

# Frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales

FREQUENCY OF SUBPROSTHETICS STOMATITIS IN DENTURERS PATIENTS

GUSTAVO ADOLFO NOGUERA • ANA TERESA FLEITAS

Departamento de Odontología Restauradora. Facultad de Odontología  
de la Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela.  
E-mail: ngustavo@ula.ve, anateresafleitas@yahoo.es

## RESUMEN

La estomatitis subprotésica se considera una de las patologías más frecuentes que afectan los tejidos bucales de los sujetos portadores de dentaduras totales. Por tanto, el propósito de este estudio fue determinar la frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentadura total, que fueron atendidos en la Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes, estado Mérida, Venezuela. Para ello, se realizó un estudio descriptivo, sobre una muestra de 59 sujetos entre 40 y 80 años de edad, portadores de dentaduras totales, durante el período de un año. 56% de la muestra presentó estomatitis subprotésica, la cual fue encontrada con mayor frecuencia en el género femenino. La alta frecuencia de pacientes con diferentes grados de estomatitis subprotésica podría estar relacionada con la presencia de factores como: malos hábitos de uso, higiene deficiente de la prótesis, irregularidades internas y fallas en el contorno y bordes, estabilidad, retención, adaptación y oclusión de la dentadura.

**Palabras clave:** estomatitis subprotésica, grado de estomatitis, portadores de dentaduras totales.

## ABSTRACT

Sub prosthetics stomatitis is considered one of the most frequently pathologies that affect oral tissues in those who are wearing total dentures, so the aim of this study was to determine the frequency of sub prosthetics stomatitis in patients wearing total dentures and who were taking care of in the Dental School of The University of The Andes, Mérida, Venezuela. A descriptive study was done on a sample of 59 subjects between 40 and 80 years old, during a period of a year. 56% of the sample showed sub prosthetics stomatitis, most frequently found in women. The high frequency of patients with different degrees of sub prosthetics stomatitis could be related to the presence of factors like: bad habits of use, poor hygiene of the denture, internal irregularities and faults in the contour and edges, stability, retention, adaptation and occlusion of the denture.

**Key words:** prosthetics stomatitis, stomatitis degree, denture wearers.

## Introducción

Tradicionalmente ha existido una gran controversia respecto a la denominación más correcta para la estomatitis subprotésica. La primera fue realizada por Cahn en 1936 quien la denominó "denture sore mouth", lo que puede ser traducido como boca dolorida por la dentadura. También en 1936 Pryor se refirió a la entidad como "chronic denture palatitis", con la cual hacía referencia a la cronicidad del proceso y su ubicación anatómica. En 1956 Fisher la llama "stomatitis venerata", denominación que recuerda las no muy alentadoras terminologías medievales, en el latín significa venenoso o embrujado. No es hasta 1963 cuando Cawson la denomina "denture stomatitis"; esta definición es el término más aceptado en la lengua inglesa. La amplitud de la lengua en ocasiones dificulta la denominación acertada para resumir la esencia de un fenómeno, por lo que es recomendable el empleo del término estomatitis subprotésica (ES). Esta denominación intenta resumir los aspectos esenciales de la enfermedad: la inflamación y su asociación protética.

Desde el punto de vista clínico existen varios tipos de ES, dependiendo fundamentalmente del aspecto de la mucosa inflamada, la cual en el curso evolutivo de la enfermedad sufre modificaciones donde puede variar la gravedad inflamatoria e incorporarse cambios fibroproliferativos en sus etapas más avanzadas (Moreira & Bernal, 1989).

Dentro de las diferentes propuestas clasificatorias de la enfermedad, la de Newton (1962) ha sido una de las más empleadas, la cual ha sido modificada con vistas a facilitar la precisión y el empleo de la misma (Dorey, Blasberg, McEntee & Conulin, 1985):

### Grado I:

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

### Grado II:

Lesión francamente inflamatoria. Puede observarse el dibujo de los contornos de la prótesis, la superficie mucosa es de color rojo brillante, aparecen áreas eritematosas difusas que pueden cubrirse total o parcialmente por un exudado blanco-grisáceo. Generalmente el paciente expresa alguna sensación subjetiva.

