótesis completa.

La proporción de afectación de E.S.P.: se presenta con una distribución por grados clínicos, observándose que el grado I se manifiesta con mayor frecuencia, en un 52 % (Figura 4).

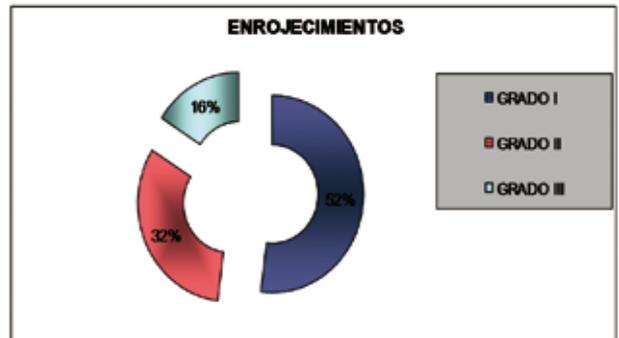


Figura 4. Porcentaje de frecuencia de grados clínicos de E.S.P. El grado I corresponde a signos inflamatorios mínimos, el grado II lesión inflamatoria más extensa, y el grado III gránulos irregulares en la mucosa.

Discusión

La E.S.P. es la lesión más frecuente encontrada (41%), presentándose con mayor frecuencia en personas entre 60 - 70 años. Esto coincide con algunos autores que consideran que la misma disminuye según aumenta la edad (13). Esto no concuerda con otros estudios que muestran que la E.S.P. es más común en pacientes de edad avanzada (14).

Del total de los pacientes que presentaron E.S.P., la mayoría, el 67% correspondió al sexo femenino, este resultado se asemeja al desarrollado en Cuba por Moneira E. y Bernal Balaz A. E. (7). Se considera que este género presenta una mayor preocupación por el estado de su salud general y oral, demostrada a través de la mayor demanda por atención en los servicios y por preocupación estética, las prótesis no son retiradas a pesar de las molestias (11, 12, 15, 16).

Un hallazgo interesante en nuestro estudio, referido en la literatura (10), es la relación causal entre el hábito de dormir con prótesis y la aparición de la E.S.P., se encontró que el 94% de personas afectadas usaban la prótesis de día y de noche. Coincidimos que el uso continuo de la prótesis, aumenta la posibilidad de que se produzca trauma local y éste sea uno de los agentes etiológicos en las lesiones estomatológicas.

En este estudio se observó el 13% de las personas con E.S.P. presentaron algún tipo de molestias como: ardor en el paladar, halitosis y dolor. El resto no reporta sintomatología. La evidencia de ESP se detectó al retirar la prótesis en la exploración rutinaria o al inicio de un tratamiento rehabilitador. La literatura relata que la E.S.P. es una lesión frecuentemente asintomática (1, 3, 10, 17).

Se observó una alta frecuencia (70%) de E.S.P. en prótesis desadaptadas, atribuido al taponamiento paraquerrático sobre los orificios de los conductos por donde fluyen secreciones, originando una dilatación de éstos, que clínicamente se observa como una mucosa extremadamente roja, inflamada, dolorosa a veces, granular o no, la mayor cantidad de veces presentan múltiples focos de hiperemia (1).

Aunque existe un 30% de prótesis bien adaptadas, esto denota que esta lesión tiene una presentación no asociada al uso de prótesis desadaptadas, sino mayormente al uso continuo de las mismas, mencionado anteriormente.

La alta frecuencia (58%) de escasa higiene de la prótesis puede deberse a que los adultos mayores no son capaces de conservar la higiene por desconocer métodos de limpieza, a la desinformación de cómo deben hacerlo y alguna discapacidad física que dificulta realizar satisfactoriamente el procedimiento. Se conjetura que la falta de higiene de la prótesis tiene relación con la aparición de la E.S.P. pudiendo los componentes biológicos de la placa dental, actuar como factor irritante (18). La formación de la placa bacteriana en la prótesis está facilitada por el acumulo de residuos debido a una mala higiene y a la porosidad y las irregularidades del relieve de la superficie interna de la prótesis que facilita el acumulo de la placa.

