

DIAGNOSTICO DE LAS PATOLOGÍAS DE LOS TEJIDOS BLANDOS EN MUJERES CON PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL REMOVIBLE

Arnulfo Arias R*

PALABRAS CLAVES

Estomatitis, Hiperplasia, Mucosa oral, Diagnóstico Clínico, Cáncer Precoz

RESUMEN

Se presenta un trabajo descriptivo de la condición oral de 52 mujeres de 50 o más años que utilizan prótesis total o parcial removible y que asisten a consulta odontológica en el Centro de Salud Diego Lalinde de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali. En cada paciente se practicó examen intra y extra oral con especial énfasis en el paladar y surco yugal, para diagnosticar Estomatitis e Hiperplasia por prótesis; al mismo tiempo se examinó la mucosa oral en su conjunto con el objetivo de lograr un diagnóstico clínico de las patologías de los tejidos blandos en pacientes con prótesis total o parcial removible. Este estudio determinó que el 83% presentaba enfermedad de los tejidos blandos por trauma protésico, 65% atrofia del reborde alveolar, 56% Estomatitis por prótesis y 2% con características de Cáncer Oral.

INTRODUCCION

La Estomatitis por prótesis es una patología frecuente entre los portadores de prótesis orales removibles conformando las dos terceras partes de la población y que según Arendor F, alcanza el 67% (1). La edad media está en los 50 años, es

más común en mujeres que en hombres(14). No obstante para Moreira(6), en su estudio publicado en la Revista Cubana de Estomatología de 1989, encontró más prevalencia en hombres. Contrario a estas posiciones otros autores como Grabowshi(7) sugiere que no existe diferencia significativa en la prevalencia por sexos.

La Estomatitis por prótesis desde que Cahn en 1936 la definió como Herida o Llaga, ha tenido diferentes nombres, entre ellos la Estomatitis Subprótesis (6), Hiperplasia Papilar Inflamatoria del Paladar(8), pero es la nominación de Newton(9) la que se emplea con frecuencia donde se clasifica la Estomatitis en tres grados que expresan las diferentes etapas por la que transita el paciente en caso de no ser interceptada precozmente la enfermedad. Moreira(6) recientemente hace algunas modificaciones pero en términos generales se agrupan en I, II, y III grados de acuerdo a la evolución de la patología:

Grado I: signos inflamatorios mínimos, generales asintomáticos, pueden aparecer áreas hiperémicas localizadas 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 las prótesis, la superficie mucosa es de color rojo brillante, aparecen áreas eritematosas difusas que

* Odontólogo, Profesor Asistente, Escuela de Odontología, Universidad del Valle, Cali Colombia. Especialista en Estomatología, U. Javeriana. Docencia Universitaria, U.del Valle

puedan 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 estos predominan los fenómenos proliferativos.

Entre el 28% y 70% de los pacientes con Estomatitis por prótesis, muestra síntomas que puede incluir inflamación de la mucosa, sangrado, sensación de quemazón, mal gusto, halitosis y xerostomía (11), así mismo está asociada a otras patologías como Queilitis angular candidásica, leucoplasia y candidiasis oral pseudomembranosa (4,12). De otro lado a pesar de no reportarse la asociación de Estomatitis por prótesis con carcinoma de paladar, Moreira (6,10,28) encontró carcinomas relacionados a lesiones inicialmente provocadas por prótesis que induce a pensar que la prótesis puede promover la activación de dos o más oncogenes a partir de la acción promotora cocarcinogénica del aparato protésico sobre poblaciones celulares que hayan sufrido daño inicial en el ADN (15).

La Etiopatogenia de la enfermedad es multifactorial (1, 10), generalmente se admite que la Estomatitis con áreas Hiperémicas localizadas y puntos Eritematosos es Grado I si se produce enrojecimiento generalizado en la zona, especialmente la palatina, es Grado II, si además produce lesiones en las mucosas, ulceración con enrojecimiento difuso e incremento de la actividad osteoclástica con crestas flotantes, es Grado III.

El desgaste oclusal de las prótesis desencadena pérdida de la dimensión vertical generando Queilitis angular; así mismo el uso continuado de las prótesis aumenta el tiempo de ésta en contacto con las mucosas incrementando la *Candida*

albicans en la superficie de contacto protésico, de ahí la importancia de permitir el descanso de las mucosas entre seis y ocho horas diarias.

La placa bacteriana que se forma en la superficie interna de las prótesis contribuye significativamente en el proceso Etiopatogénico (17, 18). Sato (19) y Catalan (25) observaron gran variabilidad en la composición de la placa bacteriana con cocos, filamentos y levaduras, que se multiplican entre otras razones por la ingesta elevada de carbohidratos, el bajo consumo de hierro y vitamina B12 y por condiciones generales del paciente como la edad y limitaciones físicas que impiden la correcta higiene de las prótesis (20).