### Grado III:

Lesión constituida por una mucosa gruesa, con gránulos irregulares que, a veces, toman aspecto papilar con las alteraciones máximas en la parte central de la mucosa palatina. La magnitud de los signos inflamatorios es variable y generalmente sobre éstos predominan los fenómenos proliferativos.

Varios investigadores consideran que la etiopatogenia de la ES es multifactorial (Bernal & Moreira, 1985; Sharman & Mirza, 1986). Dentro de los factores involucrados, hay algunos a los que se les concede especial importancia, como son:

- **El trauma protético** ocasionado por el desajuste del aparato y los malos hábitos de utilización. (Bernal & Moreira, 1985; Sharman & Mirza, 1986; Sakki, Knuuttila, Läärä & Anttila, 1997).
- **Higiene de la prótesis** donde se involucran elementos microbiológicos debido a la placa bacteriana subprotésica que conforma un especial ecosistema con características muy particulares en su pH, en el que influyen la dieta, características salivares, entre otros (Kilak & Arikian, 1993; Catalán, Herrea & Martínez, 1987; Sato, Tsuchiya, Akagiri & Takagi, 1997; Sweeney, Bagg, Fell & Yip, 1994).
- **Posibles reacciones alérgicas e irritación** causada por los materiales que componen la prótesis (resinas o aleaciones metálicas) (Sato et al., 1997; Sweeney et al., 1994).
- **Infeción candidiásica** (Budtz-Jorgensen, Theilade & Theilade, 1983; Walker, Stafford, Huggert & Newcombe, 1981; Beausejour, Grenier, Goulet & Deslauriers, 1998; Dorocka-Bobkowska, Budtz-Jorgensen & Wlock, 1996).

Enfermedades sistémicas predisponentes (Peltola, Raustia & Salonen, 1997).

La revisión de la literatura revela que estudios realizados anteriormente sobre el problema planteado en la presente investigación, reflejan en los resultados que la ES constituye una enfermedad muy frecuente entre los portadores de dentaduras artificiales, y esos índices oscilan entre 15% y 50% (Bucher, 1997; Wilson, 1998; Budtz-Jorgensen, Stenderup & Grabowaki, 1975).

Es importante destacar los estudios realizados en Dinamarca por Budtz-Jorgensen et al. (1975), que describen la frecuencia de la enfermedad entre 40% y 60% de la población examinada. En Chile existen estudios que reportan un 40% de casos y citan un estudio de 43% en Japón (Moreira, 1989). En una investigación desarrollada en Cuba se encontró una frecuencia de 46.8%, de los cuales 60,4% correspondió al sexo femenino y 39,6% al sexo masculino (Moreira, Bernal, & Rodríguez, 1984). En este sentido, algunos autores afirman que este tipo de patología es más frecuente en mujeres, y se observa en mayor porcentaje en el maxilar superior (Sharry, 1962).

El propósito principal de esta investigación fue determinar la frecuencia de estomatitis subprotésica en sujetos portadores de prótesis total, que fueron atendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, estado Mérida, Venezuela.

## **Materiales y métodos**

La presente investigación corresponde a un estudio observacional de tipo descriptivo (Novoa, 2000), diseñado para determinar la frecuencia de estomatitis subprotésica en pacientes portadores de dentaduras totales que fueron atendidos en la Clínica Integral del Adulto III de la Facultad de Odontología de la Universidad de Los Andes, durante el año 2004.

La muestra de estudio estuvo constituida por 59 pacientes (16 del género masculino y 43

del género femenino), con edades comprendidas entre 40 y 80 años, portadores de dentaduras totales de un total de 79 sujetos que solicitaron atención en la mencionada Clínica.

A cada integrante de la muestra se le llenó un formato de historia clínica conformado por tres partes: una primera parte, para recoger información referente a datos personales; la segunda parte consistió en antecedentes personales y familiares, para indagar acerca de la historia natural de la enfermedad y cualquier otro dato relacionado con la misma; y la última parte, estuvo conformada por datos clínicos seleccionados que correspondían a la historia odontológica y evaluación de las dentaduras totales en cuanto a tiempo de portar la dentadura, higiene de la prótesis, irregularidades internas, contorno y bordes, estabilidad, retención, adaptación y oclusión.