Según Pardi (14) existen suficientes evidencias para poder establecer la relación que existe entre la placa bacteriana y la E.S.P.. Esto está ampliamente soportado por estudios clínicos y epidemiológicos que demuestran la correlación entre los índices de placa dental y la presen-

cia y severidad de la E.S.P. (19,20). Las prótesis constituyen un reservorio de microorganismos que forman una placa dental sub-protésica que se encuentra en contacto con la mucosa bucal por largos periodos de tiempo y por lo tanto, sus efectos tóxicos producen lesiones en la cavidad bucal, por lo que su remoción es fundamental en la prevención de esta patología (14). Por esto corresponde aconsejar a los pacientes que las prótesis deben ser cepilladas después de cada comida, ya que enjuagarla no es suficiente. Y los tejidos bucales, carrillos, lengua y paladar deben ser cepillados con un cepillo blando para ayudar a mantener el estado de salud (18).

Con relación a la proporción de afectados de E.S.P. en portadores de prótesis de base acrílica fue mayor que en las metálicas. En las dentaduras con base metálica permanecen algunos dientes en la boca, lo que obliga al individuo a higienizarse con más frecuencia. Por otra parte, este tipo de dentaduras posee retenedores y apoyos que le dan más fijación y estabilidad a la misma, además, hace que las visitas al odontólogo sean más regulares (9). A estos factores se le suma que el acrílico de las prótesis es un material más poroso que posibilita el acumulo de placa bacteriana y esto no contribuye a una correcta higiene de la prótesis, siendo una causa probable de la lesión inflamatoria.

La frecuencia de E.S.P. en personas portadores de prótesis parcial removible fue superior (67,8 %) con respecto a portadores de prótesis completa (32,2%) a diferencia de otros estudios. Puede deberse a prótesis parciales no bien proyectadas, en lo que respecta al diseño, careciendo de factores funcionales, constituyendo un factor que favorece al trauma (17).

La E.S.P. constituye asimismo un factor de riesgo de lesiones premalignas de la cavidad bucal. Es importante que el Odontólogo realice un examen clínico minucioso de la cavidad bucal y estar en conocimiento de las características clínicas de estas lesiones. Esto permitirá el cuidado y la prevención de las afecciones bucodentales y su correspondiente repercusión en la salud y bienestar de los adultos mayores, valiéndose de este espacio de contacto con el paciente para educación para la salud (uso e higiene de las prótesis y mucosas, visitas periódicas, etc.)

Conclusiones

- La E.S.P. es una lesión con un alta prevalencia de 41%, encontrándose un predominio de estomatitis grado I (52%).
- Se observó que la E.S.P. es menor según aumenta la edad. Siendo mas afectados personas portadoras de prótesis parcial.
- La E.S.P. se presentó en un porcentaje mayor en personas que portaban prótesis realizadas en material acrílico.
- La mala adaptación de la prótesis puede ser considerado como una de los factores desencadenantes de la presencia de E.S.P., pero no uno de los más relevantes.
- La mala higiene de la prótesis y el uso continuo día y noche es el factor mas encontrado en la aparición de la E.S.P.

Por la frecuencia observada y la posibilidad de prevención se recomienda: revisar clínica y periódicamente a todo portador de prótesis, a fin de prevenir la E.S.P. y evitar posteriores efectos no deseados; aconsejar el descanso nocturno en el uso de las prótesis removibles y la descontaminación periódica de las mismas.