Desde 1936 la *Candida albicans* se ha referenciado con la reacción inflamatoria característica de la Estomatitis por prótesis (6, 10, 27), de la misma manera hay factores sistémicos como anemias, diabetes, inmunodeficiencias, alteraciones renales, hipoparatiroidismo (21) que disminuyen las defensas, además de déficit nutricional, antibioterapia prolongada, uso de corticosteroides, xerostomía, radioterapia y tabaquismo.

En el campo histopatológico la Estomatitis por prótesis presenta manifestaciones en las mucosas que van desde simples cambios inflamatorios hasta hiperplasias, hiperparaqueratósicas, pérdida de la adherencia celular, sialadenitis crónica y metaplasia ductal y displasia epitelial en el 48.9% (6, 27), Estos diversos hallazgos confieren un importante potencial de premalignidad que permite deducir que estos pacientes están en riesgo de padecer lesión cancerosa. Situación que amerita un estricto seguimiento y control clínico especialmente sobre aquellos con Estomatitis II y III. Una característica constante en los diferentes grados clínicos de la enfermedad es la presencia de células inflamatorias crónicas en el tejido subyacente y migración epitelial (6, 10, 28). El diagnóstico correcto de la Estomatitis se hace clínicamente, ayudado de biopsia, estudios citológicos y exámenes microbiológicos. Contribuye en gran medida una

Historia Clínica completa, observación detallada de la prótesis, función, estabilidad, relaciones anatómicas, años de uso, cuidados y mantenimiento. Una vez valorada las condiciones protésicas de ser necesario se debe controlar la Candidiasis con antifungicos y reemplazo de la prótesis porque ellas son reservorio bacteriano y de levaduras. Para los casos de tejido fibroproliferativo se debe además del cambio de la prótesis, intervenir quirúrgicamente y enviar el tejido a estudio histopatológico.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de lesiones sobre tejidos blandos en pacientes mujeres mayores de 50 años que usaban prótesis total o parcial removible.

Objetivo Específico:

Identificar en una población de 52 mujeres con edad comprendida entre 50 y 86 años que utilizan prótesis totales o parciales removibles, haciendo énfasis en el examen de paladar y rebordes alveolares para diagnosticar úlceras, Hiperplasias, Estomatitis y Candidiasis oral. Entidades que según los estudios de diferentes investigadores pueden estar comprometidos, en el inicio del Cáncer Oral.

METODOLOGIA : MATERIALES Y METODOS

La presente Investigación es un estudio descriptivo en una población de 52 mujeres con edades comprendidas entre 50 y 86 años.

La convocatoria para este estudio se hizo dentro del marco del Festival de la Salud en el Centro de Salud Diego Lalinde donde participaron pacientes que pertenecen al Grupo del Adulto mayor, de la Comuna 8. Se tomó una muestra por conveniencia de 52 mujeres de 50 o más años con prótesis total o parcial removible quienes participaron voluntariamente. Como criterio de inclusión se determinó entre los requisitos, ser mujer de 50 o más años, usara al menos una prótesis

total o parcial removible, perteneciera a los grupos del adulto mayor de la Comuna 8 y participara voluntariamente.

Selección de la Muestra

Se seleccionaron 52 mujeres con un rango de edad entre 50 y 86 años, de un total de 74 asistentes a la consulta dentro de los excluidos estaban 2 hombres, 3 mujeres que usaban prótesis fija y 10 poseían dientes naturales, una desdentada total no utilizaba prótesis y 6 desdentadas parciales sin prótesis.

Instrumento

Como instrumento se utilizó la historia clínica de Atención Odontológica de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, que incluye Identificación, grupo Población, Seguridad Social, Anamnesis, Examen Físico Estomatológico, Examen dental, Evaluación del estado periodontal. Odontograma, Diagnóstico, Plan de tratamiento, notas de Evolución y otro inciso que refiere al cambio en el manejo del paciente, actividades realizadas, pronósticos, medicación, Recomendaciones, tratamiento por niveles de atención (Promoción, Protección, tratamiento oportuno, limitación del daño, Rehabilitación). Paciente controlado, paciente sano, complicaciones, nombre y firma del profesional y del paciente. La codificación se codificó sistemáticamente y el examen clínico lo practicó un Estomatólogo.