Una vez que los sujetos fueron examinados clínicamente, se les explicó el propósito de la investigación, con el fin de que dieran su consentimiento firmado para participar en la misma.

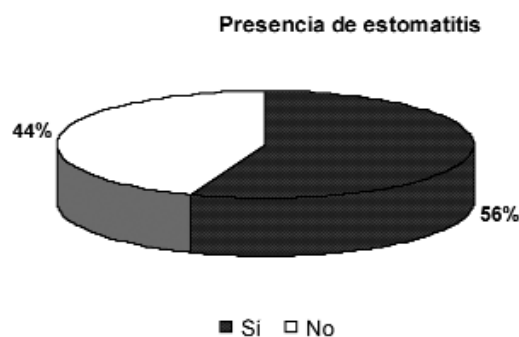
Posteriormente, se hizo un archivo de las hojas de evaluación de todos los pacientes atendidos en la clínica durante el período de un año, para determinar el número de pacientes que portaron prótesis total y presentaron estomatitis subprotésica.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó con el uso del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 9.0. / 1999. Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo de distribución de frecuencias de cada variable y luego, un análisis descriptivo bivalente ajustando por edad y género.

## **Resultados**

En la Figura 1 se observa que 56% de la muestra presenta estomatitis subprotésica. La Tabla 1 presenta la distribución numérica y porcentual de la muestra estudiada, clasificada por grupos de edad y grado de estomatitis. En ella se nota que la mayor frecuencia de estomatitis

fue la de grado II, la cual se encuentra en el grupo de edad de 51 a 60 años, y representa aproximadamente el 39% de los sujetos que presentaron este tipo de estomatitis.



**Figura 1**

Distribución de la muestra estudiada según la presencia de estomatitis.

nen 10 años o más usando la prótesis (30%). Por su parte, la Figura 4 muestra los resultados descriptivos del grado de estomatitis según la placa bacteriana presente en la prótesis. Se observa que 53% de los sujetos con estomatitis grado II presentaron placa bacteriana en sus prótesis, 30% y 17% de los sujetos con estomatitis grado I y grado III, respectivamente, también presentaron placa bacteriana en sus prótesis. De los 8 sujetos que presentaron irregularidades internas en sus prótesis, 3 tuvieron estomatitis grado I y 2 tuvieron estomatitis grado II (Figura 5).

En relación con otras variables evaluadas, también se pudo notar que los sujetos con algún grado de estomatitis presentaron fallas de contorno y bordes, estabilidad, retención, adaptación y oclusión de la prótesis.

**Tabla 1**

Distribución numérica y porcentual de la muestra estudiada, clasificada por grupos de edad y grado de estomatitis.

Grupos de edad	GRADO DE ESTOMATITIS								Total
	Estomatitis ausente		Grado I		Grado II		Grado III		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
41 a 50 años	2	7,7	1	10,0	1	5,6	1	20,0	5
51 a 60 años	8	30,7	4	40,0	7	38,9	0	0,0	19
61 a 70 años	8	30,7	1	10,0	5	27,7	2	40,0	16
Más de 70 años	8	30,7	4	40,0	5	27,7	2	40,0	19
Total	26	100,0	10	100,0	18	100,0	5	100,0	59

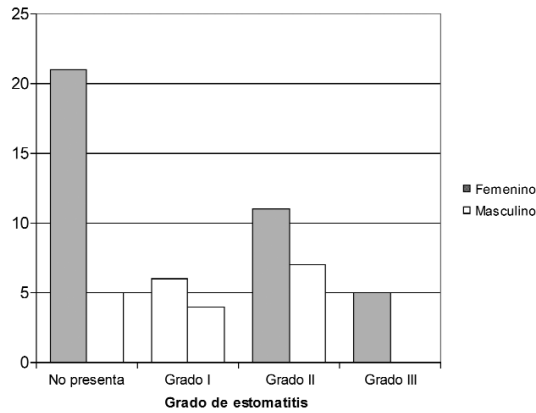
Fuente: Datos obtenidos del estudio.

La distribución del grado de estomatitis según el género, se muestra en la Figura 2, en la cual se observa que existe mayor frecuencia de la enfermedad en el género femenino (67%), y el grado de estomatitis que predomina en ese género es el II (26%).