Referencias Bibliográficas

1. Sotomayor Camayo J, Pineda Mejía ME, Gálvez Calla I, De la Cruz Castellón A (2002). Alteraciones clínicas de la mucosa bucal en personas de la tercera edad portadoras de prótesis totales. *Odontología Sanmarquina* 1(10):17-22.
2. Organización Mundial de la Salud. Investigación de Salud Oral. Métodos básicos. México, Editorial Trillas 1990:17-29.
3. Lazarde J (2001). Estomatitis Subprotésica. *Acta Odontológica Venezolana* 39 (3): 9-17.
4. Budtz Jorensen E (1975). An epidemiological study of yeasts in elderly denture wearers. *Community Dent Epidemiol* 3:115-21.
5. Arendorf, T. M., Walker, D. M. (1987). Denture stomatitis: a review. *J Oral Rehab* 14:217-27.
6. Catalán A (1980). Estomatitis subprótesis descripción de un tratamiento, *RAOA*, 68 (1): 25-9.
7. Moneira E, Bernal Balaz AE (1989). Estomatitis subprótesis: estudio epidemiológico en 6302 pacientes portadores de prótesis dentales removibles. *Rev. Cubana Estomatol* 26 (1-2): 71-80.
8. Newton A. V. (1962) Denture sore mouth. A possible aetiology. *Br Dent J* 112:357-60.
9. Bernal Balaz AE, Moneira E (1985). La respuesta inflamatoria celular en la estomatitis subprotésica. *Rev Cubana Estomatol* 22 (2): 161-7.
10. Gonzáles Ramos RM, Herrera López B, Osorio Núñez M, Madrazo Ordaz D. (2010) Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. *Rev Cubana Estomatol* [on line]. ; 47(1): 105-114. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100009&lng=es(Consulta 20 de agosto 2011).
11. Grinspan D. Cap. XVIII Lesiones traumáticas de la mucosa bucal. En Grinspan D. (1970). *Enfermedades de la Boca. Semiología, patología, clínica y terapéutica de la mucosa bucal. Tomo II. Editorial Mundi SACIF. Buenos Aires, pp: 787-825*
12. Barnes L, Eveson J, Reichart P, Sidransky D (2005). World Health Organization classification of tumours. Pathology and genetics of head and neck tumours. IARC Press Lyon.France, pp:168-170.
13. Ettinger RL (1975). The etiology of inflammatory papillary hiperplasia. *J. Prosthet. Dent.*;34:254-61.
14. Pardi G, Cardozo de Pardi E (2003). Relación entre la placa dental y la estomatitis sub-protésica. *Acta Odontológica Venezolana* [revista en Internet];41(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.actaodontologica.com/41_1_2003/.16. Cardozo de Pardi EI, Pardi G.
15. Quintero Sanabria D. Cap. 1 Composición corporal, energía y proteínas. En Quintero Sanabria D. (1993) *Nutrición y alimentación del anciano. Centro de Atención Nutricional del Anciano. Medellin- Colombia. Ed. L. Vieco e Hijas., pp: 7-23.*
16. Dorey JL, Blasberg B, Mac Entee M, Conklin R (1985). Oral mucosal disorders in denture wearers. *J. Prosthet Dent.* 53(2):210-13.
17. Mata de Henning M, Perrone M (2001). Factores Determinantes de Patogenicidad en relación a la ecología de *Candida albicans* en cavidad bucal. Revisión bibliográfica. *Acta Odontol Venez* 39 (2):55-60.
18. Menéndez Vázquez L (2003). La consejería de salud bucal y su utilidad para la especialidad de Prótesis Estomatológica. *Rev Cubana Estomatol*, 40(2) [online]. . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000200008(Consulta 21 de agosto de 2011)
19. Viglid M (1987). Oral mucosal lesions among institutionalized elderly in Denmark. *Comm Dent Oral Epidemiol* 15(6):309-17.
20. Jeganathan S, Payne J, Thean H (1997). Denture stomatitis in an elderly edentulous Asian population. *J Oral Rehabil* 24(6):468-72.

Agradecimientos

Dra. Mabel Brunotto por la lectura y correccion del articulo.

Correspondencia: Jorge Pescio. Pasaje Santos Vega 1134, Barrio Cofico. Córdoba. Argentina. CP 5000 Argentina. Tel: (0351)4711299, (0351)155408260. drpescio@hotmail.com