RESULTADOS

El 52% de las mujeres estudiadas no tenían Seguridad Social y el 14% no supo si la poseía según las disposiciones del Ministerio de Salud. Al formular las preguntas el 37% recibían tratamiento médico y tenían la presión arterial alta, el 35% ingerían algún medicamento para la Hipertensión o para la diabetes mellitus; esta última patología está presente en el 17% de los pacientes. La fiebre reumática y las enfermedades respiratorias como la bronquitis y procesos virales fueron sobresalientes con un 15%. (Tabla No.1).

Tabla 1. Principales diagnósticos médicos en 52 mujeres con prótesis.

	No.	%
Hipertensión Arterial	19	37
Reacciones alérgicas	9	17
Diabetes	9	17
Enfermedades respiratorias	8	15
Fiebre reumática	8	15
Otras enfermedades	5	9
Cardiopatías	4	8
Irradiaciones	3	6
Sinusitis	2	4
Hemorragias	1	2
Hepatitis A	1	2

En el examen Estomatológico la patología del maxilar y la mandíbula tiene mayor porcentaje en la Reabsorción Osea, con el 65%. Es importante resaltar que el paladar está con patología del 58%, con mayor prevalencia por la estomatitis y la candidiasis. El piso de la boca, surco yugal y los

carrillos están comprometidas por Hiperplasias, úlceras traumáticas y mordeduras protésicas, al tiempo la articulación temporomandibular no presentó sintomatología dolorosa significativa en la mayoría de los pacientes, sin embargo, los ruidos articulares llegaron al 16%. (Tabla No.2).

Tabla 2. Examen Estomatológico por áreas en 52 mujeres con prótesis total o parcial removible.

Area Examinada con alguna patología	No.	%
Maxilares y Mandíbula. Reabsorción Osea	34	65
Paladar. Estomatitis y Candidiasis	30	58
Lengua. Glositis y Fibroma	23	44
Carrillos. Mordedura traumática	9	17
Articulación temporo mandibular. Dolor miofacial.	8	15
Piso de boca. Ulcera traumática	7	14
Labios. Fibroma, Queilitis angular	5	10
Glándulas Salivares. Xerostomía	3	6
Músculos masticatorios. Hipotonía	2	4
Senos maxilares.	0	0

Tabla 3. Frecuencia de algunas patologías dentales en 52 mujeres con prótesis total o parcial removible.

Examen Dental	No.	%
Placa Blanda	30	58
Abrasión	28	54
Manchas	28	54
Placa calcificada	28	54
Patología pulpar	15	29
Supernumerarios	0	0

El examen dental muestra la placa blanda con 58% de prevalencia seguida muy de cerca por la placa calcificada, las manchas y la abrasión con el 54% y la patología pulpar con el 29%. En cuanto a las condiciones del índice COP se encontró en las 52 mujeres con prótesis,

144 dientes cariados, 130 obturados y 1310 perdidos de un total posible de 1664. Referente al tipo de prótesis los casos de total superior e inferior alcanzaron los 22 para un 43%, seguidos por el removible superior e inferior con 25%. (Tabla No.3 y 4).

Tabla 4. Tipo de prótesis usada por las 52 mujeres.

Prótesis usada por las pacientes	No. Casos	%
Total superior más total inferior	22	43
Removible superior más Removible inferior	13	25
Total superior más removible inferior	10	19
Total superior más edentado parcial superior sin prótesis	5	10
Removible superior más total inferior	1	2

Entre las patologías mas representativas está las enfermedades de los tejidos blandos por trauma protésico con el 83%, que compromete la mucosa de la cavidad oral, así mismo la mala oclusión en las prótesis con el 71%, que se presenta por el mal diseño y los años de uso. De la misma manera la atrofia del reborde alveolar que llega en este estudio al 65%. En la mayoría de los casos las prótesis están desadaptadas facilitando la atrofia de reborde alveolar. La placa calcificada en el 54% y periodontitis severa el 50%. Es de resal-

tar las fibrosis bucales con el 25% y las Hiperplasias paraprotésicas el 21%. La Candidiasis oral 12% y en último lugar la leucoplasia de la mucosa bucal y surco yugal, la Queilitis angular y la glositis con el 6% y el 2% para el cáncer de paladar. Al examen clínico se observó 56% en todas las Estomatitis distribuidas, en el 28% para la Estomatitis grado I, para grado II el 15%, así mismo para la Estomatitis grado III, 12%. (Tabla No.5).

Tabla 5. Diagnósticos Clínicos en 52 mujeres con prótesis total o parcial removible.