Con respecto a la distribución del grado de estomatitis según el tiempo de uso de la prótesis (Figura 3), se encontró mayor frecuencia de estomatitis grado II en aquellos sujetos que tie-

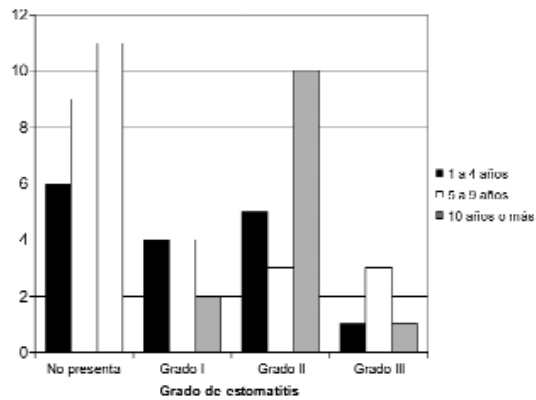
## Discusión

Al observar los resultados obtenidos dentro de la población de 59 pacientes portadores de dentaduras totales, se observa que 56% presentaron estomatitis subprotésica. Este dato coincide con los reportados en otros estudios de investigación realizados (Saizar, 1970; Bucher, 1997; Webb, Thomas, Willcox, Harty & Knox, 1998; Wilson, 1998). Igualmente, en la presente



**Figura 2**

Distribución de la muestra estudiada clasificada por grado de estomatitis y género.

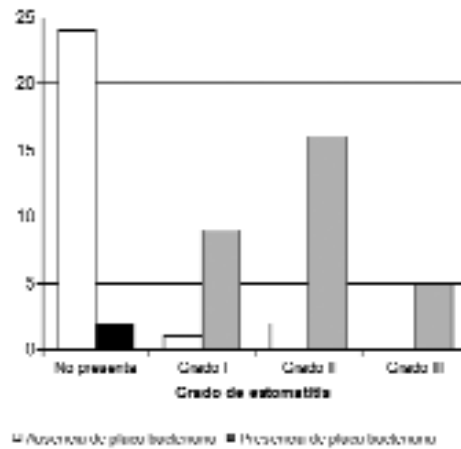


**Figura 3**

Distribución de la muestra estudiada clasificada por grado de estomatitis y tiempo de uso de la prótesis.

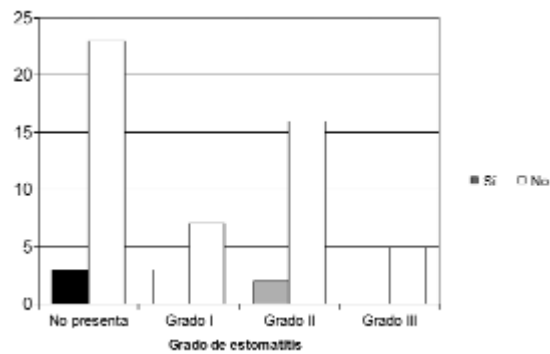
investigación se observó mayor frecuencia de estomatitis subprotésica en el género femenino (67%), resultado que puede ser comparado con el reportado por Sharry en 1962 (50%).

Dentro de las variables reportadas en este estudio, se encuentra la presencia de estomatitis según el tiempo de uso de la prótesis, tomando en cuenta el tiempo que el paciente tenía como portador de prótesis, y no el tiempo de uso diario de esa prótesis. En este sentido, los resulta-



**Figura 4**

Distribución de la muestra estudiada clasificada por grado de estomatitis y presencia de placa bacteriana en la prótesis.



**Figura 5**

Distribución de la muestra estudiada clasificada por grado de estomatitis y presencia de irregularidades internas en la prótesis.

dos indican que a medida que aumenta el tiempo de uso, aumenta la presencia de estomatitis. Hallazgos similares fueron encontrados por Budtz-Jorgensen et al. (1983) y Walker et al. (1981). Asimismo, estos autores consideran que la etiopatogenia de la estomatitis protésica es multifactorial y que dentro de los factores involucrados, hay varios a los que se les concede especial importancia, como es el trauma protético ocasionado por el desajuste del aparato y los

malos hábitos de utilización. Dentro de los malos hábitos de utilización está el uso continuo de la prótesis, el cual puede favorecer la estomatitis protésica por varios motivos: por una parte, va a provocar un incremento de las lesiones locales como por ejemplo la degeneración de las glándulas salivales palatinas y la disminución del flujo salival, lo cual agrava más la lesión y, por otro lado, el aumento del tiempo de exposición de la mucosa a la superficie de la dentadura. Se ha observado un incremento de la frecuencia y densidad de *Candida albicans* en la superficie de asiento de la prótesis en aquellos pacientes que la utilizan noche y día. Es por ello que se le confiere gran importancia al tiempo de uso diario y se recomienda un receso entre seis y ocho horas al día (Beausejour, 1998).

Con respecto a la presencia de placa bacteriana en la prótesis, se observa que 54.2% presentaron placa bacteriana en la prótesis, relacionada con mala higiene oral. Comparando este resultado con la literatura consultada, coincide en que la deficiencia en la higiene oral se considera como un factor etiológico importante de la estomatitis subprotésica, siendo probablemente la causa de mayor significado en la etiopatogenia de este proceso. (Dorocka-Bobkowska et al., 1996; Peltola et al., 1997; Bucher, 1997; Wilson, 1998; Budtz-Jorgensen et al., 1975).

En este estudio también se evaluaron otras variables que se relacionan con la presencia de irregularidades internas en la prótesis, contorno, estabilidad, retención, bordes, adaptación y oclusión de la prótesis. En atención a la estabilidad de la prótesis, se observó que el 71,4% presentó estomatitis subprotésica y eran portadores de prótesis inestables. Esta relación es similar a la encontrada por Budtz-Jorgensen et al. (1983), Walker et al. (1981) y (Beausejour, 1998). De la misma forma, se encontró que 77,5% de los pacientes con estomatitis protésica eran portadores de prótesis desadaptadas. Estos hallazgos coinciden con los reportados por algunos autores (Budtz-Jorgensen et al., 1983; Walker et al., 1981; Beausejour, 1998).

## Conclusiones

Los resultados obtenidos en este estudio señalan que la presencia de estomatitis subprotésica fue de 56%, lo que representa una frecuencia relativamente alta. Asimismo, se encontró predominio de estomatitis grado II (55%, aproximadamente).

Según el tiempo de uso (en años) de la prótesis y el grado de estomatitis, 30% de los sujetos que tienen 10 años o más presentaron estomatitis grado II. Por su parte, los sujetos con estomatitis grado II (53%), grado I (30%) y grado III (17%) presentaron placa bacteriana en sus prótesis.

Con respecto a la estabilidad de la prótesis según el grado de estomatitis, se pudo observar que de los 33 pacientes que presentaron estomatitis subprotésica, 25 (76%) eran portadores de prótesis inestables. Igualmente, el 97% de los pacientes con estomatitis eran portadores de prótesis desadaptadas.

Ante los resultados obtenidos, se recomienda implementar medidas profilácticas para la prevención de la enfermedad, concientizando a los pacientes portadores de dentaduras totales sobre la importancia del control periódico y mantenimiento de las mismas. Por otra parte, es necesario concientizar a los alumnos cursantes de la Clínica Integral del Adulto III, sobre la importancia de prevenir la presencia de factores etiológicos que guardan relación directa con la aparición de estomatitis subprotésica.

## Agradecimiento

Al Consejo de Desarrollo Científico, Humánico y Tecnológico de la Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