Nombre de la Patología	No. Casos	%
Enfermedades de los tejidos blandos por trauma protésico	43	83
Atrofia del reborde alveolar desdentado	34	65
Gingivitis marginal simple generalizada	30	58
Anodoncia parcial	30	58
Estomatítis por prótesis	29	56
Abrasión	28	54
Enfermedades periodontales-Placa calcificada	28	54
Periodontítis severa	26	50
Anodoncia total	22	42
Caries	16	31
Patología pulpar-Hiperemia	15	29
Alteraciones del epitelio bucal	13	25
Fibrosis bucal por prótesis	13	25
Hipertrofías paraprotésica	11	21
Lengua fisurada	11	21
Úlcera traumática por prótesis	11	21
Periodontitis moderada	8	15
Enfermedad de tejidos blandos de la cavidad bucal	8	15
Síndrome de la articulación temporomandibular	7	13
Retracción Gingival	6	12
Candidiasis oral	6	12
Hipertrofia de papilas linguales	5	10
Mordedura de carrillo	4	8
Periodontitis leve	4	8
Torus lingual	3	6
Leucoplasia de la mucosa bucal y surco yugal	3	6
Queilitis angular	3	6
Glositis distrófica	3	6
Atrofia muscular	3	6

Disfunción dolorosa miofacial	3	6
Lesión traumática bilateral por oclusión	2	4
Estomatitis Inespecífica	1	2
Carcinomas Escamocelular de paladar	1	2
Aftas recurrentes	1	2
Lengua geográfica-Glositis migratoria	1	2
Papiloma de paladar blando	1	2
Dentina sensible	1	2
Afecciones de las glándulas salivares. Adenitis	1	2
Afecciones de la lengua. Lesión fibrosa dorsal	1	2
Otras enfermedades del aparato respiratorio	1	2
Alteraciones de la secreción salivar. Xerostomía	1	2
Fibroma labial	1	2
Fibroma palatino	1	2

CONCLUSION Y COMENTARIO FINAL

Observando las condiciones generales de las prótesis en las 52 pacientes se puede concluir que es el diseño adecuado y la Higiene de los aparatos protésicos la condición que ayuda a mantener las mucosas orales sanas y no necesariamente los años de uso de las prótesis y la cantidad de horas diarias, las que causan daño en las mucosas. Muchos de estos aparatos protésicos fueron elaborados por empíricos sin capacitación, no cumpliendo las especificaciones académicas lo que determina su poca funcionalidad. Sumada esta situación a las difíciles condiciones socioeconómicas de las pacientes que impide el cambio una vez pierden la función. El mal uso de las prótesis dentales y la mala higiene podría llevar a un aumento en la incidencia de estomatitis, úlceras e hiperplasias protésicas. Al mismo tiempo es posible pensar que las úlceras crónicas y la Estomatitis Grado II y III posiblemente están asociadas al carcinoma escamocelular. Sin embargo, en este estudio solo se encontró una lesión compatible con el tumor.

En conclusión este estudio determinó que el 83% de las mujeres que usaban prótesis total o parcial removible presentaban enfermedad de los tejidos blandos por trauma protésico, 65% atrofia alveolar

en maxilar y mandíbula, el 56% Estomatitis por prótesis y 2% en una lesión compatible clínicamente con carcinoma escamocelular.

SUMMARY

A descriptive study is presented in a population of 52 women older than 50 years that use full dentures or removable partial prosthesis population included women that received dental attention at the health center Diego Lalinde, which belongs to the local Health administration of Cali. An internal and external evaluation was made with emphasis in the palate and the yugal sulcus, to diagnose stomatitis and hyperplasia as a consequence of the use of prosthesis. At the same time, the oral mucosa was evaluated as a whole to establish an early clinical diagnosis of oral cancer.

In conclusion, this study revealed that women that use full dentures or removable partial prosthesis, 83% of them presented some kind of soft tissue damage caused by a prosthetic trauma; 65% of them presented a decrease in the alveolar bone; 56% of them presented stomatitis caused by the use of the prosthesis; and only one subject had the characteristics of oral cancer.