## Referencias

- Beausejour, A., Grenier, D., Goulet, J. P. & Deslauriers, N. (1998). Proteolytic activation of the interleukin-1beta precursor by candida albicans. *Infect, Immun.* 66:676-681.
- Bernal, A. E. & Moreira, E. (1985). La respuesta inflamatoria celular en la estomatitis subprótesis. *Revista Cubana de Estomatología.* 22:161-167.
- Bucher, C. O. (1997). Prótesis para el desdentado total. 7a. ed. Buenos Aires: Editorial Mundi.
- Budtz-Jorgensen, E., Stenderup, A. & Grabowaki, M. (1975). An epidemiological study of yeasts in elderly denture wearers. *Community Dental of Oral Epidemiology.* 3:115-119.
- Budtz-Jorgensen, E., Theilade, E. & Theilade, J. (1983). Quantitative relationship between yeasts and bacterial in denture induced stomatitis. *Scandinavian Journal of Dental Research.* 91:134-142.
- Cahn, L. R. (1936): The denture sore mouth. *Annals of Dentistry.* 3:33-36.
- Catalán, A., Herrea, R. & Martínez, A. (1987). Denture plaque and palatal mucosa in denture stomatitis. Scanning electron microscopic and microbiologic study. *Journal of Prosthetic Dentistry.* 57:581-590.
- Cawson, R.A. (1963). Denture sore mouth and angular cheilitis. Oral candidiasis in adults. *British Dental Journal.* 115:441-449.
- Dorocka-Bobkowska, B., Budtz-Jorgensen, E. & Wlock S. (1996). Non-insulin-dependent diabetes mellitus as a risk factor for denture stomatitis. *Journal of Oral Pathology Medicine.* 25:411-415.
- Fisher, A. A. (1956). Allergic sensitization of skin and oral mucosa to acrylic resin denture materials. *Journal of Prosthetic Dentistry.* 6:593-597.
- Kilak, Y. & Arikan (1993). Aetiology of denture stomatitis. *J Marmara Univ Dent Fac.* 1:307-314.
- Moreira, E. & Bernal, A. (1989). Estomatitis subprótesis: Estudio epidemiológico en 6302 pacientes portadores de prótesis dentales removibles. *Revista Cubana de Estomatología.* 26:71-80.
- Moreira, E., Bernal, A. & Rodríguez, L. (1984). Estudio clínico histopatológico de la estomatitis sub-prótesis. *Revista Cubana de Estomatología.* 21:189.
- Newton, A. V. (1962). Denture sore mouth. A possible etiology. *British Dental Journal.* 112:357-360.
- Novoa, D. (2000). Epidemiología clínica para investigadores en hospitales: Modelos básicos de investigación clínico-epidemiológica en ciencias de la salud. Facultad de Medicina, Departamento de Medicina, Unidad de Medicina Interna de la Universidad de los Andes.
- Peltola, M. K., Raustia, A. M. & Salonen, M. A. (1997). Effect of complete denture renewal on oral Health – a survey of 42 patients. *Journal of Oral Rehabilitation.* 24:419-425.
- Pryor, W. J. (1936). Antiseptics for use in the mouths of denture patients. *Appolonia.* 1:147-150.
- Saizar P. Prótesis a placa. 6ª Ed. La Habana. Editorial Ciencias y Técnica; 1970.

- Sakki, T. K., Knuutila, M. L., Läärä, E. & Anttila, S. S. (1997). The association of yeasts and denture stomatitis with behavioral and biologic factors. *Oral Surgery*. 84:624-629.
- Sato, M., Tsuchiya, H., Akagiri, M. & Takagi, N. (1997). Oral bacteria related to denture stomatitis by anti-candidal chalcones. *Australian Dental Journal*. 42:343-346.
- Sharman, A. K. & Mirza, F. D. (1986). Palatal mucosa under dentures. *Journal of Prosthetic Dentistry*. 56:574-582.
- Sharry, J. (1962). *Prostodoncia Dental Completa*. Barcelona. España. Ediciones Toray, S.A.
- Sweeney, M. P., Bagg, J., Fell, G. S. & Yip, B. (1994). The relationship between micronutrient depletion and oral health in geriatrics. *Journal of Oral Pathology Medicine*. 23:168-171.
- Walker, D., Stafford, G. D., Hugget, R. & Newcombe, R. G. (1981). The treatment of denture-induced stomatitis. Evaluation of two agents. *British Dental Journal*. 151:416-419.
- Webb B., Thomas, C., Willcox, M., Harty, D. & Knox, K. W. (1998). Candida-associated denture stomatitis. Aetiology and management: a review. Factors influencing distribution of candida species in the oral cavity. *Australian Dental Journal*. 43(1):45-50.
- Wilson J. (1998). The etiology, diagnosis and management of denture estomatitis. *British Dental Journal*. 185(8):380-384.