BIBLIOGRAFIA

1. ARENDOR F, T.M.; WALKER. Denture Estomatitis, *J.oral rehab* 14: 217-227, 1987.
2. BUDTZ JORGENSEN, E.; STENDERUP, A; GRABOWAKI M. An Epidemiological study of yeasts in elderly denture wearers. *Commun Dent. Epid.* 3: 115-119, 1975.
3. CATALAN, A. Estomatitis Subprótesis. *Revista Asociación Odontológica. Argentina* 68: 25-29, 1980
4. BERGENDAL, T.; ISACSON, G. A combined mycological and Histological Study of Denture Stomatitis. *Acta odontológica scandinava.* 41: 33-44, 1983.
5. CAWSON, R.A. Denture Sore Mouth and angular cheilitis. Oral candidiasis in adults *Br. Dent. J.* 115: 441-449, 1963.
6. MOREIRA, E.; BERNAL BALAEZ, A.E. Estomatitis Subprótesis: Estudio epidemiológico en 6302 pacientes portadores de prótesis dentales removibles *Rev. Cubana Estomatología.* 26: 71-80, 1989.
7. GRABOWSKI, I.M.; BERTRAM, V. Oral health status and need of dental treatment in elderly Danish population, *commun. Dent Epidemiol.* 3: 108-114, 1975.
8. ETTINGER, R.L. The etiology of inflammatory papillary Hyperplasia. *J. Prosth. Dent.* 34: 254-261, 1975.
9. NEWTON, A.V. Denture Sore mouth. A possible aetiology. *Br. Dent j.* 112: 357-360, 1962.
10. BERNAL BALAEZ, A.E.; MOREIRA, E. La Respuesta Inflamatoria celular en la Estomatitis Subprótesis. *Rev. Cub.Estomatología* 22: 161-167, 1985.
11. DOREY, J.L.; BLASBERG, B.; McENTEE, M.; CONULIN R.J. Oral mucosal disorder in denture wearers. *J. Prosth. Dent.* 53: 210-213, 1985.
12. RUSSOTO, S.B. The role of candida albicans in the pathogenesis of angular cheilosis. *J.Prosth. Dent.* 44: 243-246, 1980.
13. BERNAL BALAEZ, A.E. La respuesta inflamatoria celular en la Estomatitis Subprótesis. *Revista cubana Estomatología.* 22: 161-167, 1985.
14. HALBROOK, W.P.; RODGERS G.D. Candida Infections: Experience in a British dental hospital oral surgery. 49: 122-125, 1980.
15. BERNAL BALAEZ, A.E. Estudio cariométrico de la mucosa bucal en un modelo de Carcinogénesis Química. *Revista. Federación Odontológica Colombiana.* Vol.55 No. 192, Nov797-abril798 pag. 25, 1998.
16. SHARMAN, A.K.; MIRZA, F.D. Palatal mucosa under Dentures. *J. Prosth. Dental.* 56: 574-582, 1986.
17. SAKKY, T.K NUUTTILA, M.L. LAARA, E. ; ANTTILA, S.S. The association of yeasts and denture stomatitis with behavior AL and biologic factors. *Oral surgery.* 84: 624-629, 1967.
18. KILAK, Y. ARIKAN. Aetiology of denture stomatitis. *J. Marmara Univ.Dental Fac.* 1: 307-314, 1993.
19. SATO, M. ; TSUCHIYA, H. AKAGIRI, M.; TAKAGI, N. And oral bacteria Related to denture stomatitis by anticandidal chalcones. *Aust. Dental J.* 42: 343-346, 1997.
20. SWEENEY, M.P.; BAGG, J.; FELL, G.S.; YIP B. The Relationship between micronutrient depletion and oral health in Geriatrics. *J. Oral pathol. Med.* 23: 168-171, 1994.
21. DOROCKA-BUDTZ-Jorgensen, E.; Wlock, S. NON insulin-dependent diabetes mellitus as a Risk Factor for denture Stomatitis. *J. pathol Med* 25: 411-415, 1996.

22. MOREIRA, E.; BERNAL BALAEZ, A.E. Relación del Grado de displasia con el tipo clínico de estomatitis Rev. Cubana Estomatología 21: 128-198, 1984.
23. PELTOLA, M.K., RAUSTIA, A.M.; SALONEN, M.A. Effect of complete denture RENWAL on oral Health a survey of 42 Patients. J. Oral Rehabil. 24: 419-425, 1997.
24. JAGGER, D.C.; HARRISON, A. Complete Dentures. The soft option. An update for General dental practice Br. Dental J.182: 313-317, 1997
25. BROOK I.M.; LAMB D.J. Treatment of denture-Induced Hiperplasia. Dental update sepleuta 288, 1987.
26. NAGLER J.; SEARS V.H. Prótesis dental. Dentadura completa. Barcelona Ediciones toray 88,95, 1965.
27. BUDTZ JORGENSEN, E.; THEILADE, E.; THEILADE, J. Quantitative Relation Ship between yeasts and bacterial in denture Induced stomatitis. Scand. J. Dent. Res.91: 134-142, 1983.
28. MOREIRA, E.; BERNAL BELAEZ, A.E. Estudio clínico, Histopatológico de la Estomatitis Subprótesis. Rev. Cubana Estomatología. 21: 186-198, 1984.